



Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud



***Protocolo para el abordaje integral
de la violencia sexual desde el
Sector Salud***

*Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de
Población de Naciones Unidas, UNFPA
Bogotá, 2008*

**Protocolo para el abordaje integral de la
violencia sexual desde el Sector Salud**

Samuel Moreno Rojas
Alcalde Mayor de Bogotá

Héctor Zambrano Rodríguez
Secretario Distrital de Salud

Juan Varela Beltrán
Subsecretario de Salud

Luis Guillermo Cantor Wilches
Director de Salud Pública

Hernán Redondo Gómez
Director de Desarrollo y Servicios

Harold Cárdenas Rodríguez
Director de Aseguramiento

María Claudia Franco Morales
Área de Acciones en Salud

Consuelo Peña Aponte
Análisis y Políticas en Salud

María Patricia González Cuellar
Vigilancia en Salud

Coordinación Editorial
Oficina Asesora de Comunicaciones
Alejandra Maldonado Rivera

Unidad de Comunicaciones - UNFPA

Fondo de Población de las Naciones Unidas
Diego Palacios Jaramillo
Representante

Lucy Wartenberg
Representante Auxiliar

Mary Luz Mejía Gómez
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva

Correctora de estilo
Natalia Herrera Eslava

Diseño y Diagramación
Sonia Barinas
diseno@giscolombia.com

Fotografías y Gráficas
Catalina Urrutia Ramos
catau15@gmail.com

Impreso en Colombia por
Pro-offset Editorial S.A.
servicioalcliente@pro-offset.com

1 Edición Bogotá, D.C. Noviembre de 2008

Autores y autoras que participaron en la construcción de este documento:

- Aura Cuevas Garavito, médica ginecóloga de Infancia y Adolescencia, Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
- Fernando Pinilla Moya, médico pediatra comunitario, Clínica Colsubsidio
- Miguel Barrios Acosta, médico pediatra, profesor asociado Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia
- Pío Iván Gómez, médico gineco-obstetra, epidemiólogo, profesor titular Universidad Nacional de Colombia.
- Rafael Vásquez Rojas, médico psiquiatra de niños, niñas y adolescentes, Universidad Nacional de Colombia
- Miguel Cárdenas, médico especialista en Psiquiatría Forense Infantil, Clínica Colsubsidio
- Fideligno Pardo Sierra, médico forense, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
- Zulma Urrego, médica psiquiatra, epidemióloga, Magíster en Psicología Clínica y de la Familia, candidata a doctora en Salud Pública
- Edith Angel, médica gineco-obstetra, docente Universidad Nacional de Colombia
- Sonia Cuervo Maldonado, médica infectóloga, docente Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia
- Neidy Macana Tuta, trabajadora social, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias y Forenses
- Martha Espitia, trabajadora social, Clínica Colsubsidio
- Petty Janeth Torres, trabajadora social, Hospital del Sur
- Luis Botia, enfermero, docente Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia
- Luz Mery Hernández Molina, enfermera docente Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia
- María Cristina Arboleda Angulo, bacterióloga, especialista en Gerencia Social, Laboratorio de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud
- Álvaro Girón Cepeda, médico epidemiólogo, Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Aseguramiento, Área de Servicio al Vinculado
- Jesucristo Pacheco Velandia, médico especialista en Bioética, Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Desarrollo de Servicios, Área de Análisis y Políticas de la Oferta
- Luz Helena Rúa Martínez, trabajadora social, especialista en Atención Integral en Salud Mental, Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, Área de Acciones en Salud
- Adalgiza Reyes, psicóloga, Dirección de Desarrollo de Servicios, Área de Análisis y Políticas de la Oferta, Secretaría Distrital de Salud

Colaboradores permanentes para el logro del presente protocolo:

- ESE Vista Hermosa Nivel I (Localidad Ciudad Bolívar)
 - ESE San Cristóbal Nivel I (Localidad San Cristóbal)
 - ESE San Blas Nivel II (Localidad San Cristóbal)
 - ESE Usaquén Nivel I (Localidad Usaquén)
 - ESE Suba Nivel II (Localidad Suba)
 - ESE Engativá Nivel II (Localidad Engativá)
 - ESE Centro Oriente Nivel I (Localidades Mártires, Candelaria y Santafé)
 - ESE Pablo VI Bosa (Localidad de Bosa)
 - ESE Rafael Uribe (Localidades de Rafael Uribe y Antonio Nariño)
 - Hospital Universitario Clínica San Rafael
 - Alejandro Rodríguez Donado, médico gineco-obstetra, epidemiólogo, Secretaría Distrital de Salud
 - Ricardo Rojas Higuera, gerente social, Magíster en Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, Área de Acciones en Salud, coordinador de Salud Sexual y Reproductiva
 - Helka Alejandra Quevedo, Centro de Atención Integral a Víctimas de Delitos Sexuales, Secretaría Distrital de Integración Social, CAVIDS – SDIS
 - Luz Margoth Pulido, profesional Secretaría Distrital de Integración Social
 - Ligia Galvis Ortiz, abogada en Derecho y Filosofía, experta en Derechos Humanos
 - Esmeralda Ruiz, asesora en Género y Derechos, Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA–
 - Mary Luz Mejía, asesora en Salud Sexual y Reproductiva, Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA–
 - Luz Marina Muñoz Iglesias, coordinadora proyecto “Movilización por los derechos, la salud sexual y reproductiva y la equidad de género en Bogotá”, Secretaría Distrital de Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA–
 - Gloria Guzmán, fiscal, Centro de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales
 - Gema Granados, comunicadora social proyecto “Movilización por los derechos, la salud sexual y reproductiva y la equidad de género en Bogotá”, Secretaría Distrital de Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA–
 - Sonia Bonilla, psicóloga, Hospital Vista Hermosa
 - Luis Jesús Prada, médico forense, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
 - Mauricio Torres, Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano
 - Alba Lucía García Rincón, abogada, Dirección de Aseguramiento, Área de Servicio al Vinculado
 - Rocío Maestre Preciado, psicóloga, Secretaría Distrital de Salud, coordinadora Línea 106
 - Patricia Farias, Instituto Materno Infantil
 - Martha Agudelo, Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses
 - Sandra Bello, Médicos sin Fronteras
 - Elena Fino, médica gineco-obstetra
 - José Manuel Martínez Malaver, abogado, especialista en Derecho Penal y Procesal Penal. Asesor jurídico de la SCARE.
- Espacios distritales y locales:
- Consejo Distrital de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Violencia y Explotación Sexual
 - Subcomité de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Violencia y Explotación Sexual
 - Comité Distrital de Redes de Buen Trato
 - Redes Locales de Buen Trato

A su vez, se reconoce el aporte del equipo de trabajo –personas y entidades– que desde el año 2005 inició la elaboración del documento *Diagnóstico y guía de manejo integral del niño o niña con sospecha de abuso sexual* (no publicado), que ha sido una de las bases para concretar el presente protocolo.

Jaime Alberto Ospina, médico pediatra, Hospital Simón Bolívar, coordinador de Urgencias de Pediatría

Zulma Urrego, Hospital del Sur, médica psiquiatra

Luis Jorge Hernández, médico salubrista, Secretaría Distrital de Salud

Olga Jimena Bustos, enfermera especialista en Gestión y Desarrollo en Salud, Secretaría Distrital de Salud

Luz Helena Rúa Martínez, trabajadora social, especialista en Atención Social Integral en Salud Mental, Secretaría Distrital de Salud

Juan Carlos Vargas, director científico Profamilia.

Fideligno Pardo, médico forense, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Aída Constantin, médica forense, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Pío Iván Gómez, gineco-obstetra, Universidad Nacional, Facultad de Medicina

Editora

Argelia Londoño Vélez

Noviembre 2008

Índice

Presentación	11
CAPÍTULO 1	
La violencia sexual, un problema de salud pública	13
Formas y contextos de la violencia sexual.....	14
Magnitud de la violencia sexual.....	15
Violencia sexual en el mundo y en Colombia.....	15
Violencia sexual en Bogotá.....	17
Aspectos legislativos: instrumentos jurídicos internacionales y legislación nacional sobre violencia sexual.....	19
Instrumentos jurídicos internacionales.....	19
Instrumentos jurídicos nacionales.....	20
CAPÍTULO 2	
Garantía del Derecho a la Salud en la atención a víctimas de violencia sexual, por parte de la entidad territorial, aseguradores y prestadores de servicios de salud	23
Competencias de los entes territoriales en materia de atención de personas víctimas de la violencia sexual.....	25
Barreras para la atención adecuada de víctimas de violencia sexual.....	26
Compromiso de los aseguradores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	27
Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la atención integral a víctimas de violencia sexual.....	27
Vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual.....	28
CAPÍTULO 3	
Experiencias que promueven la salud y calidad de vida desde el Sector Salud	31
Salud Integral para la Infancia, SIPI. Una buena práctica de promoción de la salud y prevención de los riesgos y la enfermedad desde los servicios de salud.....	31
Enfoque de desarrollo y Derechos Humanos.....	31
Línea 106, al alcance de los niños y las niñas.....	32
Redes del Buen Trato en el Distrito Capital.....	34
CAPÍTULO 4	
Prevención de la violencia sexual	35
Prevención primaria.....	35
Prevención secundaria.....	36
Factores de riesgo.....	36
Factores de riesgo personales.....	36
Factores de riesgo familiares.....	36
Factores de riesgo social.....	36
Factores de riesgo en adolescentes.....	36

Factores protectores.....	36
Factores protectores personales.....	36
Factores protectores familiares.....	36
Factores protectores sociales.....	37
Factores institucionales.....	37
Prevención terciaria.....	37
Prevención desde los servicios de salud.....	37

CAPÍTULO 5

Detección de casos de violencia sexual en niñas, niños y adolescentes, y su adecuada canalización en los servicios de salud.....	39
Guía para la detección de casos de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes y su adecuada canalización en los servicios de salud.....	41
Grupo A. Criterios para aviso inmediato a justicia.....	41
Grupo B. Sospecha de violencia sexual.....	42
Grupo C. Sospecha leve de violencia sexual.....	43
Dificultades para la detección de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.....	44
Implicaciones sociales y familiares en la detección de casos de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes.....	44
El grupo interdisciplinario para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.....	45

CAPÍTULO 6

Proceso de atención integral en violencia sexual.....	47
Competencias institucionales.....	47
Conformación del equipo interdisciplinario.....	47
Capacitación y adiestramiento.....	48
Designación del referente o facilitador intra e interinstitucional.....	48
Elaboración de mapa de remisiones.....	48
Adecuación de los espacios de atención.....	48
Adecuado proceso de remisión al Sector Salud.....	48
Recepción de las víctimas en las instituciones de atención.....	49
Recepción de las víctimas por parte del equipo interdisciplinario de atención.....	50
Funciones del equipo interdisciplinario de atención.....	51
Valoración inicial.....	51
Diagnóstico.....	52
Comunicación interdisciplinaria.....	53
Delimitación de los objetivos de la intervención.....	54
Asignación de la responsabilidad para ejecutar las intervenciones.....	55
Construcción del plan terapéutico integral.....	55
Ejecución del plan terapéutico integral.....	56
Monitoreo, evaluación y retroalimentación de los planes terapéuticos por parte de los equipos interdisciplinarios.....	56
A nivel individual.....	56
A nivel familiar.....	60
Síntesis y cierre de casos.....	61

CAPÍTULO 7

Aspectos generales de la atención de la violencia sexual por parte del personal de salud, sin alterar las evidencias.....	63
Recomendaciones para la atención en salud de niños, niñas y adolescentes en contextos no forenses.....	63
Papel del profesional de salud en la valoración médica de la violencia sexual.....	64

CAPÍTULO 8

Consentimiento informado y secreto profesional.....	67
Consentimiento informado.....	67
A quién informar.....	67

Qué informar.....	68
Quién informa.....	68
Cómo informar.....	68
Secreto profesional: revisión normativa.....	68
Modelo de consentimiento informado para atención a posible víctima de violencia sexual.....	70
CAPÍTULO 9	
Anticoncepción de emergencia y profilaxis VIH.....	71
Esquemas de anticoncepción de emergencia.....	71
CAPÍTULO 10	
Profilaxis VIH/Sida y violencia sexual.....	73
Recomendaciones para el manejo de la profilaxis postexposición.....	73
Conducta a seguir.....	74
Esquema de profilaxis con antirretrovirales.....	76
Para personas adultas con riesgo moderado o alto de infección por VIH.....	76
En niños y niñas de edad menor de 13 años y peso menor a 45 kg	76
Para niños y adultos con antecedentes de anemia de cualquier etiología, se puede reemplazar el uso de zidovudina por abacavir	77
Casos especiales.....	78
Seguimiento.....	78
CAPÍTULO 11	
Aspectos ITS: profilaxis, tratamiento y seguimiento a ITS adquiridas.....	79
Opciones de tratamiento para adultos con presuntas infecciones de transmisión sexual (OMS-2005).....	80
Opciones de tratamiento para niños y niñas con Infecciones de Transmisión Sexual probables (OMS- 2005).....	81
Seguimiento a ITS.....	81
CAPÍTULO 12	
Atención en salud mental.....	83
Principios del acto psicoterapéutico.....	86
Valoración de los riesgos en salud mental.....	86
Intervención en crisis en la urgencia por violencia sexual.....	87
Estabilización de los signos y síntomas.....	87
Mitigación de los signos y síntomas ya instaurados.....	87
Remisión y seguimiento.....	87
Viabilidad para la atención en salud mental de las víctimas de violencia sexual.....	87
Régimen Contributivo.....	87
Régimen Subsidiado, participantes y vinculados.....	88
CAPÍTULO 13	
Atención Área Social - Trabajo Social.....	89
CAPÍTULO 14	
Participación del o la profesional de enfermería en la detección y atención a víctimas de violencia sexual.....	91
Anexo 1.....	93
Soporte normativo y cuadro de competencias para la garantía del Derecho a la Salud, pos y no pos atención en violencia sexual	
Anexo 2.....	95
Formato SIVIM. Vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual	

Anexo 3	97
Directorio Red Intersectorial de Servicios, red pública de Empresas Sociales del Estado, Bogotá	
Anexo 4	101
Genograma familiar	
Anexo 5	109
Vacunación contra el virus de la hepatitis B en caso de exposición de alto riesgo	
Anexo 6	111
Apartes de la Sentencia C-355 de 2006	
Anexo 7	113
Ministerio de la Protección Social. Decreto número 4444 de diciembre 13 de 2006, por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de Salud Sexual y Reproductiva	
Anexo 8	117
Definiciones sobre violencia sexual	
Anexo 9	119
Formatos básicos para la atención integral	
- Protocolo de Informe Pericial Integral en la Investigación del Delito Sexual	
- Formato de consentimiento informado para la realización de exámenes médico-legales y procedimientos relacionados, en víctimas de agresiones sexuales y lesiones personales	
- Rótulo elemento materia de prueba o evidencia física	
- Registro de cadena de custodia	
Anexo 10	125
Apoyo gráfico al <i>Protocolo del Informe Pericial Integral en la Investigación del Delito Sexual</i> , con modificación para obtener evidencias y muestras en un solo examen dentro del trato digno, no victimizante, institucional.	
BIBLIOGRAFÍA	133

Presentación

La Secretaría Distrital de Salud, como institución responsable de ejecutar políticas de salud pública, está comprometida con la promoción del buen trato y la prevención y atención de la violencia sexual. Cumpliendo con sus funciones dentro del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Secretaría Distrital de Salud ha creado el presente documento, *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud*, para brindar herramientas a las instituciones públicas y privadas para la prevención, detección y atención en salud de víctimas de violencia sexual, en el marco de la garantía de derechos a que están obligadas las instituciones competentes del Estado, haciendo efectivas las acciones enunciadas en las *Guías de atención al menor y la mujer maltratados(as)*, del Ministerio de la Protección Social (Resolución 412 de 2000).

El presente protocolo, construido como parte del proyecto “Movilización por los derechos, la salud sexual y reproductiva y la equidad de género en Bogotá”, realizado conjuntamente por la Secretaría Distrital de Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, sirve de marco general para garantizar la **atención integral a toda víctima de violencia sexual** y reconoce la importancia de la acción intersectorial contra la violencia sexual, para la efectiva garantía de los Derechos Humanos.

Desde esta perspectiva, se busca que el Sector Salud, articulado con los otros sectores parte del Estado colombiano, cumpla sus funciones de servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución, para así garantizar los derechos a las personas víctimas de violencia sexual de cualquier edad y sexo, y velar porque adquieran la calidad de vida que merece todo ser humano.

El Sector Salud y sus responsabilidades con la atención a la violencia sexual

En consonancia con los acuerdos internacionales, enunciados en instancias nacionales como la Constitución Política de Colombia, el Estado se constituye en garante de los Derechos Humanos; dentro de es-

tos, del Derecho a la Salud, los **Derechos en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y los Derechos de las Víctimas de Violencia Sexual**.

En el ámbito nacional, la violencia sexual es priorizada como un evento de interés en salud pública (Acuerdo 117 del Ministerio de Salud, Resolución 412 de 2000, Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva), por lo cual debe ser objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia: mujeres y hombres adultos, mujeres y hombres jóvenes, niñas y niños, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades; y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado, tanto por parte del Sector Público como del privado y los particulares.

Así mismo, la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger a los niños, niñas y adolescentes, población principalmente afectada con esta problemática, para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos.

Este *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud* fue construido de manera intersectorial e interdisciplinaria, en el marco del Consejo Distrital de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Violencia y Explotación Sexual.¹ Diversas instituciones públicas y privadas, de diferentes sectores, construyeron la propuesta de **proceso integral de atención**, en base a las necesidades planteadas por las víctimas de violencia sexual. Este documento fue presentado para discusión y consenso a varios grupos técnicos de las IPS públicas y privadas, y profesionales expertos de cada una de las áreas y disciplinas que intervienen en la prevención, detección y atención integral de la violencia sexual; de esta forma, ha sido un proceso de construcción colectiva, que nos proponemos mejorar continuamente con los aportes de personas e instituciones, para la atención integral de la violencia sexual en Bogotá.

¹ El Acuerdo 152 de 2005 creó el Consejo Distrital de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Violencia y Explotación Sexual.

Aquí se recopilan un conjunto de documentos técnicos que dan cuenta de la magnitud y consecuencias de la violencia sexual para la vida y la salud personal y colectiva, y del rol del Sector Salud y sus intervenciones para la garantía de los derechos, mediante acciones como la detección de casos en los servicios de salud, la prevención desde dichos servicios, la calidad e integralidad de la atención, entre otros.

Así mismo, presentamos un modelo de proceso integral de atención, que incluye la atención inicial inmediata a toda víctima de violencia sexual, ya sea que los hechos hayan ocurrido pocas horas antes o con días, semanas o meses de anterioridad. Consideramos que las víctimas pueden solicitar ayuda en cualquier momento de sus vidas o los casos pueden ser detectados sin distinción de tiempo. En el Sector Salud, **siempre que una víctima de violencia sexual se detecte o busque ayuda, se considera que existe una situación de urgencia y debe atenderse de inmediato.**

Este protocolo incluye también orientaciones para la profilaxis de VIH/Sida, ITS y anticoncepción de emergencia; además, brinda aclaraciones sobre el consentimiento informado y el secreto profesional. Profundiza en el proceso de atención integral posterior y seguimiento, tanto para la persona víctima de violencia sexual como para su red cercana de apoyo (familia), por el tiempo que se requiera, y ofrece elementos técnicos para mejorar la calidad de las intervenciones clínicas y psicosociales.

Incluye también los directorios sectoriales, que deben ser complementados, discutidos y actualizados periódicamente por las Redes de Atención Locales, para la construcción de rutas funcionales y efectivas. Así mismo, presenta ejemplos de buenas prácticas de promoción de la convivencia entre sexos y entre generaciones, fundadas en el respeto de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos.

Este documento se acompaña de una cartilla básica, dirigida a los trabajadores del Sector Salud, sobre la atención inicial inmediata a toda víctima de violencia sexual, independientemente del tiempo de los hechos, y la articulación necesaria con otras instituciones para que se garantice la continuidad del proceso de atención integral.

El documento cuenta igualmente con la cartilla *Mis derechos*, dirigida a las personas víctimas de violencia sexual, como una herramienta para que las instituciones garanticen la atención necesaria, basada en el restablecimiento de los derechos.

Dentro de este marco, se ha llegado a la conclusión de que la persona que ha sido víctima de violencia sexual necesita:

- Estar informada de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos, y de los Derechos de las Víctimas.
- Estar empoderada de su proceso y exigir una atención integral oportuna (Ley 360 1997, Derechos de las Víctimas).
- Estar informada claramente acerca de las instituciones que intervienen en el proceso de atención y su información de contacto (personas, direcciones, teléfonos).
- Llevar un control de qué se ha hecho y qué falta por hacer en su plan de atención programado.
- Tener información acerca de a dónde acudir en caso de dificultades en la atención o urgencias que se presenten.

Esta cartilla debe ser diligenciada en los diferentes sectores por la persona de la institución que realice la atención.

Otros documentos que pueden encontrarse dentro de este protocolo son: *Lineamientos para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual* del Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar y Violencia y Explotación Sexual, y la *Guía de consulta abreviada para el examen sexológico forense: Informe pericial y manejo del kit para la toma de muestras*, de los sectores Forense y de Salud del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; ambas herramientas importantes para la atención integral a víctimas de violencia sexual.

“DERECHOS = CALIDAD DE VIDA”

CAPÍTULO 1

La violencia sexual, un problema de salud pública

La violencia sexual es definida como un evento de interés en salud pública por su impacto sobre el individuo, su familia y la sociedad. En atención al sufrimiento y el daño que genera, la violencia sexual requiere de máxima atención. Los altos costos personales y sociales, entre ellos la disminución de la productividad de las personas y el nexo indisoluble de este fenómeno con otros eventos de interés en salud pública establecidos en la norma nacional y territorial vigente y en las políticas distritales relacionadas con el VIH/Sida, las ITS, el embarazo en adolescentes, la mortalidad materna y perinatal, la mortalidad infantil, la desnutrición y los suicidios, son también objeto de máxima atención.

La violencia sexual representa peligro para la salud de la víctima por el alto riesgo de embarazo o de adquirir infecciones de transmisión sexual, con secuelas para el resto de la vida. También es una urgencia en salud mental, pues el intenso estrés y sufrimiento emocional producido pueden generar disfunción, así como ideaciones y conductas suicidas.

Una de las consecuencias más graves de la violencia sexual es el embarazo forzado, que con frecuencia termina en abortos inseguros; también la exposición al contagio con VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Cuando se afronta el embarazo forzado, especialmente en niñas entre 10 y 14 años de edad, es común observar complicaciones y peligros para la salud de las madres, así como las consecuencias del estrés psicosocial, como graves factores de riesgo para la mortalidad materna y perinatal.²

En el periodo de 1998 a 2005, la razón de mortalidad relacionada con el embarazo en niñas de 10 a 14 años fue hasta de 234 muertes por cada 100.000 nacidos

vivos; el riesgo de muerte materna de una niña de 10 a 14 años es 2 veces mayor que el de una mujer de 20 a 35 años.³

La violencia sexual se relaciona, además, con efectos sociales como agresión y rechazo a la familia, que pueden verse incrementados por amenazas o medidas tomadas por el agresor en contra de la vida de los integrantes de la misma. Con frecuencia, se presentan crisis familiares asociadas, entre otras razones, a la dependencia económica o emocional hacia el agresor, conflicto entre el creer o no creer y “culpar” a la víctima.

La violencia sexual impacta la salud física y mental. Estudios indican que las mujeres sobrevivientes de actos de violación tienen altas tasas de trastornos que persisten debido al estrés postraumático, constituyendo el mayor grupo al cual se le ha diagnosticado este trastorno. Las víctimas de violación tienen 9 veces más probabilidades de intentar suicidarse y padecer depresión grave, que quienes no han sido víctimas. Además, entre un 50% y 60% de las víctimas padecen trastornos sexuales, incluido el temor a las relaciones sexuales durante buena parte de sus vidas.

Muchas mujeres afectadas por la violencia sexual padecen del menoscabo de su autoestima y su autonomía. Las experiencias sexuales traumáticas inciden en la práctica de sexo sin protección con múltiples compañeros, prostitución y embarazo en la adolescencia. Incluso se ha detectado que la experiencia de violencia sexual temprana hace más vulnerable a la mujer a otras formas de violencia en la vida adulta; las víctimas de incesto, por ejemplo, suelen ser afectadas por violencia sexual más tarde en sus vidas.

2 Herrera, J., Universidad del Valle, Ministerio de La Protección Social, Unicef, FNUAP. *Aplicación de un modelo bio-psicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia*.1997.

3 Fino, E.; Cuevas, L., *Mortalidad relacionada con el embarazo*, Colombia, 1985-2005, Tesis de especialización, Universidad de Antioquia, Medellín, 2007.

La violencia sexual es causa y consecuencia de otros problemas de salud pública, como lo muestra la tabla de factores de riesgo propuesta en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (OMS, 2002):

Factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres	Factores que aumentan el riesgo de que los hombres cometan violación
Nivel individual	
<ul style="list-style-type: none"> • Ser joven. • Consumir alcohol o drogas. • Tener problemas de salud mental, en particular síndrome de estrés post-traumático. • Haber sufrido una violación o abusos sexuales con anterioridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumir alcohol o drogas. • Tener actitudes y creencias que apoyan a violencia sexual, incluyendo tener fantasías sexuales coercitivas y culpar a las mujeres por excitarles. • Presentar un patrón de conducta impulsivo, antisocial y hostil hacia las mujeres. • Haber sufrido abusos sexuales durante la niñez.
<p>Fuente: OMS, Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2002. http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/ip3.html</p>	

Por otro lado, la violencia sexual incluye “(...) todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier modo la sexualidad de una persona, mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. La violencia sexual vulnera los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos. Es considerada una de las vulneraciones de Derechos Humanos más extendida y menos visible”. De acuerdo con el documento *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, de la OMS (2002), 1 a 2 de cada 10 mujeres han sido víctimas de violencia sexual, y 2 de cada 10 hombres lo han sido también.

Así mismo, la coacción puede abarcar una amplia gama de grados de uso de la fuerza; además de la fuerza física, puede entrañar la intimidación psíquica o moral, la extorsión u otras amenazas, como la del daño físico a las propias víctimas o a personas de sus afectos, la de despedir a la víctima del trabajo o impedirle obtener el trabajo que busca,

entre otras. La coacción también ocurre cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque está bajo los efectos del alcohol o algún estupefaciente, está dormida o es mentalmente incapaz de comprender la situación.

Formas y contextos de la violencia sexual

Los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos diversos, desde el hogar hasta el sitio de trabajo, pasando por la escuela, los escenarios deportivos, el transporte público, entre otros. En todos ellos se expresan relaciones de poder y dominación entre los sexos, en particular contra las mujeres, los niños y las niñas.

Dentro de las diferentes formas de violencia sexual cabe señalar:

- La violación en el matrimonio o en las citas amorosas.
- La violación por parte de desconocidos.
- La violación sistemática durante los conflictos armados.
- Las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores.
- El abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas.
- El abuso sexual de menores.
- El matrimonio y la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores.
- La denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual.
- El aborto forzado.
- Los actos de violencia que afecten la integridad sexual de las mujeres, incluida la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad.
- La prostitución forzada.
- La trata de personas.
- La explotación sexual.
- El embarazo o aborto forzado.

En el hogar se han identificado formas pasivas y activas de violencia sexual. Como parte de la agresión pasiva, existen ofensas donde no hay contacto físico, pero predominan las agresiones morales, éticas y psicológicas, entre ellas la represión sexual bajo amenazas, el impedimento a que la persona

reciba información sobre sexualidad, el no brindar educación sexual a los niños, niñas y adolescentes de la familia, el uso de las relaciones sexuales como método de intercambio: “si tenemos sexo, te doy lo que quieras”, o el condicionamiento del dinero de la manutención del hogar al hecho de tener relaciones sexuales, aunque la pareja no lo desee. En la agresión activa, el agresor usa sus manos, sus genitales u otros instrumentos contra la víctima, la cual no desea ser tratada de esta manera; por ejemplo: violación sexual, caricias por la fuerza, acoso sexual permanente, insultos sexuales, obligar al cónyuge o pareja a tener sexo sin desearlo o presión sexual bajo estado alcohólico o de drogas.⁴

Por otro lado, dentro de la esclavitud sexual se incluyen, entre otras: la explotación de la prostitución ajena, los matrimonios forzados, el turismo sexual y el uso de Internet con fines de explotación sexual y otras prácticas que signifiquen el tratamiento de mujeres, hombres, niñas, niños y adolescentes como propiedad.⁵

Ante esta amplia gama de formas y contextos de violencia sexual, para el presente documento usaremos el término “violencia sexual” como un genérico que contiene las diversas manifestaciones de esta problemática.

Nota: para ampliar la información sobre definiciones de violencia sexual, favor remitirse al anexo No 8.

Magnitud de la violencia sexual

Violencia sexual en el mundo y en Colombia

En el mundo se estima que 1 a 2 de cada 10 mujeres han sido víctimas de violencia sexual, y 2 de cada 10 hombres lo han sido también (OMS, 2002).

Se encuentran casos de violencia sexual en cualquier edad, sexo y estrato social; sin embargo, las mujeres, niñas y niños son las principales víctimas de este fenómeno. En el caso de las violaciones, el 85,7%

de las víctimas son mujeres; por cada 6 mujeres agredidas, se cuenta 1 hombre igualmente agredido. De cada 12 mujeres agredidas menores de 17 años, una de ellas resulta embarazada, y una de cada 23 personas agredidas presenta alguna enfermedad de transmisión sexual.⁶

En Colombia, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, durante el año 2006 se realizaron 19.592 dictámenes sexológicos, 3.935 de ellos en Bogotá.⁷ Esto teniendo en cuenta que la cifra incluye únicamente los casos reportados a las autoridades y que aparecen en informes de Medicina Legal.

Por otro lado, la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2005)* reveló que el 12% de las mujeres entrevistadas fue violada por su compañero y el 6% de las mujeres entrevistadas reportó haber sido forzada a tener relaciones sexuales con personas diferentes a su esposo o compañero. Estas cifras pueden duplicarse en el caso de mujeres en situación de desplazamiento, según la misma fuente.

En el año 2005, hubo 6.459 nacidos vivos de niñas entre 10 a 14 años, mientras que sólo se registraron 4.817 dictámenes sexológicos para el mismo año, en este grupo de edad.⁸ De acuerdo con el Código Penal Colombiano, los actos sexuales con una niña menor de 14 años, y por ende el embarazo en este grupo de edad, constituyen un delito. Por tanto, la brecha entre el número de nacimientos y el número de exámenes sexológicos evidencia el subregistro existente y pone de manifiesto una grave realidad al respecto.

Se estima que sólo 1 de cada 20 delitos sexuales es denunciado,⁹ esto sin considerar que no todos los exámenes sexológicos arriba citados se hicieron a niñas embarazadas y que existen estudios que revelan que la tasa nacional de embarazos asociada con una violación es del 5% en el grupo de 12 a 45 años de edad.¹⁰

4 Tomado de <http://es.wikihow.com/evitar-la-violencia-sexual-en-la-familia>.

5 Arroyo, R.; Tayupanta, L.; Moncayo, G., *Violencia sexual contra las mujeres*, Serie Documentos Técnicos, Año 1, Proyecto Regional Corte Penal Internacional y Justicia.

6 Comité de Derechos Humanos en su sesión no. 80 de marzo de 2004.

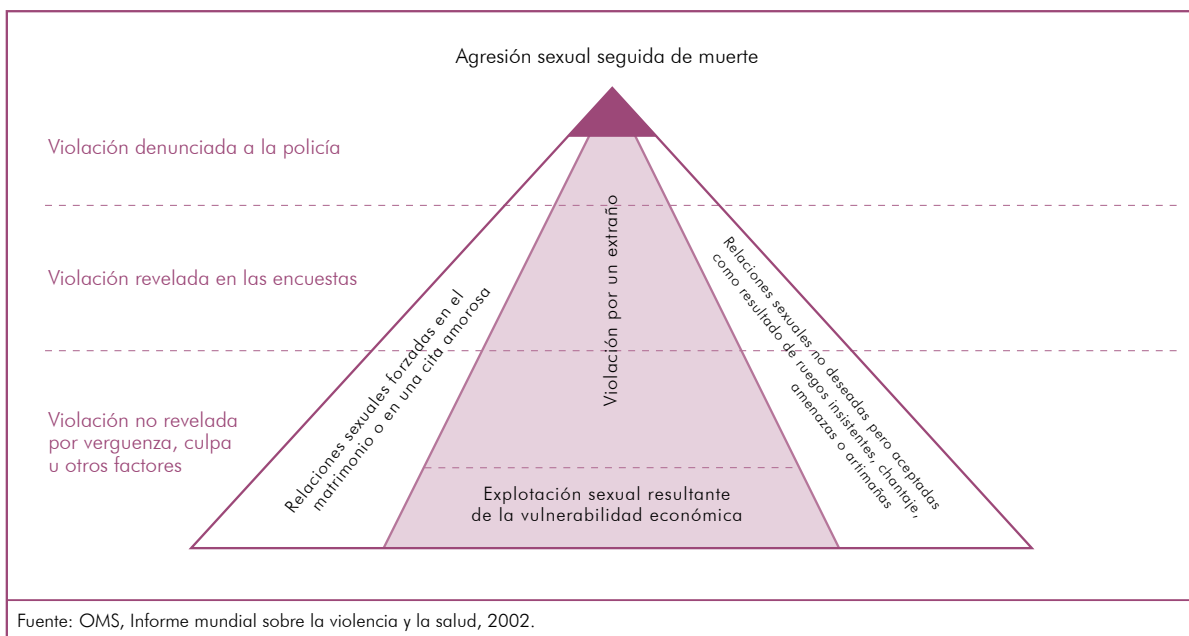
7 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, *Forensis 2006. Datos para la vida*, Bogotá, 2007.

8 Fino, E.; Cuevas, L., *Mortalidad relacionada con el embarazo, Colombia, 1985-2005*, Tesis de especialización, Universidad de Antioquia, Medellín, 2007.

9 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, *Forensis 2004. Datos para la vida*, Bogotá, 2005.

10 OMS, *Informe mundial de violencia y salud*, 2002.

Gráfico 1. Magnitud del problema de la violencia sexual



La relación entre las cifras aportadas por las fuentes de información y la magnitud del problema de la violencia sexual se asemeja a un *iceberg* flotando en el agua, en donde la pequeña punta visible representa los casos denunciados a las autoridades; una sección intermedia, más amplia, representa la información revelada por las diferentes encuestas realizadas sobre el tema, por ejemplo, la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, y el trabajo de las organizaciones no gubernamentales; pero bajo la superficie queda una parte sustancial no cuantificada del problema.¹¹

Así mismo, se considera que al menos una parte del embarazo en niñas y adolescentes está asociado a relaciones asimétricas de poder en términos de edad, posición económica y política, que se asocian a la violencia sexual. Entre 1990 y el 2005, la fecundidad adolescente pasó del 12,8% al 20,5%. Por otra parte, las mujeres que viven bajo alguna forma de violencia basada en el género (VBG) presentan dificultades para ejercer autonomía respecto de su cuerpo, su salud sexual y reproductiva y sus derechos Reproductivos, y están más expuestas a embarazos no deseados y al contagio de ITS y VIH/Sida.¹²

La ONG “Sí mujer”,¹³ en su investigación *Embarazo*

por violación, realizada entre los años 1998 y 1999 en Colombia, dio luces para esa época sobre el por qué las mujeres víctimas de violencia sexual acuden poco a las instituciones. El estudio reveló que el 59.5% de las mujeres que participaron en la investigación no comunicaron que habían sido violadas, en especial debido al temor a ser estigmatizadas. Al respecto refirieron que las asustaba la interpretación que pudieran hacer las demás personas al identificarlas como víctimas de violación.

En los casos estudiados para *Embarazo por violación*, la violencia sexual sólo fue denunciada excepcionalmente. De las 121 víctimas del estudio, sólo 4 (2,9%) informaron haberlo hecho ante la Fiscalía. Los motivos para no denunciar revelados por el estudio están ligados, en la mayoría de casos, a: 1) desconocimiento de los mecanismos e instancias para denunciar, 2) temor de que la gente se enterara, 3) desconfianza hacia la efectividad de la justicia y 4) miedo de recibir un mal trato. Aquellas que identificaron a sus violadores no los denunciaron por temor a las represalias de muerte con que fueron amenazadas, especialmente las dirigidas contra miembros de sus familias; así que el silencio que guardan es obligado por el miedo, la conminación y el peligro.¹⁴

11 Ibid.

12 Sistema Operacional de las Naciones Unidas en Colombia, *Evaluación conjunta de país*, Bogotá, 14 de noviembre de 2006, p. 19.

13 “Sí mujer” es una ONG colombiana, especializada en prestación de servicios de Salud Sexual y Reproductiva y en la atención de víctimas de violencia sexual.

14 Londoño, ML.; Ortiz, B.; Gil, Ana, et al. *Embarazo por violación. La crisis múltiple*. Convenio Fundación Servicios Integrales para la mujer “Sí mujer”, Colciencias-BID, 3ª edición, Colombia, noviembre, 2004.

Aquellas que pidieron ayuda lo hicieron especialmente a su mamá, y un 9,1% de ellas acudió a sus amigas. Las víctimas que se decidieron, o que se vieron forzadas a contar sobre el ataque sexual, en un 84,1% recibieron apoyo, casi en su totalidad proveniente de las madres y las amigas. Por otro lado, sólo el 12,4% de ellas tuvo acceso a métodos de anticoncepción de emergencia. El 62,8% que fueron embarazadas en la violación interrumpieron la gestación.¹⁵

En general, existe una creencia fuerte sobre la impunidad en este tipo de delitos; se piensa que no son sancionados y que no les interesan a las

autoridades. Así mismo, el tipo de interrogatorio a que son sometidas las víctimas en los procesos de investigación de la violación y la calidad de la atención en las diferentes instituciones, suele provocar una nueva victimización y resultan críticos, dado el momento emocional que viven.¹⁶

Violencia sexual en Bogotá¹⁷

La información aquí registrada da a conocer las cifras de violencia sexual captadas por el Sector Salud en Bogotá, a través del Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual (SIVIM), durante los periodos 2006 y 2007.

Tabla 1. Distribución de la violencia sexual según edad y sexo. Comparativo de proporciones según sexo en Bogotá D.C., 2006-2007

GRUPO ETAREO (Años)	2006					2007				
	Masculino	%	Femenino	%	Total	Masculino	%	Femenino	%	Total
< 1	6	1,2	25	1,1	31	5	0,7	26	0,8	31
1 - 5	101	19,4	330	14,3	431	167	22,2	471	14,5	638
6-10	224	43,1	643	27,9	867	337	48,8	735	22,7	1072
11-15	146	28,1	743	32,3	889	197	36,2	1052	32,5	1249
16-20	29	5,6	305	13,2	334	28	3,7	502	15,5	530
21-25	5	1,0	94	4,1	99	14	1,9	173	5,3	187
26-30	6	1,2	59	2,6	65	3	0,4	116	3,6	119
31-35	1	0,2	25	1,1	26	0	0,0	57	1,8	57
36-40	0	0,0	38	1,7	38	0	0,0	50	1,5	50
41-45	1	0,2	26	1,1	27	2	0,3	24	0,7	26
46-50	1	0,2	6	0,3	7	0	0,0	14	0,4	14
51-55	0	0,0	3	0,1	3	0	0,0	9	0,3	9
56-60	0	0,0	2	0,1	2	0	0,0	3	0,1	3
> 60	0	0,0	3	0,1	3	0	0,0	6	0,2	6
TOTAL	520	100	2302	100	2822	753	100	3238	100	3991

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia intrafamiliar-SIVIM

Sin duda alguna, la tabla anterior señala una diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones correspondientes a la violencia sexual según sexo, ratificando que por cada caso en el sexo masculino se registran más de 4.4 casos en el sexo femenino. No obstante, las comparaciones dentro de cada grupo muestran proporciones mayores para el grupo masculino comprendido entre 1 y 10 años. Esto significa que la diferencia entre la proporción

de casos en el sexo masculino frente a la proporción de casos en el sexo femenino es menor en este rango de edad, comparada con las diferencias en el total y en las demás edades. Sin embargo, el total de casos en el sexo femenino es tres veces mayor que los casos del sexo masculino en el mismo grupo de edad, como es mayor en todas las edades. Lo cual se observa claramente en la gráfica de los casos en el año 2007, más adelante.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Texto elaborado por el Dr. Henry Alejo, psicólogo, epidemiólogo. Área de Vigilancia en Salud Pública, Dirección de Salud Pública, SDS, 2008.

Tabla 2. Distribución de la violencia sexual según edad y sexo. Comparativo de proporciones dentro de cada grupo etareo en Bogotá D.C., 2007

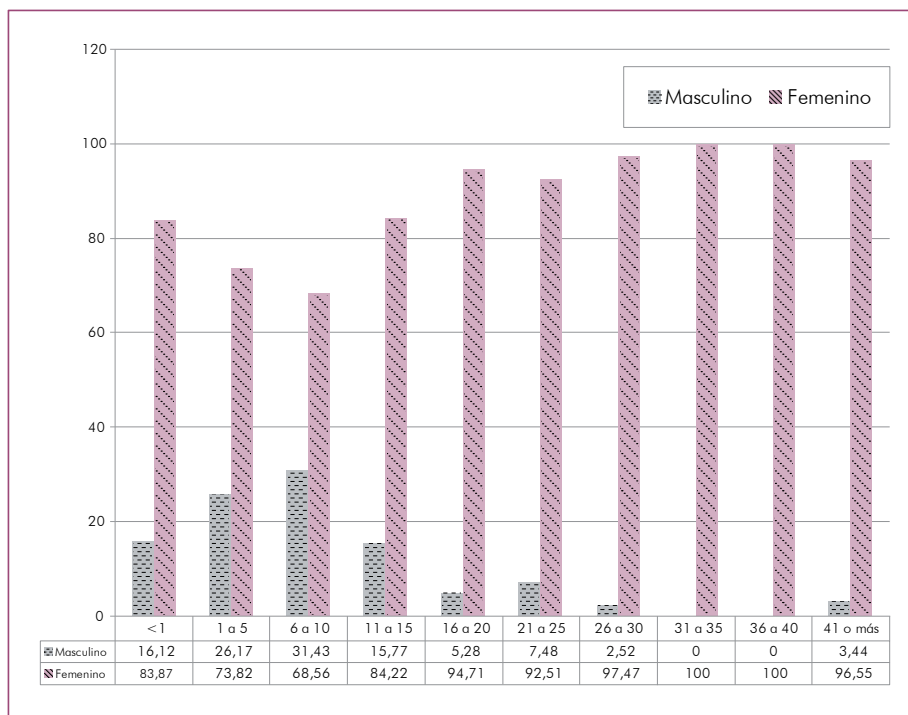
GRUPO ETAREO (Años)	2007				
	Masculino	%	Femenino	%	Total
<1	5	16,12	26	83,87	31
1 a 5	167	26,17	471	73,82	638
6 a 10	337	31,43	735	68,56	1072
11 a 15	197	15,77	1052	84,22	1249
16 a 20	28	5,28	502	94,71	530
21 a 25	14	7,48	173	92,51	187
26 a 30	3	2,52	116	97,47	119
31 a 35	0	0	57	100	57
36 a 40	0	0	50	100	50
41 o más	2	3,44	56	96,55	58
Total general	753		3238		3991

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia intrafamiliar-SIVIM

Durante el año 2007, a través del Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual (SIVIM) se identificaron 19.159 casos, de los cuales el 20.8% corresponden a violencia sexual (n=3991). Es relevante señalar que para el mismo año, el 74.9% de los casos de

violencia sexual identificados a través de dicho sistema corresponden a menores de 15 años de edad. Entre tanto, para el año 2006, la proporción de casos de violencia sexual para este mismo segmento de población alcanzó el 78.6%.

Gráfico 2. Distribución proporcional de la violencia sexual según grupo de edad en Bogotá D.C., 2007



Al realizar la comparación de la violencia sexual según sexo, para el año 2007 encontramos (para todos los grupos de edad) amplias diferencias en la distribución proporcional de los casos según sexo. Es pertinente señalar que en el caso del sexo masculino, las mayores proporciones se registran en menores de 15 años.

Aspectos legislativos: instrumentos jurídicos internacionales y legislación nacional sobre violencia sexual

A las víctimas de violencia sexual se les han vulnerado múltiples derechos: Derechos Humanos y, en particular, los Derechos Sexuales y Reproductivos. La violencia sexual constituye una de las expresiones más críticas de discriminación. Por tanto, la violencia sexual ha sido preocupación 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 institucionales de promoción, prevención y atención de las diferentes formas de violencia sexual.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos consagró, en 1948, entre otros derechos: la igualdad, la dignidad, el derecho a la vida, a la libertad y la seguridad; derecho a no ser sometido a esclavitud, a no ser sometido a torturas, ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes; derecho a igual protección de la ley; derecho a que sólo mediante el libre y pleno consentimiento de los futuros esposos pueda contraerse el matrimonio; a la seguridad social, al trabajo digno y bien remunerado, a la familia, la salud y el bienestar; y en especial a la alimentación, al vestido, la vivienda, la educación, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, entre otros.

Instrumentos jurídicos internacionales

Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de la Mujer, CEDAW

La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer (CEDAW),¹⁸

ratificada en Colombia por la Ley 51 del 2 de junio de 1981 y su Decreto reglamentario 1398 del 13 de junio de 1990, establecen que la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer

En la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer¹⁹ se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.²⁰

Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer

La Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará, 1994) por su parte sostiene que “la violencia contra las mujeres es una violación a los Derechos Humanos, porque afecta gravemente una serie de Derechos Humanos y libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer en el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades”. Esta Convención, que fue ratificada por Colombia mediante la Ley 248 del 29 de diciembre de 1995, considera que:

“**Artículo 1:** para los efectos de esta Convención, debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

“**Artículo 2:** se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

¹⁸ La CEDAW es el tratado más comprehensivo de los Derechos Humanos de las mujeres y se orienta hacia el adelanto de la condición de la mujer en el mundo. Fue adoptada por la Asamblea General en diciembre de 1979 y es, en esencia, el Decreto Internacional de los Derechos de la Mujer; se conoce como la Carta Magna de los Derechos Humanos de las mujeres.

¹⁹ Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993, artículos 1 y 2.

²⁰ Tomado de [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument)

- a. Que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros: violación, maltrato y abuso sexual;
- b. Que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona, y que comprende, entre otros: violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar; y
- c. Que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra”.

Instrumentos jurídicos nacionales

Ley 294 de 1996

En la legislación nacional, la Ley 294 de 1996, que desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política, dicta normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. El artículo 3 de dicha ley reza: “Toda forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y, por tanto, será prevenida, corregida y sancionada por las autoridades públicas. La oportuna y eficaz protección especial a aquellas personas que en el contexto de una familia sean o puedan llegar a ser víctimas, en cualquier forma de daño físico o psíquico, amenaza, maltrato, agravio, ofensa, tortura o ultraje, por causa del comportamiento de otro integrante de la unidad familiar (...)”; y las modificaciones consignadas en la Ley 575 del 2000.

La Constitución Política, en su artículo 44, consagra como Derechos Fundamentales de los Niños: la vida, la integridad física, la salud, la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separado de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. También establece que serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

Ley 012 de 1991

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 100 de 1993

Artículo 177, garantía red de servicios, y artículo 168, garantía de los servicios POS.

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”, 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 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.

Ley 704 de 2001

Por medio de la cual se aprueba el Convenio 182 sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación, adoptado por la 87ª Reunión de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, Ginebra, Suiza, el 17 de junio de 1999.

Ley 747 de 2002

Por medio de la cual se hacen unas reformas y adiciones al Código Penal (Ley 599 de 2000) y se crea el tipo penal de trata de personas y se dictan otras disposiciones.

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.

Ley 800 de 2003

Por medio de la cual se aprueban la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia

Organizada Transnacional y el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 15 de noviembre de 2000.

Ley 1098 de noviembre 8 de 2006

Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.

Ley 906 de 2004

Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.

Además, la Ley 1010 de 23 de enero de 2006 da un paso importante para enfrentar el acoso laboral como práctica que se mantiene oculta, ignorada o silenciada por quienes la sufren, por temor a perder el trabajo o por no encontrar mecanismos que ayuden a proteger su identidad.

De otro lado, un conjunto de políticas públicas a nivel nacional y distrital establecen la necesidad de adelantar acciones de prevención y atención de las distintas formas de violencia, en especial de la violencia sexual. Entre las cuales están:

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – PNSSR

Formulada por el Ministerio de la Protección Social, plantea mejorar y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población, con énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, y el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas. La política señala como problemas y temas prioritarios en SSR los siguientes:

Problemas prioritarios:

- Altos índices de mortalidad materna.
- Aumento de la incidencia de ITS y VIH/Sida
- Falta de servicios de atención integral para adolescentes y aumento de la fecundidad
- Alto porcentaje de embarazos no planeados y abortos
- Alta mortalidad por cáncer de cuello uterino

- Altos índices de violencia doméstica y sexual

Temas prioritarios en SSR:

- Maternidad segura
- Planificación familiar para hombres y mujeres
- SSR en adolescentes
- ITS y VIH/Sida
- Cáncer de cuello uterino
- Violencia doméstica y sexual

Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

Adoptado por el Ministerio de la Protección Social, mediante el Decreto 3039 de 2007, que reconoce como problemas críticos de salud pública las diferentes formas de violencia intrafamiliar y sexual y recomienda la realización de acciones de prevención y promoción del buen trato.

Ley Nacional de Educación y Plan Nacional de Educación 2002-2006

Contemplan como obligatoria la educación sexual, la prevención del maltrato y la violencia, e incluyen proyectos dirigidos a la promoción de la salud sexual, la convivencia en equidad y el desarrollo de habilidades para la vida.

Política Distrital “Sexualidad sin indiferencia”

Construida como respuesta social a las diferencias y desigualdades en salud sexual y reproductiva, considera que la salud sexual y el derecho a la salud van más allá de la ausencia de enfermedades. Se propone lograr que una persona conozca su cuerpo de tal manera que pueda cuidarlo; ser capaz de tomar decisiones respecto a su sexualidad (la forma de ser, sentir, amar y actuar, como hombres o como mujeres) y en relación con la pareja, conocerse a sí misma y escoger formas de mostrar su afectividad y de relacionarse con las demás personas. Se orienta a que las personas tengan condiciones para tener una vida sexual segura, satisfactoria y placentera, no necesariamente ligada a la procreación.

Política Pública de Juventud para Bogotá D.C. 2006-2016

Plantea en su capítulo “Derecho a la vida, la libertad y la seguridad”, “restablecer los derechos de los jóvenes afectados por la violencia intrafamiliar, sexual y escolar”.

Política Pública para las familias en Bogotá

Considera que las familias son una forma primordial de organización social, determinadas históricamente, en donde se construye culturalmente la filiación y el afecto. La familia es un ámbito fundamental de humanización y socialización; unidad portadora, creadora, reproductora y realizadora de valores, sujetos colectivos de derechos, con capacidad para transformarse y transformar su entorno y la sociedad de la que hacen parte.²¹

Política Distrital de Salud Mental

Concebida como una estrategia fundamental en el logro de una ciudad humana, soportada en el esfuerzo del Estado y la sociedad. Se orienta a garantizar a los sujetos y los colectivos las condiciones de vida digna para el ejercicio de su libertad, el desarrollo de su autonomía y de los proyectos de vida, sin distinción de raza, religión, etnia, ideología o condición económica y social. La violencia sexual se considera como uno de los eventos prioritarios.

Acuerdo Distrital 152 de 2005

“Por el cual se modifica el Acuerdo 12 de 1998 y se adoptan medidas para la atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar y violencia y explotación sexual”, que en su artículo 1 crea el Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar y Violencia y Explotación Sexual, como cuerpo consultor y asesor encargado de formular²² políticas que articulen los programas de las entidades responsables en Bogotá D.C.

Decreto 4545 del 2007

Anti trámites en salud.

Resolución 412 del 2000

Guía del menor maltratado y Guía de la mujer maltratada.

Circular 010 de 2007, de la Secretaría Distrital de Salud, sobre Atención a Presuntas Víctimas de Violencia Sexual

Dirigida a las Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, Instituciones Prestadoras de Salud IPS, Empresas Sociales del Estado adscritas e instituciones de los regímenes especiales de salud distritales, profesionales independientes, asociaciones de usuarios y Copagos.

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:²³

- Derecho a las condiciones de salud, nutricionales, afectivas, educacionales y ambientales apropiadas para el desarrollo armónico de hombres y mujeres en todas las etapas del ciclo vital, para favorecer el nivel más elevado de SSR.
- Derecho al ejercicio autónomo de la sexualidad, de acuerdo con las propias preferencias y a la protección legal de las mismas, incluida o no la finalidad reproductiva e independiente del sexo, de la edad, de la raza, de la creencia religiosa y del estilo de pareja.
- Derecho a una educación sexual y reproductiva desde la infancia, no sexista, que favorezca el autoconocimiento, el autocuidado, y el ejercicio de una sexualidad y una reproducción libre, gratificante y responsable.
- Derecho de todos los individuos y parejas a decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, a que sean fruto de una maternidad deseada, libre, segura y compartida, y a disponer de la información y los medios para ello.
- Derecho a servicios de salud sexual y reproductiva integral (métodos anticonceptivos, maternidad saludable, atención del climaterio, promoción, prevención, atención y control de las ITS, VIH/Sida y cáncer del aparato reproductivo y de mama), eficientes, oportunos, de buena calidad y humanizados, dentro de las condiciones éticas, de intimidad, confidencialidad, respeto y conocimiento, basados en una información correcta, que respete los valores culturales y las creencias religiosas, en el marco de lo reglamentado en el SGSSS”.
- Derecho a un trato equitativo y no discriminatorio, en el trabajo, en instituciones educativas o en contextos sociales, por condiciones asociadas al estado civil, el embarazo, tener hijos, tener ITS/VIH/Sida, tener cáncer del aparato reproductivo o por la edad, y a vivir y trabajar en un ambiente sin riesgo para la fecundidad y la reproducción.
- Derecho de hombres y mujeres en todas las edades a no ser maltratados ni violentados sexualmente y a adoptar decisiones relativas a la reproducción, sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de DDHH y en la Constitución Política.

²¹ Política Pública para las Familias en Bogotá, Alcaldía Mayor, Bogotá Sin Indiferencia: Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión, 2007.

²² Consultado en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16212#0>

²³ Ministerio de La Protección Social, 2002.

CAPÍTULO 2

Garantía del Derecho a la Salud en la atención a víctimas de violencia sexual, por parte de la entidad territorial, aseguradores y prestadores de servicios de salud

Hoy se acepta que el proceso salud enfermedad constituye la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen, en diferentes zonas socioespaciales y en los grupos que las habitan, la aparición de riesgos y potencialidades características,²⁴ y que la situación de salud obedece a las determinaciones dadas por las formas de reproducción social, como alimentación, reposo, protección frente al ambiente, recreación, comunicación social e interpersonal, actividades educativas, religiosas, culturales y rituales, acceso a los servicios de salud, entre otras.

La salud y la enfermedad resultan de procesos de interacción complejos, como las condiciones históricas y las relaciones sociales. La salud significa que las personas se encuentren bien donde viven, accedan a los servicios que necesitan, se desempeñen en las actividades que prefieran y, como consecuencia, alcancen el desarrollo pleno de su autonomía y dignidad; es decir, estén satisfechas con la realización cotidiana de su proyecto vital y tengan expresiones diferenciales acordes a las condiciones de género, etnia, clase social, territorio, capacidades y habilidades.²⁵

Teniendo en cuenta estas apreciaciones, el Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Positiva: para vivir

mejor, propone espacios de vida donde reúne la equidad con dignidad, expresada como igualdad de oportunidades reales y disfrute de los derechos, en una dinámica de realización personal y colectiva; orientada al logro de una ciudad humana, donde las personas sean el principio y el fin, desde la perspectiva de sus derechos, pero también exaltando al máximo sus virtudes y capacidades.²⁶

Este enfoque supone una concepción y una definición de la salud amplia e integral, optando por un modo promocional que incluye la calidad de vida como factor que determina los procesos salud-enfermedad en la población, atendiendo a las siguientes consideraciones:

- La salud se afecta con la enfermedad, pero no se reduce en la ausencia de enfermedad. La salud debe entenderse como un proceso que posibilita el desarrollo del proyecto vital humano, de las comunidades y de la sociedad en general.²⁷
- Todas las personas, sin importar si están enfermas o presentan alguna limitación física o mental, tratan de vivir de la mejor manera posible, lo cual requiere de unas condiciones de calidad de vida que les permitan realizar tal aspiración.

24 Breilh, J., "La salud-enfermedad como hecho social", en: *Deterioro de la vida en Ecuador*. Quito, Ecuador, 1989.

25 Plan Distrital de Salud, 2008.

26 Bogotá Positiva: por el derecho a la ciudad y a vivir mejor. <http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/decide.php>. Visitado 11 de enero de 2008

27 Tomado de Política Distrital de Salud Mental, 2008.

- La vida ocurre en relaciones sociales y en condiciones materiales que la hacen posible, de manera que tanto la salud como la enfermedad están determinadas por condiciones y medios, más o menos disponibles, según el lugar que se ocupe en la sociedad.
- Por esto, pensar en salud requiere tener en cuenta la calidad de vida de las personas y las opciones autónomas que conducen a ella, aún en situación de enfermedad o discapacidad.

Hoy es un reto para la ciudad, a pesar de los avances logrados en el abordaje de la violencia sexual, entender la integralidad de las personas desde sus necesidades, lo que implica hacer una lectura completa de éstas desde: afecto, protección, supervivencia, participación, identidad, libertad y autonomía, disfrute del tiempo libre, apropiación de conocimiento, entornos óptimos; necesidades estas que deben leerse a través de la estrategia promocional,²⁸ construyendo el proceso metodológico antes descrito de manera que se definan acciones que, a través de la promoción, restitución de la autonomía individual y colectiva y la equidad, contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población acorde a su etapa de ciclo de vida y a sus condiciones. Las funciones de la salud pública tienen en este enfoque un espacio propicio para su realización.

Las funciones de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), como ente territorial dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se soportan, de una parte, en las definiciones dadas en el Marco de las Funciones Esenciales en Salud (FESP) y, de otra, por las orientaciones consagradas en la Ley 715 de 2001 sobre los recursos y competencias.²⁹

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha puesto en marcha la iniciativa “La salud pública en las Américas”, que se dirige a la definición y medición de las FESP como base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los niveles del Estado.

Las funciones esenciales de la salud pública (FESP) competen al Estado en sus niveles central, intermedio y local, y se relacionan con el monitoreo del estado de salud, para identificar los problemas de salud de la comunidad; además, son funciones de la salud pública: el diagnóstico e investigación de los

problemas de salud y de los riesgos en la comunidad; la información, educación y empoderamiento de las personas en temas de salud; la movilización de asociaciones comunitarias para identificar y resolver problemas de salud; el desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva; el cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan la salud y den seguridad; la vinculación de las personas a servicios de atención de salud y garantía de provisión de servicios de salud donde no estén disponibles; la garantía de recursos humanos competentes para la salud pública y la atención de salud; la evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva; y la investigación sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud.

De esta forma, la función rectora en salud consiste en “el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud, que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno; que es competencia característica del gobierno y es ejercida mediante la Autoridad Sanitaria. Su propósito es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de los actores sociales” (OPS – OMS, 2006). La evaluación de esta función rectora constituye para los tomadores de decisión una herramienta fundamental de planeación, que permite avanzar en los procesos que muestran fortaleza en su desempeño y tomar decisiones sobre áreas prioritarias de intervención.

Así, a partir de los resultados de los informes de evaluación de la función rectora, las autoridades sanitarias pueden establecer:

- a. La necesidad de impulsar procesos normativos que permitan al ente territorial asumir las funciones y desarrollo de competencias para un proceso real de rectoría sanitaria.
- b. El desarrollo de un sistema de información a nivel de todos los procesos que alberga la responsabilidad de la rectoría sanitaria y continua, identificándose este sistema como una de las mayores debilidades del sector para la toma de decisiones, asignación de recursos, seguimiento, control y evaluación.

²⁸ Se define la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud como el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades, para hacer efectivos los Derechos Sociales.

²⁹ Las competencias y responsabilidades de los entes territoriales, así como de los aseguradores y prestadores de servicios de salud, se deben complementar y cumplir de acuerdo a lo estipulado en el Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010)

- c. Los procesos de descentralización acompañados de bases normativas y legales que permitan la asunción de competencias y responsabilidades a nivel territorial, para poder regular, fiscalizar y conducir efectivamente el sector.
- Ejecución de las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, utilizando los recursos nacionales de destinación específica.³¹

Competencias de los entes territoriales en materia de atención de personas víctimas de la violencia sexual

La Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357, (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política, y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros, le otorga a los entes territoriales, en este caso a la SDS, las siguientes competencias relacionadas con la dirección del Sector Salud:³⁰

- Formulación de planes, programas y proyectos para el desarrollo del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en armonía con las disposiciones del orden nacional.
- Adopción, definición y evaluación de normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Asistencia técnica y asesoría a las instituciones públicas que prestan servicios de salud en su jurisdicción.
- Supervisión y recaudo de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administración de los recursos del Fondo Distrital de Salud.
- Vigilancia y control en el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud.
- Adopción, implementación, administración y coordinación de la operación en su territorio del Sistema Integral de Información en Salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.
- Promoción de la participación social y del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

LA VIOLENCIA SEXUAL SIEMPRE ES UNA URGENCIA:

Cuando una persona es detectada o hace consulta por posible violencia sexual, debe brindarse atención inmediata, independiente del tiempo de los hechos. Siempre la víctima de violencia sexual se encuentra en una situación de crisis, que pone en peligro su vida. Se deben desarrollar todas las "acciones en el primer contacto con el Sector Salud" que amerite el caso, además de articulación con los sectores que se necesite para garantizar la continuidad del Proceso Integral de Atención.

La violencia sexual, desde su definición, es una urgencia. Como urgencia no tiene pagos compartidos ni otros condicionantes (semanas mínimas de cotización) para su atención inmediata, en ninguna parte del territorio nacional.

Es una urgencia particular, dado que altera "(...) la integridad física, funcional y/o psíquica (...) en diversos grados de severidad, comprometiendo la vida o funcionalidad de la persona, y (...) por tanto requiere de la protección inmediata de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras". La definición de urgencia dada por la Resolución 5261 de 1993 no la condiciona a evento agudo o crónico. Desde esta perspectiva, el abuso que ha venido progresando desde largo tiempo atrás es también una urgencia. Esa particularidad determina que su atención pueda darse en cualquier momento del desarrollo del evento y que el término de la atención inicial, que busca la estabilización del(la) paciente, se extienda lo necesario para esa estabilización y comprometa los "(...) recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros (...) indispensables e inmediatos (...) para alcanzarla".

30 Las competencias y responsabilidades de los entes territoriales, así como de los aseguradores y prestadores de servicios de salud, se deben complementar y cumplir de acuerdo a lo estipulado en el Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

31 Íbid.

Cuando una víctima de violencia sexual hace consulta o es detectada (sea niño, niña, joven, mujer u hombre), quizá sea este el único contacto de la víctima con las instituciones, y, de lograrse esta “captación”, podrá iniciarse una atención integral desde los diferentes sectores (Justicia, Salud, Protección, Bienestar Social, Educación) a fin de minimizar el daño.

Cuando la víctima de violencia sexual busca ayuda es porque siente que la necesita. En estos casos, cuando se busca ayuda por iniciativa propia, por lo general la víctima se encuentra en lo más grave de su crisis o peligro; por esta razón requiere atención inmediata.

Cuando es visibilizado un caso de violencia sexual, se ponen en crisis y conflicto varias situaciones individuales, familiares y sociales de alto riesgo para la víctima y para otras víctimas potenciales del núcleo familiar, lo cual requiere un abordaje integral urgente.

Pese al marco normativo, el abordaje de la violencia sexual y el acceso a la atención desde el Sector Salud tienen hoy día múltiples barreras que impiden a los niños, niñas, jóvenes, mujeres y hombres víctimas de violencia sexual acceder a los servicios de salud, y por tanto son barreras para garantizar el Derecho a la Salud.

Algunas de las barreras de acceso, que además revictimizan, son:

Barreras para la adecuada atención de víctimas de violencia sexual

Problemas con el aseguramiento

Las personas víctima de violencia sexual pueden encontrar barreras de acceso en su atención, entre otras por algunas de las siguientes causas:

Barreras por desconocimiento de las instituciones

- Desconocimiento de las instituciones de los procedimientos para activar las acciones de protección y atención de las personas víctimas de violencia sexual, sin red de apoyo socio-familiar.

- No se considera la violencia sexual como una urgencia, si los hechos no han ocurrido pocas horas antes.
- Exigencia de pagos compartidos por parte de las instituciones de salud, ignorando la gratuidad establecida por la Ley 360 de 1997, artículo 15, para la atención de víctimas de violencia sexual

Barreras administrativas para el ingreso al sistema de atención en salud

- La persona no aparece en bases de datos que acrediten su condición de afiliación al SGSSS (Sisben, Fosyga, EPS, otras).
- No autorización de la atención por parte de quien actúa como asegurador (EPS, entes territoriales, regímenes especiales, etc.).
- Desactualización de la información contenida en bases de datos sobre la condición de afiliación al SGSSS de las víctimas, generando cruces entre los regímenes, aparentes retardos en las cotizaciones, entre otras situaciones que son utilizadas como justificación para la negación del servicio.
- Ausencia o cruce de información entre bases de datos de otros entes territoriales.
- Negación de la atención a menores de edad o compañeros(as) de cotizantes al Régimen Contributivo, por no aparecer como beneficiarios.

Barreras en la atención:

- Falta de integralidad en el manejo requerido, por su fragmentación en diferentes niveles de atención y en diferentes aseguradores.
- Al ingreso, en la portería, recepción o módulo de información, se indagan las razones o motivos de consulta. Igual sucede en las dependencias responsables de la facturación. Los auxiliares y demás personal de salud no tienen respeto por la confidencialidad e intimidad de la persona víctima y proceden a interrogarla.
- Asignación de citas tardías, con intervalos prolongados, generando el riesgo de que la persona desista de la atención o presente complicaciones físicas, emocionales y mentales.
- La atención se realiza en sitios que no garantizan la privacidad, en condiciones deplorables.
- Vulneración de la dignidad de la víctima solicitando la desnudez y el tener que dejar sus prendas como evidencia.

- Se obliga a la víctima a solicitar autorizaciones en diferentes momentos, con diferentes instituciones o personas y para diferentes servicios, y se le obliga con frecuencia a repetir el relato de los hechos.

Barreras socioeconómicas

- Barreras geográficas y económicas, determinadas por la necesidad de desplazamiento en busca de la autorización de la atención, reclamo de medicamentos y de la atención misma.
- Exclusión del POS de algunos medicamentos y servicios.

Otras barreras

- Falta de documento de identidad.
- Documentos en manos del agresor.

La Secretaría Distrital de Salud, en atención a la garantía al Derecho a la Salud, a través de las herramientas de la legislación actual y en armonía con la Red de Prestadores de Servicios Públicos y Privados, busca evitar la revictimización, garantizar los derechos y lograr calidad de vida para estos niños, niñas, jóvenes, mujeres y hombres.

Entre los compromisos del Sector Salud es importante resaltar los siguientes:

- Garantizar el acceso a servicios de salud a toda víctima de violencia sexual (Circular 009 del 2007 de la Secretaría Distrital de Salud).
- Garantizar la atención a toda víctima de violencia sexual, eliminando la revictimización y barreras como los trámites administrativos, la fragmentación del sistema y barreras geográficas debido a la ubicación lejana al domicilio de los puntos de atención.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas, deben garantizar la disponibilidad de los elementos necesarios para la toma de muestras y evidencias, y la cadena de custodia en la atención integral a víctimas de violencia sexual (Resolución 412 del 2000, Ley 906 del 2004, Nuevo Código de Procedimiento Penal Colombiano, Circular 022 de 2007).

Compromiso de los aseguradores del Sistema General de Seguridad Social en Salud

En el sitio de atención, se garantizará la atención integral necesaria, con oportunidad, sin barreras por trámites administrativos entre las IPS y las EPS. Se harán los trámites necesarios para autorización de servicios, envío de muestras de laboratorio entre los diferentes niveles de atención y la facturación a cada asegurador, según el componente que le corresponda por ley (Decreto 4545 de 2007). Las EPS garantizarán el pago por los servicios necesitados en cada caso (Ley 100 de 1993), para facilitar el cobro de cada componente requerido en la atención, a quien corresponda.

Los pagos se hacen dentro de los términos establecidos por la norma vigente (Ley 1122 de 2007, Decreto 4545 de 2007).

Las EPS deberán garantizar la red de atención de fácil acceso a víctimas de violencia sexual y garantizar la existencia de equipos idóneos de atención interdisciplinaria integral.

Para ver Cuadro de competencias en salud, ver anexo No. 1

Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la atención integral a víctimas de violencia sexual

Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud, pública o privada, en todos los niveles de atención, debe:

1. Garantizar la primera atención a la víctima de violencia sexual.
2. Definir quién da aviso inmediato a la Policía Judicial, ante la llegada de un caso de violencia sexual.
3. Conocer y aplicar la ruta básica de la localidad: mecanismos y teléfonos para contactar como mínimo a:
 - Policía Judicial.
 - Protección: Comisaría de Familia o Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
 - Referente Red del Buen Trato.
 - Laboratorios para referenciar muestras clínicas.

4. Contar con los mecanismos para que todo el personal de la institución esté capacitado de forma permanente en la atención a realizar desde su cargo: administrativo, de atención en salud, seguridad, servicios generales y otros (como parte de la capacitación al ingreso a laborar en la institución y como educación continuada periódica).
5. Garantizar de forma permanente la disponibilidad de elementos para la toma, embalaje y rotulado adecuado de evidencias. Así como los formatos de registro básicos: historia clínica, hoja de registro de cadena de custodia, formatos de ficha SIVIM.
6. Definir y garantizar el eficaz trámite a los laboratorios de las muestras solicitadas en la búsqueda de embarazo e infecciones de transmisión sexual, y los mecanismos para su envío rápido, oportuno y adecuado; la recepción de resultados y la adecuada forma de hacer llegar los reportes a la víctima, al médico tratante y al Sistema de Justicia.
7. Designar un lugar adecuado para el almacenamiento transitorio de los elementos materia de prueba o evidencias.
8. Definir claramente los responsables de estos almacenes.
9. Definir rutas de comunicación claras con la Policía Judicial, para que esta institución haga la recepción pronta y oportuna de las evidencias.
10. Realizar comunicación con Vigilancia Epidemiológica de la ESE responsable de la localidad, para notificar el caso, diligenciar la ficha SIVIM y enviarla por fax (ver directorios en anexo N° 2 y anexo N° 3); esta notificación es muy importante en la articulación para la continuidad del proceso integral de atención y en la vigilancia epidemiológica para la garantía de derechos.
11. Asegurar la remisión adecuada y efectiva para que haga la continuidad terapéutica que requiera el caso.
12. Garantizar la continuidad del proceso de atención bio-psicosocial.
- 13. NO COBRAR copagos ni cuotas moderadoras. La atención a víctimas de violencia sexual debe ser gratuita.**

Vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual³²

La vigilancia epidemiológica es el proceso orientado a asegurar la notificación -inmediata y periódica-, la canalización y el seguimiento de los “casos identificados de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual”, en el Área de Vigilancia en Salud Pública de las Empresas Sociales del Estado, con el propósito de facilitar su atención integral y oportuna.

Las instituciones públicas o privadas prestadoras de servicios de salud, que tienen la responsabilidad y adquieren el compromiso de informar los casos de violencia intrafamiliar y delitos sexuales, según los requerimientos establecidos por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, deben tener en cuenta que la notificación de un caso será inmediata, cuando el suceso reviste riesgo de fatalidad desnutrición severa, lesiones físicas graves, trastorno emocional asociado a maltrato- o en los casos de posible violencia sexual.

La Empresa Social del Estado (ESE) de la localidad en que se capture inicialmente el caso -independientemente de que los hechos hayan ocurrido en la localidad en donde se ubica la ESE-, es responsable de ingresar la información a la base de datos, notificar, facilitar la denuncia y realizar su canalización oportuna en procura de la atención integral de la víctima.

Para garantizar dicha atención, la ESE de la localidad de origen -en donde reside la víctima-, siempre asumirá las labores de seguimiento, así como la orientación dirigida al cumplimiento de las competencias de aquellas entidades involucradas en su atención.

La Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) privada que capte un caso de violencia sexual, deberá diligenciar el formato de captura de datos del *Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y los delitos sexuales* (SIVIM), y enviarlo dentro de las 24 horas siguientes a la ESE de primer nivel de la localidad adonde corresponda dicha IPS. La ESE respectiva estará en la obligación de iniciar el seguimiento del caso correspondiente.

Para evitar duplicidad en los registros, será la ESE que capta inicialmente el caso la responsable del ingreso de datos al SIVIM. El cumplimiento de esta

³² Tomado de la ficha de Vigilancia Epidemiológica de Casos de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Delitos Sexuales SIVIM, Plan de Intervenciones Colectivas, Secretaría Distrital de Salud, 2008.

disposición exige la comunicación efectiva y oportuna entre las ESE de las diversas localidades, y entre ellas y las IPS de cada localidad. En este sentido, es deber de las instituciones informar acerca de las demoras en la atención por parte de las IPS, la notificación y la canalización de los casos identificados a través del sistema.

Mediante el SIVIM se logra realizar y facilitar el seguimiento, así como la atención integral de los casos identificados en pro de la restitución de los Derechos de las Víctimas, a través de la articulación

con las Redes del Buen Trato y los Consejos Locales de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Violencia y Explotación Sexual.

Si la víctima se niega a esta notificación, y es mayor de edad, puede omitirse su nombre en la ficha, haciendo la aclaración respectiva y, de esta forma, enviar la notificación. Es muy importante conocer el número de casos y las circunstancias en que se presentan, respetando los derechos de las víctimas de violencia sexual.

CAPÍTULO 3

Experiencias que promueven la salud y calidad de vida de niños y niñas desde el Sector Salud

Salud Integral para la Infancia, SIPI. Una buena práctica de promoción de la salud y prevención de los riesgos y la enfermedad desde los servicios de salud³³

El Programa de Salud Integral para la Infancia (SIPI) busca “acompañar y estimular al niño en su proceso de crecimiento y desarrollo, promoviendo su autoestima, autonomía, creatividad, felicidad, solidaridad, salud y resiliencia”. Brinda apoyo a la familia y estímulos al niño para que, en la cotidianidad, se tengan siempre presentes estas metas de proceso, como orientación permanente de la crianza. Pretende brindar elementos claves para el desarrollo del proyecto de vida, que consciente o inconscientemente todos los seres humanos elaboran desde la adolescencia, luego de “encontrar sentido de vida”.

Enfoque de desarrollo y Derechos Humanos

En el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (OMS, 2002) se recomienda la intervención con enfoque de desarrollo. Los investigadores han permitido comprender la importancia de alentar sistemas de crianza de la infancia que permitan mejorar la paternidad y lograr que sea más equilibrada respecto al género, con el objeto de prevenir la violencia sexual.

Se reconoce la efectividad de la intervención en los diferentes momentos del ciclo vital con énfasis en: 1) la gestación, 2) la niñez (distinguir el contacto “bueno” del “malo” y fortalecer la capacidad y confianza para lograr el control de su propio cuerpo) y 3) la adolescencia (establecer límites de la actividad sexual y diferenciar claramente las relaciones sexuales de la violencia y la coacción).

El niño y la niña son seres únicos e irrepitibles que, no obstante sus diferencias y su rápido proceso de crecimiento y desarrollo, tienen características que comparten con otros niños y niñas de edades similares. Él y ella son los gestores de su propio desarrollo; los padres, madres y otros adultos significativos, como buenos puericultores, deberán ser sus acompañantes afectuosos e inteligentes durante su proceso vital. Además de su afecto, elemento primordial en el acompañamiento para el desarrollo, es conveniente que el adulto disponga de ciertas pistas u orientaciones generales para brindar este apoyo.

Dentro de este contexto, el programa SIPI es una propuesta de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (con énfasis en la primera), orientada al avance en el desarrollo y bienestar humano y dirigido a la “cultura de la salud”, centrada en la salud y la vida y no en la enfermedad y la muerte, como es tradicional en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Se fundamenta en la inmensa potencialidad de cada ser humano de desarrollar su herencia genética y de tener acceso a la vida en un ambiente favorecedor de la plena realización como persona.

33 Material tomado de: Posada, A.; Gómez, J.F.; Ramírez, H., *El niño sano*, 3ª edición, Bogotá, Editorial Médica Panamericana, capítulo 11, pp. 110 – 116, 2005.

Además, el Programa SIPI es una estrategia integral que se orienta a construir entornos de protección a niños y niñas a nivel individual, familiar y comunitario, y le apunta al alcance de metas de desarrollo, que son bases fundamentales en la prevención de la violencia sexual, tanto a nivel de agredidos como de agresores, partiendo de la idea de que las metas del desarrollo de un ser humano son la autoestima, autonomía, creatividad, felicidad, solidaridad, salud y resiliencia.

Los primeros años de vida del ser humano son fundamentales para establecer las interconexiones nerviosas que facilitarán mayor fluidez del pensamiento, la apropiación del conocimiento y el ejercicio de las funciones superiores propias de la especie. El gran poder de asimilación propio de la niñez es un garante para que la estimulación brindada en este periodo de la vida caiga en terreno abonado, que se revierte posteriormente en productividad personal y social.

El niño y la niña son seres ávidos de experiencias y conocimientos nuevos, dispuestos a asimilar e incorporar, a manera de esponja, los modelos adultos; son investigadores natos que indagan e innovan lúdicamente el mundo circundante; son seres inmensamente receptivos y **propositivos**, que requieren de un apoyo cariñoso, consciente y constante del adulto.

El niño es un sujeto de derechos, tal como está consagrado en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, en su artículo 3 “(...) el interés superior del niño”; en su artículo 6, “los Estados partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”; en el artículo 26, “(...) derecho a beneficiarse de la seguridad social (...)”, y en el artículo 27 “(...) reconocen el derecho de todo niño y niña a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social”. Esto confirma el consenso mundial sobre la importancia de brindar al niño, en su familia, en las instituciones y en la sociedad en general, oportunidades para su desarrollo integral.

El niño y la niña son agentes indispensables para el desarrollo de los colectivos humanos, son la base y fundamento del proceso de construcción del tejido cultural y social; la inversión que se haga en la infancia tiene impacto y durabilidad en el tiempo, lo que garantiza una mayor sostenibilidad de la humanización, a la que se aspira con intensidad en nuestro planeta.

Además, el niño y la niña son seres muy vulnerables,

que por su fragilidad orgánica, psicológica y social requieren de una protección y apoyo permanentes.

En las últimas décadas, algunas instituciones de salud han reconocido la necesidad de intensificar programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, que aborden el proceso salud-enfermedad como parte del proceso vital humano, con una mirada positiva, dirigida al desarrollo de las potencialidades para el bienestar y mejoramiento de la calidad de vida. El programa SIPI es una respuesta concreta a estas inquietudes, que responden al cambio de paradigma morbicéntrico por uno más salutogénico y vitalcéntrico.

Línea 106, al alcance de los niños y las niñas³⁴

El objetivo general de la Línea 106 es brindar un espacio de comunicación telefónica a niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Bogotá, que propenda por el fortalecimiento de factores protectores, con el fin de promover buen trato y salud mental, bajo el enfoque promocional de calidad de vida, la perspectiva de derecho, género y equidad.

Los objetivos específicos de la Línea son:

- Detectar en el diálogo y con la participación práctica del niño, niña o adolescente, factores de su entorno que faciliten y/o dificulten el desarrollo adecuado y positivo de sí mismo(a).
- Generar a partir del niño o niña acciones que le permitan actuar o reaccionar con responsabilidad en el ejercicio del desarrollo de su autonomía, mediante la construcción de alternativas.
- Apoyar a la niña, niño o adolescente en el reconocimiento y validación de sus vínculos afectivos, positivos para su desarrollo, como redes de apoyo que actúan en defensa de sus derechos.
- Potenciar en niñas, niños y adolescentes, padres y/o cuidadores, habilidades que les ayuden a detectar situaciones que vulneren su calidad de vida.
- Coordinar intra e interinstitucionalmente con el fin de canalizar la intervención a las entidades competentes, de acuerdo a la situación planteada por el usuario.

³⁴ Documento técnico preparado por el equipo de profesionales de la Línea 106: Rocío Maestre, Myriam Charry Bautista, Astrid Montel, Carolina Torres.

La Línea 106 al alcance de los niños y las niñas es una acción de salud pública que responde a los lineamientos de la Política de Infancia, por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes y a la Política de Salud Mental del Distrito.

La salud del niño(a) se define como un recurso fundamental para la vida digna y el desarrollo. La salud se construye en la vida cotidiana, en las pequeñas cosas del quehacer diario, tanto como en las grandes decisiones que procuran pautas de acción en escenarios públicos.

Por tanto, los espacios fundamentales para la promoción de la salud son aquellos donde transcurre la vida de los niños(as): el hogar, la familia, el barrio, la comunidad, el jardín, la escuela, el parque, etc., y las personas que más hacen promoción de la salud del niño(a) son las que comparten su vida cotidiana, la mayoría de ellas no vinculadas al Sector Salud: los padres de familia, educadores, jardineras, madres comunitarias, etc. Es clave reconocer y rescatar este trabajo y los saberes que todas estas personas practican. Por ello, la mirada de promoción de la salud lleva implícita una participación activa de los actores esenciales en la vida de los niños(as), empezando por la familia.³⁵

La promoción de la salud en la Línea 106 se construye desde el diálogo, mediante la activa participación de niños, niñas y adolescentes, el reconocimiento y la percepción que tienen de sí mismos(as) y del rol y el lugar que juegan en su familia, en la escuela o en sus diversos espacios de socialización, como sujetos de derechos.

Desde su inicio, el 31 de octubre de 1997, y durante sus 11 años de funcionamiento, la Línea 106 ha realizado cerca de 80.000 intervenciones en favor de la infancia, en promoción de la salud mental y el buen trato, a través de orientación psicológica, acompañamiento, referenciación y remisión de eventos prioritarios de salud mental.

Durante el 2007, la Línea 106 realizó 8900 intervenciones telefónicas en favor de la infancia y la juventud. Actualmente, se registran 20 razones por las cuales niños y niñas se comunican a la Línea, entre las cuales mencionamos las más relevantes por su número:

Información acerca de recursos: un 13% del total de llamadas corresponde a niños y niñas que

llaman con el fin de indagar acerca de la existencia de la Línea y del alcance de los servicios que presta. En su gran mayoría, son llamadas realizadas por niños que, ya sea por los procesos de promoción local, invitación por parte de docentes o comentarios de pares, llaman a la Línea para conocer de primera mano en qué consiste su trabajo.

Conflictos familiares: el 11% del total de llamadas corresponde a los niños, niñas y adolescentes que exponen conflictos con los adultos que componen el círculo familiar o con sus hermanos. Frecuentemente se expresan problemas de comunicación, confianza y adecuación a los roles que se les demanda o desean tener.

Vida escolar: un 3.5% obedece a llamadas de niños, niñas y adolescentes que tienen problemas en su rendimiento académico o en sus relaciones con docentes y directivos. Si bien estas situaciones suelen estar correlacionadas con cuestionamientos identitarios, problemas de motivación y socialización o presión por resultados, los niños, niñas y adolescentes suelen percibirlos como territorializados en el ámbito escolar y, por tanto, buscan mecanismos de afrontamiento que sean estratégicos dentro de este espacio.

Relaciones entre pares: niños y adolescentes narran problemas referidos a las relaciones entre personas de la misma franja etárea, como cuestiones relativas a la amistad y sus límites, la segregación y las dificultades para hacer amigos y amigas. Generalmente, los niños buscan herramientas para comprender sus deseos y acciones y los de sus pares, con el fin de tomar una posición más activa en lo que les sucede y dentro de sus grupos.

La soledad: son niños y adolescentes que informan estar aburridos o con falencias de atención por parte de sus padres. En estos casos, las intervenciones de los profesionales están dirigidas a hacer un acompañamiento lúdico con fines pedagógicos, empoderar en los procesos de socialización y buscar mutuamente estrategias para hacer buen uso del tiempo libre.

Sexualidad: involucran a población adolescente con conflictos relativos a su identidad sexual, estrategias de seducción, las consecuencias de una vida sexual activa y la aparición de caracteres sexuales secundarios sobre los que no se tiene claridad.

35 Política de Salud para la Infancia en el Distrito Capital. Observatorio sobre Infancia, Universidad Nacional, agosto, 2001.

Redes del Buen Trato en el Distrito Capital ³⁶

Las redes de prevención y atención de la violencia intrafamiliar, violencia sexual y maltrato infantil son una experiencia de articulación interinstitucional e intersectorial, que se orienta a una lectura de necesidades en el territorio y a la construcción de respuestas en los planos comunitario, sectorial y trans-sectorial, que garanticen la integralidad, oportunidad y calidad de vida y promoción del buen trato en cada una de las 20 localidades de Bogotá. Son un mecanismo de cooperación y complementación institucionales, con una historia de cerca de 15 años.

Actualmente, las Redes Locales de Buen Trato están articuladas a los Consejos Locales de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Violencia y Explotación Sexual.

Las Redes del Buen Trato son sistemas abiertos, democráticos y participativos, de instituciones y personas que articulan experiencias y conocimientos, servicios y programas, disciplinas, funciones y competencias y recursos y esfuerzos para prevenir y atender integralmente la violencia intrafamiliar, el maltrato, y promover relaciones de convivencia democrática en la familia. Participan en ellas instituciones, organizaciones sociales y líderes comunitarios. Esta estrategia ha adelantado actividades de sensibilización y formación de funcionarios públicos y participación comunitaria.

Uno de los logros de las Redes Locales de Buen Trato ha sido la construcción y formulación de los planes distrital y locales de Prevención de Violencia Intrafamiliar, en los cuales la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil, la violencia y explotación sexual se consideran fenómenos que contemplan un análisis simultáneo de múltiples variables, lo cual exige un abordaje sistémico, interdisciplinario e interinstitucional, para la generación de procesos de cambio social, cuyo objetivo es establecer la convivencia pacífica y los mecanismos consensuados para la resolución de los conflictos.³⁷ La consolidación de una sociedad se fundamenta en el respeto de los derechos del otro e implica la concertación de esfuerzos alrededor de la prevención del uso de la violencia y la promoción de los Derechos Humanos.

La prevención de la violencia sexual es considerada la intervención más importante para disminuir la incidencia, repetición y secuelas de esta misma. La educación para la prevención deberá tener como enfoque los Derechos Humanos y orientarse a la transformación de las relaciones inequitativas entre los sexos y las generaciones, y a la búsqueda de relaciones solidarias fundadas en el respeto de los derechos.

³⁶ Tomado de *Modelo de identificación de casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales*, Redes del Buen trato, Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Gobierno, 2003, y *Plan Distrital para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil, la Violencia y Explotación Sexual*, 2006 -2007.

³⁷ Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004. Secretaría de Gobierno, 2003.

CAPÍTULO 4

Prevención de la violencia sexual

Las acciones preventivas se deben llevar a cabo en todos los estratos de la sociedad, la familia, el entorno comunitario, la escuela y las instituciones del Estado. Además, se debe trabajar en los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, explicados a continuación.

Prevención primaria

La prevención primaria tiene por objeto reducir la aparición de nuevos casos de violencia sexual. Se centra en la enseñanza de cómo evitar la violencia sexual y qué medidas tomar ante determinadas situaciones. Se recomienda involucrar en los alcances de este nivel de prevención a los niños, niñas, adolescentes y personas adultas.

El papel educativo de padres, madres, maestros y maestras es fundamental y debe estar encaminado a fomentar valores asociados con el respeto por el cuerpo y por la sexualidad, la convivencia en democracia en los vínculos familiares, los Derechos de los Niños y Niñas y el autocuidado de la salud. La familia y la comunidad educativa cumplen un papel fundamental en la detección, reducción y eliminación de factores de riesgo y en el estímulo de factores protectores.

Los programas educativos deben estar enfocados hacia los siguientes temas:

- Desarrollo humano.
- Conocimiento de los Derechos de los Niños y las Niñas (Convención sobre los Derechos del Niño)
- Conocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos
- La equidad y la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres
- Respeto y valoración por el cuerpo:

- Diferencias entre caricias y manoseo o manipulación indebida de los genitales y del cuerpo
- Diferencias entre secreto apropiado y no apropiado
- Enseñar a decir NO ante situaciones amenazantes o desagradables (asertividad)
- Técnicas de autoprotección.

Para romper el silencio sobre la violencia sexual, en especial contra las niñas y los niños, es importante que toda la comunidad conozca que:

- La violencia sexual es una vulneración de Derechos Humanos
- La violencia sexual es un delito castigado por la ley
- Los agresores temen a la ley
- La violencia sexual no es normal
- La violencia sexual es intolerable
- La violencia sexual afecta la salud sexual y reproductiva y la salud mental, y su impacto sobre la calidad de vida presente y futura es grave
- La comunidad tiene la responsabilidad de velar por el sano desarrollo de los niños y las niñas
- A los niños y las niñas debe enseñárseles a discriminar los actos cariñosos de los abusivos, y a saber defenderse de estos últimos
- Las instituciones tienen competencia para atender a las víctimas de violencia sexual
- Existen mecanismos para poner en conocimiento a las autoridades sobre cualquier caso detectado
- Finalmente, la comunidad debe conocer cómo detectar casos y factores de riesgo de violencia sexual.

La violencia sexual es una problemática que compete al conjunto de la sociedad. Todas las personas pueden

contribuir a la prevención y a la detección y deben poner en conocimiento a las autoridades de los casos de violencia sexual; de esta manera, podrá brindarse atención integral, oportuna y eficaz, protegiendo así a otros niños y niñas de la comunidad.

Prevención secundaria

Se refiere a la intervención oportuna en niñas, niños, personas adultas y familias, para superar el riesgo a ser víctimas de violencia sexual, antes de que ocurra el hecho; además, al manejo oportuno de los factores de riesgo y garantía de derechos para quienes ya han sido víctimas de violencia sexual.

Factores de riesgo

A continuación se presentan los factores de riesgo personales, familiares y sociales relacionados con la violencia sexual.

Factores de riesgo personales

- Desconocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos
- Baja autoestima
- Escaso desarrollo de habilidades sociales
- Deprivación afectiva³⁸
- Carencia de conocimientos sobre lo que es y no es apropiado en contacto físico.

Factores de riesgo familiares

- Desconocimiento de los Derechos de Niñas y Niños
- Relaciones familiares fundadas en la violencia
- Historias de violencia sexual del padre o la madre
- Negación del acceso a información sobre la sexualidad
- Familias disfuncionales
- Fallas en la comunicación intrafamiliar, en especial de padres-madres-hijos e hijas
- Deterioro de la afectividad
- Baja autoestima del padre o la madre
- Desacuerdos en el ejercicio de la autoridad
- Sobrevaloración de la figura masculina
- Consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.

Factores de riesgo social

- Pobreza y desplazamiento forzado
- Vivir en zonas de situación de conflicto armado
- Problemas de entorno físico
- Hacinamiento crítico
- Vecindarios con altos índices delincuenciales y poco seguros (solitarios, oscuros, falta de seguridad, etc.)
- Trivialización de la violencia sexual en los medios de comunicación
- Fácil acceso a consumo de licor, pornografía infantil y sustancias psicoactivas.

Factores de riesgo en adolescentes

- Citas con extraños a ciegas
- Rapto por Internet
- Subir al carro de desconocidos
- Descuidar sus bebidas en actividades sociales
- Consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol.

Factores protectores

Factores protectores personales

- Conocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos
- Sana autoestima
- Adecuado desarrollo de habilidades sociales
- Adecuada expresión de emociones y sentimientos
- Conocimientos sobre lo que es adecuado y no en contacto físico (asertividad).

Factores protectores familiares

- Convivencia democrática en la familia y respeto a los Derechos de los Niños y Niñas
- Buena comunicación
- Información científica, clara y oportuna sobre sexualidad
- Vínculo afectivo fortalecido
- Adecuado ejercicio de la autoridad
- Desarrollo adecuado de paternaje y maternaje
- Patrones de crianza coherentes con los Derechos Humanos
- Respeto a las diferencias de sexo

38 "Deprivación afectiva como una forma de maltrato infantil que va en deterioro del desarrollo, potencialización del ser humano y restricción de la dimensión espiritual, facilitando la vulnerabilidad frente a la salud y el bienestar. Este término hace referencia a la carencia de un vínculo sano y suficiente, que garantice un desarrollo integral adecuado. Las causas y consecuencias han sido ampliamente señaladas; aunque se pasa por alto la restricción de capacidades propiamente humanas, siendo éstas producto de una serie de situaciones externas e internas que caracterizan y hacen particular cada historia de maltrato. "Comprensión de la deprivación afectiva a partir del paradigma fenomenológico – existencial", en *Pensamiento Psicológico*, Vol. 3, N°9, 2007, pp. 51-60.

- Claridad en las normas familiares, especialmente en lo referente al comportamiento sexual.

Factores protectores sociales

- Ambientes respetuosos de los Derechos Humanos
- Necesidades básicas satisfechas
- Ambientes y entornos físicos seguros
- Redes sociales de apoyo
- Adecuada utilización del tiempo libre
- Estímulo a la construcción de masculinidades no violentas
- Conciencia social del problema de la violencia sexual y desarrollo de esfuerzos institucionales y sociales para evitarlo
- Control de los medios de comunicación por parte del Estado y la sociedad civil para evitar contenidos que estimulen y legitimen la violencia sexual
- Buena coordinación del trabajo intersectorial y conformación de redes efectivas contra el maltrato y la violencia sexual.

Factores institucionales

- Información desde los servicios de salud sobre Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Sexuales
- Acceso oportuno a servicios de salud y en especial de SSR y Salud Mental
- Línea 106, al alcance de niños, niñas y adolescentes
- Programas de promoción y Redes del Buen Trato.

También se recomienda intervenir a individuos o grupos con riesgo de cometer violencia sexual o de ser posibles agresores sexuales.

Prevención terciaria

Tiene como objetivo evitar la repetición de la violencia sexual o la revictimización, ofrecer servicios de calidad para tratar adecuadamente a las víctimas y a sus familias, disminuyendo las secuelas psíquicas y físicas. Los agresores deben ser tenidos en cuenta para incorporarlos a procesos de resocialización y a tratamientos encaminados a evitar que se perpetúen los delitos sexuales.

Como respuestas protectoras en el tercer nivel de prevención se consideran:

- Seguimiento de casos a corto, mediano y largo plazo
- Denuncia e investigación de casos
- Manejo multidisciplinario e intersectorial de víctimas, familias y agresores
- Restablecimiento de derechos, protección y compensación a las víctimas y sus familias.

Prevención desde los servicios de salud

Los servicios de salud deben promover acciones preventivas a través de todo contacto con la comunidad, ya sea individual o colectivo, fortaleciendo los hábitos protectores y las conductas adecuadas.

Así mismo, el componente del Buen Trato debe estar inserto en todos los programas de promoción y prevención, a lo largo del proceso de atención de víctimas de violencia sexual, durante la consulta, la hospitalización y en la atención en urgencias. En este sentido, todo el personal del Sector Salud debe estar sensibilizado en torno a esta problemática y capacitado para la detección, manejo y adecuada canalización de casos.

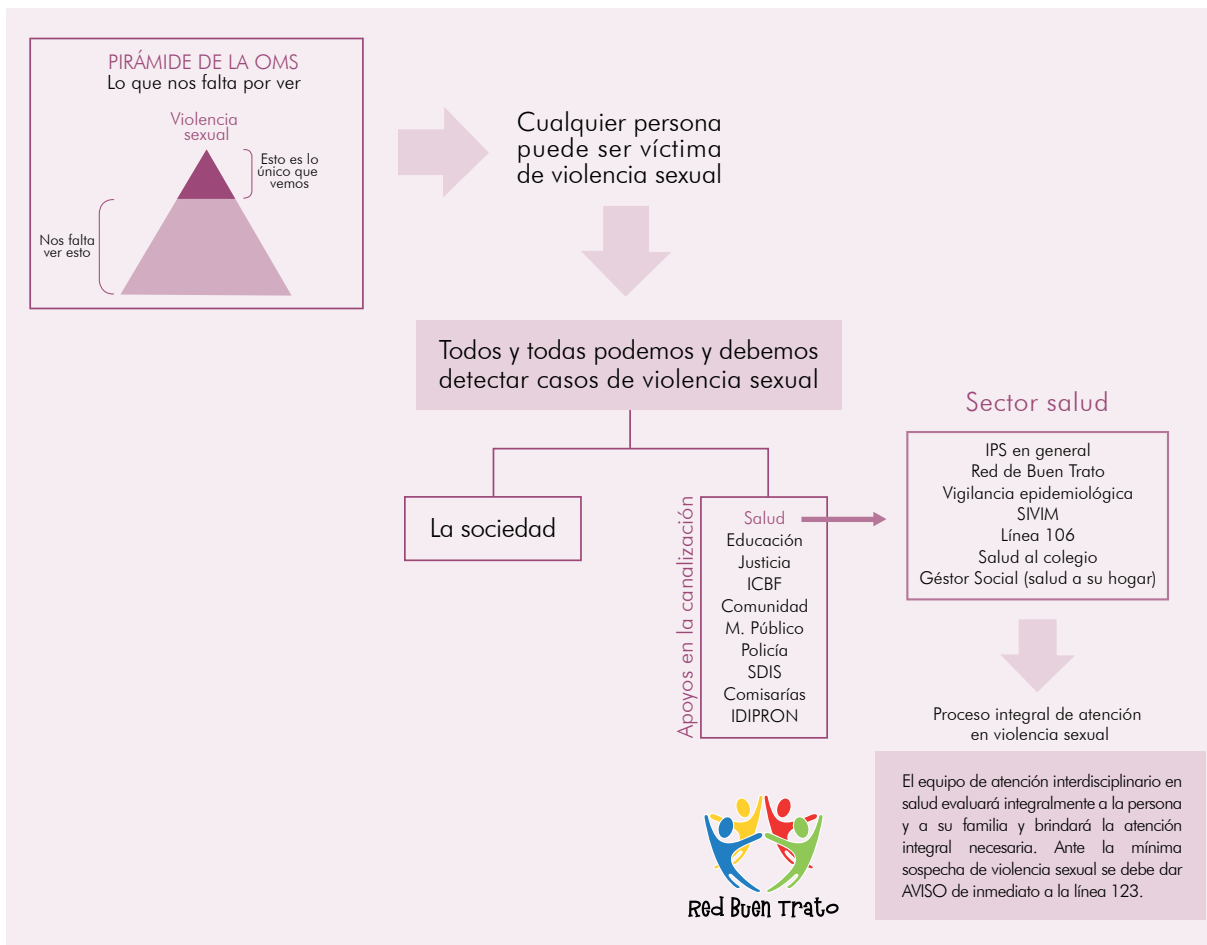
CAPÍTULO 5

Detección de casos de violencia sexual en niñas, niños y adolescentes, y su adecuada canalización en los servicios de salud

Existe una gran cantidad de población que es víctima de violencia sexual y sufre en silencio. Es nuestro deber DETECTAR a quienes les

son vulnerados sus derechos; ellas y ellos requieren atención inmediata.

DETECCIÓN DE CASOS



Este capítulo brinda elementos para la detección de posibles casos de violencia sexual, su canalización hacia los servicios de salud y otros sectores, y algunas recomendaciones terapéuticas para la atención de primer nivel.

Las estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses³⁹ revelan que el grupo de edad más afectado por la violencia sexual se encuentra entre los 5 y 14 años, existiendo una concentración importante de este tipo de violencia hacia las niñas. Sin embargo, la violencia sexual compromete a personas de ambos sexos, de todas las clases sociales y de todos los niveles educativos.

La mayoría de las veces, la violencia sexual no es evidente para los servicios de salud; por tanto, es una responsabilidad del agente de salud -quien hace atención primaria o consulta externa- buscar de forma sistemática la posibilidad de violencia sexual en cada intervención de salud. Para ello, este agente necesita tener conocimiento de las pistas clínicas y psicosociales o de comportamiento que pueden orientar hacia esa posibilidad, y sobre todo estar sensibilizado(a) con el tema.

Es importante tener en cuenta que para la detección de los casos de violencia sexual en niñas, niños y adolescentes, las primeras herramientas de trabajo son: diligenciar una adecuada historia clínica y, en especial, un sensible acercamiento con la posible víctima, de acuerdo con su ciclo vital.

El abordaje de la posibilidad de violencia sexual dentro de una consulta (externa) de atención primaria puede generar resistencia y malestar en las personas consultantes, cuando este tópico no es una preocupación directa de dichas personas; por lo anterior, el agente de salud debe ser muy cuidadoso en el acercamiento al tema.

Es importante recordar que la violencia sexual es un tema vergonzoso y aún se considera tabú dentro de las familias, por las connotaciones culturales que el mismo tiene. Por eso, incluso cuando existe preocupación en los familiares por esta posibilidad, es probable que ésta no surja de forma espontánea si el agente de salud no induce su aparición en la escena de la consulta. En la situación opuesta, el agente de salud puede precipitarse con una sospecha diagnóstica de violencia sexual sin elementos suficientes de juicio, por lo cual se debe ser cuidadoso.

Se debe recordar que, con alguna frecuencia, la persona tutora (quien lleva a la niña o niño a la

consulta) puede participar de varias maneras en la dinámica de la violencia sexual, y por eso se recomienda la exploración de este tópico a solas con la posible víctima, en compañía de una segunda persona del equipo de salud.

Con frecuencia, es necesario el uso de estrategias comunicativas acordes con la edad mental de la niña o el niño. Estas estrategias comunicativas pueden incluir el uso de muñecos, títeres, colores, etc., que permitan recrear la posible escena de violencia sexual y hacerla visible mediante estos insumos. Este tipo de interrogatorio sólo funciona cuando el agente de salud ha generado un espacio de confianza y empatía con el niño, la niña o adolescente, y se debe realizar preferiblemente a solas.

Cuando existan indicios de violencia sexual, se debe canalizar el caso a las instancias del Sector Justicia competentes que adelantarán el debido proceso, y se debe diferir la exploración física y la atención psicosocial que el caso amerita. La atención clínica se debe realizar por parte del agente de salud cuando es el único recurso de atención médica que la víctima puede recibir en un corto plazo. En estos casos, su historia clínica y registro debe ser muy completa, ya que la misma se constituirá en parte de los elementos que serán usados en el proceso judicial a iniciarse.

La persona responsable del equipo interdisciplinario que presta los servicios de atención a víctimas de violencia sexual tiene también la responsabilidad de acompañar a la familia y a la víctima durante el seguimiento del posible caso ante las autoridades. Cuando lo anterior no se realiza de forma adecuada, especialmente en los casos en los que la sospecha es descartada, se pueden generar malestares emocionales en las familias y en las niñas o niños, que van en contraposición con la responsabilidad del cuidado integral de la salud por parte del sector. Ese acompañamiento, según los distintos tipos de casos y el lugar del seguimiento, puede ser responsabilidad profesional de la medicina, la enfermería, la psicología o el trabajo social.

Uno de los tópicos que en la actualidad se consideran de mayor relevancia es evitar la revictimización de la persona que ha sufrido alguna forma de violencia sexual. Esta revictimización puede darse cuando se vuelven a evocar los hechos de violencia sexual sin una necesidad clínica o judicial. Lo anterior no niega la escucha y consignación del relato espontáneo que la víctima haga del evento; sin embargo, un abordaje a profundidad de este relato sólo es competencia de los expertos de la salud mental o del médico forense.

39 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, *Reglamento técnico para el abordaje integral forense de la víctima en la investigación del delito sexual*, versión 01 noviembre del 2002.

Debe tenerse en cuenta que este capítulo está enfocado a la detección de casos que con frecuencia pasan desapercibidos en los servicios de salud; por tanto, las acciones terapéuticas relacionadas con la violencia sexual deberán hacerse de acuerdo con las recomendaciones dadas en los capítulos correspondientes.

Guía para la detección de casos de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes y su adecuada canalización en los servicios de salud

De acuerdo a los motivos de consulta, los síntomas, signos o los hallazgos de exploración clínica, el agente de salud en consulta va a clasificar los casos relacionados con violencia sexual en tres grandes grupos, así:

1. Grupo A. Criterios para aviso inmediato a justicia
2. Grupo B. Sospecha de violencia sexual
3. Grupo C. Sospecha leve de violencia sexual

Esta clasificación es fundamentalmente operativa, por tanto incompleta, y debe individualizarse en todos los casos. A continuación se describen cuáles son los criterios que debe tener en cuenta un agente de salud para decidir si refiere un caso inmediatamente al Sistema Judicial o si éste amerita una evaluación por parte del equipo interdisciplinario, para realizar un abordaje holístico.

Grupo A. Criterios para aviso inmediato a justicia

Criterio fundamental: relato de violencia sexual.

Signos y síntomas físicos:

- Embarazo en niña menor de 14 años.
- Infecciones de Transmisión Sexual en me-

nores de 14 años: VIH/Sida (cuando se ha descartado a la mamá como portadora), Neisseria Gonorrea,⁴⁰ Treponema Pallidum (Sífilis), Chlamidia Trachomatis y Trichomona Vaginalis.

- Sangrado vaginal traumático por violencia sexual (es indispensable, por tanto, hacer un diagnóstico diferencial con otros traumas).
- Signos de trauma genital con sospecha de manipulación o penetración: himen cicatrizado, cicatriz de la fosa navicular o laceración.⁴¹
- Hallazgo de semen en cualquier parte del cuerpo.

Comportamentales:

- Juegos con contenidos sexuales en niños y niñas menores de 5 años: intenta tener coito, pone la boca en partes sexuales, hace sonidos sexuales, pide a otros hacer actos sexuales, coloca objetos en vagina y/o recto, pretende que los juguetes tengan sexo.
- Juegos o conductas sexuales en niños y niñas de edad escolar (6 a 12 años): intenta tener coito, pone la boca en partes sexuales, toca partes sexuales de los adultos, toca partes sexuales de animales, coloca objetos en vagina y/o recto, desviste adultos contra su voluntad, pone la boca en los senos, pide a otros hacer actos sexuales, muestra sus partes sexuales a los adultos, besa a otros niños, incluyendo dentro de los besos el uso de la lengua.
- Juegos sexuales que incluyen la penetración.

Conducta a seguir:

Estos casos se refieren de forma inmediata al Sistema Judicial y el niño o la niña debe entrar al Sistema de Protección hasta haberse descartado la violencia sexual, o hasta que exista garantía de seguridad, a fin de que no se repita la situación de violencia. A este niño o niña debe asegurársele el ingreso inmediato al Protocolo de Atención en Salud, es decir, referirlo a atención psicosocial y médica.

⁴⁰Esta infección se suele sospechar e investigar a partir de signos y síntomas de vulvitis y vaginitis en la infancia o incluso en la adolescencia. Sin embargo, se debe tener en cuenta que las causas principales de vulvitis y vaginitis en la infancia *no guardan relación con contactos sexuales*. En caso de un frotis sospechoso de N. Gonorrea, es obligatorio confirmar con cultivo en Tayer Martin, antes de establecer el diagnóstico de violencia sexual. Se recuerda que hay diplococos gran negativos intracelulares que hacen parte de la flora normal de la vagina en las mujeres. Se ha reportado que en la Unidad de Delitos Sexuales de Bogotá se reciben muchos casos en los que se considera la vulvitis un abuso sexual y proceden a judicializar el caso sin necesidad.

⁴¹ Quien lee debe tener presente que los ítems contenidos en esta categoría implican la derivación inmediata al Sistema de Justicia y, por ende, una evaluación por el Instituto Nacional de Medicina Legal. Es el médico legista quién está capacitado para establecer algunos diagnósticos diferenciales difíciles. Por ejemplo, con relación al “himen cicatrizado”, la Dra. Martha Agudelo comenta que “en la Unidad de Delitos Sexuales de Bogotá ha recibido múltiples casos con diagnósticos incorrectos sobre la apreciación morfológica del himen”. Esta experta considera que el himen, por carecer de utilidad clínica y/o quirúrgica, no se estudia en las especialidades de pediatría o de ginecología. El estudio del himen se profundiza en Medicina Forense debido a la utilidad que tiene su diagnóstico para efectos jurídicos. Por tanto, considera que, ante estos eventos, los médicos del Sistema de Salud deben excluir la presencia de trauma y diferir el diagnóstico de himen al médico especialista forense.

Grupo B. Sospecha de violencia sexual

Estos casos deben ser evaluados por un grupo interdisciplinario especializado en el tema, en un plazo no superior a 24 horas.

Signos y síntomas físicos:

- Sangrado en ano (descartando situaciones de tipo infeccioso o patologías que puedan generar ese sangrado) o secreción uretral masculina.⁴²
- Cuerpos extraños en ano o vagina.
- Dolor o molestias en el área genital, descartando, por supuesto, situaciones de tipo infeccioso, irritativo o patológico que puedan generar dolor o molestias.
- Diagnóstico de herpes genital, condilomatosis genital-anal.
- Equimosis en paladar (el equipo de salud debe tener en cuenta el contexto y las edades en que los niños tienden a introducirse objetos en cavidad oral).

Comportamentales:

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

- Hipersexualidad en adolescentes.⁴³
- Niño o niña en situación de calle.
- Conductas sexuales en niños y niñas de 2 a 5 años que incluyan lo siguiente: masturbación con juguetes u objetos, tocamientos a otros niños en partes sexuales, tocamiento a partes sexuales de adultos, tocamientos a partes sexuales de animales, habla acerca de actos sexuales, habla coquetamente, desviste a otros niños(as).
- Preocupación excesiva por temas sexuales en niños y niñas menores de 10 años.⁴⁴
- Masturbación excesiva en niños y niñas menores de 10 años. Aquí se debe tener en cuenta que situaciones de tipo inflamatorio y/o infeccioso pueden inducir rascado en genitales, y estos pueden llegar a producir pequeñas lesiones.
- Conductas sexuales de niños y niñas de 6 a 12 años que incluyan lo siguiente: quiere ser del sexo opuesto, dibuja partes sexuales, se masturba con objetos o juguetes, toca partes sexuales de otros niños(as) en público, frota su cuerpo contra otras personas, muestra sus partes sexuales a otros niños(as), besa a adultos que no conoce bien.
- En preadolescentes de 10 a 12 años, aquellos que se tocan sus partes sexuales en público.

Conducta a seguir:

Como en este grupo existe una fuerte sospecha de violencia sexual, estos casos requieren una remisión urgente para ser evaluados por un equipo interdisciplinario especializado en el tema, en las primeras 24 horas de la sospecha. Este equipo tiene la responsabilidad de buscar otras causas, además de la violencia sexual, para esos signos y síntomas.

42 Martha Agudelo ha encontrado laceraciones producidas por rascado en niñas con vulvitis. El establecimiento de agrandamiento del himen u otras apreciaciones que tienen alto nivel de subjetividad es aún más delicado y difícil, para ser realizadas por profesionales no especializados en este tipo de evaluaciones.

43 Esta categoría puede ser confusa. Aquí se hace referencia a aprendizajes generados desde la experiencia clínica de trabajo con adolescentes. Específicamente se tiene en cuenta cuando la actividad coital es compulsiva, con múltiples compañeros(as) y sin mediación de mayores vínculos afectivos. Obviamente este tipo de conductas también se han descrito en otras situaciones, como en depresión juvenil.

44 Esta categoría, como puede ser tan difícil de precisar, amerita realizar algunas indicaciones generales sobre los comportamientos sexuales problemáticos de niños y niñas. Cavanagh Jhonson, citado por Torres (2006), considera que dentro de esa clasificación se incluyen: niños sexualmente reactivos, comportamientos sexuales mutuos y niños que molestan a otros niños. Como una premisa general se establece que no todas aquellas niñas y niños que tengan "comportamientos sexuales problemáticos" tienen antecedentes de abuso sexual. Dentro del subgrupo de "sexualmente reactivos" se incluyen aquellos(as) que exhiben más comportamientos o interés en la sexualidad que otros pares. Además del abuso, estos niños y niñas pueden estar sobreestimulados por material pornográfico o de contenido sexual explícito de cualquier origen. Los compartimientos sexuales de este grupo de niños se asocian con vergüenza, culpa o ansiedad. Por "comportamientos sexuales mutuos", la actividad sexual incluye prácticas de los adultos como sexo oral, vaginal o anal. Estos comportamientos sexuales son producto de la persuasión entre niños y niñas. No evidencian culpa o vergüenza pero tampoco enojo o agresión. Los "niños que molestan otros niños" tienen comportamientos sexuales adultos e introducen sus manos u objetos en la vagina u ano de los demás. Su patrón de comportamiento es impulsivo, compulsivo y agresivo. Los niños relacionan la actividad sexual con sentimientos de rabia, soledad y temor. En su comportamiento sexual con otros niños y niñas, utilizan la coerción, la manipulación, el chantaje y pretenden guardar las actividades sexuales en secreto.

Grupo C. Sospecha leve de violencia sexual

En estos casos, los signos o síntomas presentes pueden estar asociados, además de a la violencia sexual, a múltiples causas. En todos los ítems que se describen a continuación, en realidad la posibilidad de violencia sexual es bastante baja; por lo tanto, hay que buscar otras causas y analizar cada caso dentro de su contexto, ya que como elementos aislados es arriesgado pensar en violencia sexual.

Signos y síntomas físicos:

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

Comportamentales:

- Desórdenes de la alimentación. Hay reportes de una tasa relativamente alta de antecedentes de violencia sexual en aquellas personas con cuadros de bulimia, aunque la asociación a la anorexia nerviosa es baja. Raramente la

violencia sexual en niños y niñas pequeños se expresa con alteración del apetito.

- Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas, etc.).
- Miedo a dormir solo, en especial cuando esto no se presentaba previamente. Esta situación se debe casi siempre (98%) a problemas de malos hábitos de sueño.
- Regresión del lenguaje. Se deben descartar patologías del Sistema Nervioso Central en primera instancia.
- Autoestima disminuida. Siempre buscar otras causas y analizar el caso dentro de su contexto, ya que como elemento aislado es aventurado pensar en violencia sexual.
- Preocupación por temas sexuales en pre-escolares y escolares. Se recuerda que existen comportamientos sexuales naturales y saludables que pueden incluir exploración o juegos sexuales entre niños y niñas de la misma edad. Estos encuentros son motivados por la curiosidad habitual. También es importante tener en cuenta cómo los medios masivos de comunicación, que incluyen la televisión, los videojuegos o el Internet, exponen a niños y niñas a imágenes de contenido sexual, especialmente a los bailes eróticos.
- Consumo de alcohol y drogas. En estos casos se debe explorar, además, otras situaciones familiares (abandono, desescolarización, dificultades afectivas, etc.).
- Trastornos por somatización (dolor abdominal recurrente, cefaleas crónicas no evolutivas y otros). Se debe tener en cuenta que en la mayoría de los casos de somatización, los factores desencadenantes son otros psicoemocionales distintos a la violencia sexual.
- Depresión con o sin ideación suicida.
- Cambios en el rendimiento escolar y relaciones en la escuela.
- Ansiedad e inestabilidad emocional.
- Fugas de la realidad.
- Pérdida de la memoria.
- Neurosis y fobias.
- Aislamiento social.
- Conductas autoagresivas.

Conductas a seguir:

En este grupo, los motivos de consulta, así como los signos y síntomas descritos, son sugestivos de otras patologías pediátricas que deben ser abordadas por el personal de atención primaria en salud, de acuerdo con los lineamientos de pediatría. Si después de la evaluación clínica, el niño o la niña pasa a la

categoría B, debe ser evaluado(a) por el equipo interdisciplinario, de acuerdo a los lineamientos previamente descritos.

Dificultades para la detección de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual

Una situación que puede limitar la intención de denuncia de la víctima, en algunos casos, tiene que ver con los niveles de acercamiento, empatía y vínculo con el agresor. Esto genera angustia, porque las víctimas alcanzan a percibir las consecuencias penales que estos actos pueden tener para una persona con la que tienen vínculos afectivos.

Una situación muy frecuente, que limita la denuncia, es el imaginario social que existe alrededor del Sistema Nacional de Protección -ICBF- como “quita niños(as)”, cuando existe violencia sexual en una familia. Por esto, es importante dejar claro, dentro de la consulta, las competencias y funciones del Sistema Nacional de Protección frente a la protección integral y la garantía del Derecho a la Seguridad de Niñas y Niños.

Cuando se dan medidas de protección en las cuales el niño o la niña son internados en una institución, esta condición, la mayoría de las veces, es de tipo temporal, mientras la familia, el entorno y la institucionalidad pueden garantizar el regreso seguro de niños, niñas y adolescentes a sus familias.

Los casos de violencia sexual en los contextos actuales de violencia interna en el país son muy difíciles de abordar. Existen reportes de violación de los Derechos Sexuales y Reproductivos por los actores armados de la guerra interna o la delincuencia común. En estos casos, la denuncia no siempre es posible, ya que la vida del o la denunciante y/o la misma víctima pueden correr peligro. Estas situaciones requieren el apoyo específico de instituciones que trabajan de forma especializada el tema de los Derechos Humanos, como la Defensoría del Pueblo, y es recomendable la recolección de evidencias que puedan permitir la implementación de medidas de tipo penal.

Implicaciones sociales y familiares de la detección de casos de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes

La denuncia de la violencia sexual tiene una corresponsabilidad social implícita, ya que toda la

sociedad es responsable de eliminar este tipo de violencia y de evitar la aparición de otros casos. El Sector Salud tiene entonces una responsabilidad específica en denunciar, estudiar y participar en los procesos judiciales, medidas que se suman al abordaje integral que se está planteando. El agente de salud debe tener claro que puede intervenir en la autonomía de un espacio que histórica y jurídicamente ha sido considerado privado: la familia. Se puede intervenir, en estos casos, porque la familia y la sociedad fallaron en su responsabilidad de garantizar el derecho a una vida libre de violencia y a la protección y seguridad de niños y niñas. Por tanto, se necesita la intervención de un tercero competente (agente de salud o cualquier otra autoridad).

Es importante que el agente de salud tome conciencia de que en los casos de violencia sexual todo el sistema familiar requiere ayuda. Cuando el victimario pertenece al grupo familiar o es cercano al mismo, esta situación generalmente es conocida por más de un miembro de la familia y es sintomática de una disfunción familiar severa, que viene desde hace algún tiempo; por tanto, requiere ajustes y abordajes urgentes. Es particularmente crítico el momento en el que la violencia sexual se hace evidente y de conocimiento para la familia y se da inicio a la intervención estatal a través de las instituciones competentes. En ese momento, la familia requiere el soporte del equipo especializado en el tema, bajo la tutoría de un profesional de la salud mental.

El Sistema Familiar debe suprimir el daño, controlar y judicializar al agresor. Dicha situación, aunque es crítica y difícil, si se realiza bajo apoyo terapéutico puede permitir ajustes que ayuden a la superación de la situación por parte del grupo familiar.

En los casos canalizados por sospecha de violencia sexual, esta situación debe expresarse de manera franca. Usualmente la familia tiene una actitud comprensiva ante la situación y tienden a colaborar, ya que están en juego los derechos, la protección y el bienestar de los niños y niñas.

Cuando la sospecha de violencia sexual no pueda confirmarse o descartarse, se debe hacer seguimiento estricto de tipo clínico y psicosocial, con visitas domiciliarias. Esta situación no es hipotética y se presenta con alguna frecuencia. Lo anterior plantea el reto de mejorar los instrumentos de detección y seguimiento de la violencia sexual, para mejorar nuestra intervención.

Finalmente, ante la posibilidad o la presencia de la violencia sexual, es prioritario evitar que estos

episodios se repitan, proteger al niño, la niña o al adolescente (con frecuencia requiere el ingreso a una institución de protección), canalizar el caso a la justicia, iniciar la intervención integral a la víctima y a su familia y hacer las remisiones a profesionales de salud mental y atención psicosocial.

El lector debe tener en cuenta que las personas con discapacidades cognitivas tienen limitantes inherentes a su condición particular, por lo tanto, las recomendaciones dadas en este capítulo pueden ser aplicables también en sus casos.

El grupo interdisciplinario para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual

Los grupos interdisciplinarios de abordaje de violencia sexual deben estar legalmente constituidos en las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), para que sus opiniones puedan ser tenidas en cuenta dentro de los procesos judiciales relacionados. Lo anterior tiene implícito que las opiniones que se emiten desde esos grupos no son juicios personales. Esta medida brinda protección a los miembros de estos equipos frente a amenazas de carácter personal por parte del victimario implicado.

Los grupos interdisciplinarios en el tema serán conformados por profesionales con formaciones disciplinares básicas e incluyen un médico general, un psicólogo u otro profesional de la salud mental y un trabajador social. Es ideal que en estos grupos se vincule un actor comunitario que viva en la región donde opera el equipo. Estas personas requieren sensibilización frente al tema y una capacitación básica certificada en las acciones de la *Guía de atención integral a las víctimas de violencia sexual*. Lo anterior puede favorecer las acciones dentro de los escenarios locales de salud, la participación comunitaria y evitar la congestión de centros especializados, dejando para estos últimos la remisión de casos complejos que no se puedan resolver en los centros periféricos.

La función principal de estos grupos es dar respuesta inmediata a los casos considerados como de fuerte sospecha de violencia sexual. Este grupo debe descartar de forma prioritaria otras causas que puedan explicar la situación en estudio y, si a juicio del grupo emerge la posibilidad de violencia sexual, el caso se debe canalizar al Sistema Judicial de acuerdo al Protocolo.

Sin embargo, en el devenir de la exploración clínica de la situación, la violencia sexual puede hacerse evidente, por lo que se requiere que todas las acciones y pasos realizados por este equipo se encuentren debidamente registrados para que sean evidencias dentro de un proceso judicial. Es necesario hacer énfasis en que la fuente primaria de información es el niño, la niña, el adolescente o el adulto víctimas, aunque algunas veces los familiares (no victimarios) pueden dar información. Estos acercamientos con los familiares son de tipo individual.

Cuando la situación abusiva aparezca de forma espontánea durante la evaluación del grupo especializado, éste debe procurar usar un alto nivel de paralinguaje (sobre todo para indagar los signos y síntomas), pues existen limitaciones por parte de los niños, niñas y adolescentes para expresar verbalmente las agresiones sexuales. Se pueden usar estrategias como los dibujos, los cuentos, etc. La confianza y un ambiente protector constituyen elementos facilitadores en la obtención de esta clase de información.

Es necesario insistir en que el grupo interdisciplinario, ante la detección de violencia sexual, puede consignar lo escuchado en el relato espontáneo, pero tiene que evitar la profundización de los hechos conexos a los hechos violentos; un profesional únicamente está autorizado para ahondar en los hechos abusivos cuando participa como perito a solicitud de un juez.⁴⁵ Ahondar en el detalle de los hechos sucedidos es competencia del Sector Justicia, razón por la cual deben iniciarse de inmediato las remisiones intersectoriales para garantizar la atención integral a víctimas de violencia sexual. En Bogotá, la denuncia de los casos de abuso sexual se canaliza mediante la línea 123 de la Secretaría de Gobierno – Policía Judicial, quienes inmediatamente proceden a la toma de las evidencias del testimonio y demás pasos correspondientes.

El trabajo interdisciplinario de estos grupos se coordina bajo unos acuerdos mínimos. En la realización de la historia clínica de estos casos, se debe establecer el principio de no confidencialidad. Esto significa que los casos de violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes son de notificación obligatoria al Sistema de Justicia, por tanto el o la agente de salud no puede establecer un principio de confidencialidad que limite la canalización a la justicia. Esto es muy importante tenerlo claro, ya que con frecuencia los familiares -mujeres en particular- son víctimas de coerciones e intimidaciones por parte de sus compañeros sexuales y, por tanto, son reticentes a iniciar acciones de tipo jurídico, lo cual

45 También pueden ahondar los profesionales de la salud mental dentro del marco de una relación terapéutica previamente derivada por el proceso judicial.

se incrementa en casos de dependencia económica frente al agresor.

De acuerdo con la Circular 09, en el caso de violencia contra niños, niñas y adolescentes, no se garantiza el principio de confidencialidad debido a que la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia, y la Constitución Política priorizan los Derechos de los Niños sobre los de los adultos.

CAPÍTULO 6

Proceso de atención integral en violencia sexual desde el Sector Salud

Las víctimas de violencia sexual y sus familias requieren acompañamiento, además de un trato respetuoso, digno, oportuno y eficaz, con el fin de lograr el restablecimiento de los derechos vulnerados y atender sus necesidades de salud física y mental, seguridad, protección y justicia. La violencia sexual es un problema de salud con implicaciones jurídicas y de múltiples sectores, puesto que se trata de una vulneración de derechos fundamentales. La violencia sexual es una urgencia y debe ser atendida de manera inmediata y gratuita como establece la ley.

Los servicios de salud deben tomar las medidas pertinentes de formación y capacitación de las personas responsables de la atención y orientación de los servicios de salud, para garantizar la calidad de la atención a las víctimas y a sus familias. La atención integral es un compromiso del conjunto de la institución.

A continuación se expondrán cada uno de los elementos necesarios para garantizar el proceso integral de atención a víctimas de violencia sexual desde el Sector Salud, con las respectivas acciones a tomar para la realización eficaz de los mismos:

Competencias institucionales⁴⁶

Cuando se detecta un posible caso de violencia sexual en alguno de los servicios de salud (urgencias, consulta externa de medicina general, servicios de pediatría, servicios de salud sexual y reproductiva, psiquiatría, ginecología o cualquier otro servicio, incluidos los de atención a comunidades) o cuando el caso es remitido por otra institución (Protección,

Justicia, Educación) se requiere la atención de un equipo interdisciplinario de salud en esta área, con sensibilidad y entrenamiento para abordar de manera integral esta problemática.

La institución de salud receptora de casos de violencia sexual debe iniciar las siguientes acciones:

Conformación del equipo interdisciplinario

Cada IPS debe integrar un equipo interdisciplinario para la atención a víctimas de violencia sexual y sus familias, y definir las funciones y competencias de los profesionales, de acuerdo a este Protocolo, para no duplicarlas. El equipo interdisciplinario de atención en salud a víctimas de violencia sexual debe estar conformado por profesionales de las siguientes áreas: salud mental, área social y área de atención médica; en todo caso, la institución debe designar una persona como referente o facilitador. Cuando se identifiquen otras necesidades de atención, se dará lugar a la remisión correspondiente a otros profesionales en los servicios de salud.

El equipo interdisciplinario debe poner en marcha un programa de intervención a víctimas de violencia sexual que se oriente según el presente Protocolo. En el equipo se deben construir vías de comunicación efectivas y tener claro que el protagonista es la persona víctima de violencia sexual. También deben existir acuerdos en la forma de trabajo; por ejemplo, si existe un cambio de alguno de los integrantes, éste debe ser capacitado antes del inicio a la atención. Es importante considerar el perfil de los profesionales, la identidad con este tipo de servicios y la voluntariedad.

46 Ver en capítulo 5 de este Protocolo: "Detección de casos y su adecuada canalización en la consulta de atención primaria".

Capacitación y adiestramiento

Cada IPS debe establecer procesos de capacitación en Derechos Humanos y Derechos Sexuales y Reproductivos, Salud Sexual y Reproductiva, Derechos de las Víctimas, calidad de la atención en violencia sexual, intervención en crisis, metas terapéuticas, entre otros, para los integrantes de los equipos interdisciplinarios de atención. Así mismo, toda la institución debe estar sensibilizada frente al tema, puesto que cualquier profesional, en cualquier servicio, debe estar en capacidad de detectar y recibir casos para atender. Es importante que el tema haga parte de los programas de formación y educación continuada.

Designación del referente o facilitador intra e interinstitucional

Cada IPS deberá designar un referente o facilitador y asignarle funciones y responsabilidades relacionadas con los trámites tanto internos como interinstitucionales, el seguimiento de las acciones definidas y la verificación del cumplimiento del plan de atención. Este facilitador debe servir de punto de comunicación entre la institución, el equipo interdisciplinario y el equipo intersectorial, en la articulación de acciones del proceso de atención integral. Se sugiere que esta labor sea realizada por un profesional de Trabajo Social.

A su vez, el facilitador del equipo interdisciplinario activará las redes necesarias para la atención del caso, por ejemplo: Policía Judicial, Línea 123, SDS para acceso a salud, ICBF, Comisaría de Familia o Sector Protección, cuando la víctima o su familia se encuentren en situación de amenaza. El facilitador o referente también debe gestionar el acceso de las víctimas a instituciones de protección individual o refugios familiares, identificar y contribuir a activar redes sociales de apoyo (laborales, culturales) para el desarrollo de las habilidades detectadas, y contactar a las víctimas y a sus familias con otros programas que se amerite.

Esta persona debe mantener comunicación fluida con el representante de la Red de Buen Trato de la localidad y el Comité Local de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, y participar del proceso de monitoreo y evaluación intersectorial.

Elaboración de mapa de remisiones

Cada IPS debe construir un mapa interinstitucional o directorio, en donde se registren las instituciones de los diferentes sectores involucrados en la

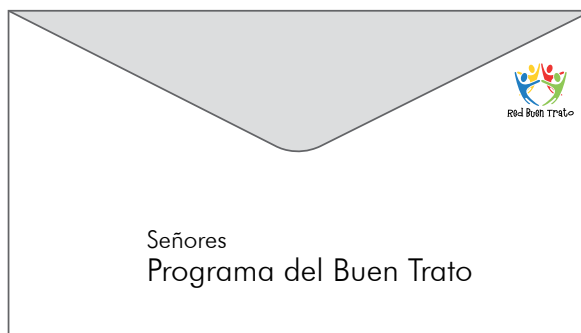
atención integral (Justicia, Protección y Servicios de Salud), con sus direcciones, teléfonos y personas responsables en el caso de remisiones, como apoyo para llevar a cabo acciones de justicia y protección de trámite inmediato, entre otros. Internamente, es importante construir el flujograma de atención. Se busca facilitar a la persona víctima el tránsito por el Sistema Interinstitucional de Atención.

Adecuación de los espacios de atención

La institución de salud debe adecuar el área de espera para asegurar que sea cálida y amplia. El ambiente de la institución que atiende debe ser agradable, y en caso de niños y niñas debe permitir su libre desplazamiento y juego al interior. El sitio no debe generar tristeza o temor; por el contrario, debe generar gusto, liberación de tensiones, confianza y lograr que las víctimas se sientan tranquilos(as). Las áreas de consulta deben cumplir con los requisitos de la normatividad en habilitación. Las áreas de espera deben permitir a las personas en consulta realizar actividades lúdicas, recreativas o de relajación. Se recomienda a las IPS la adecuación de sitios para la prestación de estos servicios; ejemplo: un salón de juegos para los niños y las niñas, etc.

Adecuado proceso de remisión al Sector Salud

Se sugiere que el Programa de Atención a Víctimas de Violencia Sexual de cada IPS se identifique con un nombre o lema no alusivo a violencia sexual; por ejemplo: Programa de Buen Trato, Programa de Convivencia, Programa de Derechos Humanos, Programa de Derechos de los Niños y Niñas, entre otros. En el mismo sentido, la papelería para las remisiones intra o interinstitucionales no debe estigmatizar a las personas portadoras.



Al inicio del proceso de remisión, la persona que detecta o recibe el caso de violencia sexual debe ponerse en contacto con la persona que cumple el cargo de referente o facilitador en esa institución, para que realice el trámite necesario; el referente debe entrar en contacto con el equipo interdisciplinario de atención para llegar a un acuerdo sobre a qué hora y cuándo será enviada la víctima a otra institución; si es de envío inmediato, según las circunstancias, el referente o facilitador debe buscar la forma de hacer el acompañamiento al sitio de remisión.

Es necesario que estos procesos se constituyan en política institucional, pues la violencia sexual es una urgencia y los procedimientos de salud relacionados con estos casos, así como las remisiones al Sector Justicia, también tienen carácter de urgencia. Es necesario recordar que la dilación en la atención constituye un riesgo para el o la víctima, y puede contribuir a la deserción o a la retractación de la denuncia. La persona referente debe contar con el tiempo y los mecanismos necesarios para realizar sus funciones (teléfono, fax, transporte, papelería, etc.).

La persona referente o quien realice la remisión de un caso a otra institución o servicio intrainstitucional debe llenar una planilla de registro de casos con la siguiente información:

- Nombre completo de la víctima.
- Nombre de la persona acompañante o de familiar o de personas de contacto
- Dirección y teléfonos de contacto de la víctima y su familia
- Información de la persona responsable o acudiente, en caso de ser niño, niña o adolescente.
- Fecha de remisión.
- Servicio a que se refiere.
- Dirección de residencia, teléfono y el nombre de la institución a que es referida en los casos pertinentes.
- Nombre de la persona responsable de la remisión.

Esta información es importante para el seguimiento de casos y para corroborar si llegaron al sitio de atención; además, permite realizar la visita domiciliaria prioritaria, donde se establece si las personas no asisten o desertan del proceso de atención.

Cuando la víctima de violencia sexual sea remitida(o) desde el Sector Justicia, especialmente del Instituto

Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, INMLCF, jueces, fiscales o Policía Judicial, es deber de estas instituciones enviar la siguiente información al Sector Salud, a manera de resumen útil que evite volver a interrogar o volver a examinar a la víctima sin necesidad, para así evitar la revictimización.⁴⁷

- Resumen del caso.
- Quién es el agresor.
- Desde hace cuánto tiempo se presentan los hechos de violencia sexual.
- Número de episodios, el último hace cuánto (en caso de ataque sexual).
- Fecha y hora de los hechos.
- Sitios de penetración o lesiones encontradas en la valoración por el legista.
- Fecha de la última menstruación.

Recepción de las víctimas de violencia sexual en las instituciones de atención

Para el acceso a consulta externa de víctimas de violencia sexual, en caso de que sea a través de referenciación de un servicio de salud o de una institución, se asume que previamente se ha brindado información adecuada a los y las víctimas, y que se remite con un resumen del caso con información básica que evite revictimización por parte de la institución receptora. La información se envía en sobre cerrado, sin hacer ninguna alusión en la parte externa sobre los hechos, protegiendo el Derecho a la Confidencialidad de las víctimas.

Al ingreso a la institución receptora, al mostrar la víctima el sobre de remisión, cualquier persona con la que entre en contacto (porteros, cajeros, administrativos, servicios generales, etc.) deberá comunicarla y acercarla a la recepción del equipo interdisciplinario de atención a víctimas de violencia sexual o Programa de Buen trato, de manera ágil, sin obstáculos, atenta y no victimizante. Para que esto sea posible, es necesario realizar previamente un trabajo de sensibilización e instrucción acerca de la atención que merecen, requieren y necesitan las personas que ingresan a este programa, y cómo llegar a identificarlas.

El personal de vigilancia, servicios generales, servicios administrativos y atención al usuario del sitio receptor deben evitar cualquier pregunta acerca de los hechos, hacer comentarios al respecto y procurar un trato digno y respetuoso a los y las víctimas de violencia sexual.

47 Es importante considerar que el INMLCF no asume responsabilidades terapéuticas (por ejemplo, anticoncepción de emergencia para prevención de embarazo o profilaxis de ITS, VIH/Sida.)

Recepción de las víctimas de violencia sexual por parte del equipo interdisciplinario de atención

Una vez la víctima entra en contacto con la persona referente del equipo de atención, ésta última le da la bienvenida al Programa de Atención a Víctimas de Violencia Sexual o Programa de Buen Trato, siguiendo estos pasos:

- Se identifica con nombre y cargo ante las víctimas y sus familias, ofreciendo colaboración y apoyo.
- Escucha y registra las ideas que manifiesten las personas referidas al proceso de atención en salud, acerca de su imaginario sobre el proceso de atención.
- Identifica las necesidades de la víctima, a fin de tenerlas presentes en el proceso de entrega a consulta.
- Explica los objetivos generales del programa y las generalidades acerca del proceso de atención, destaca la importancia de cumplir las citas, tareas o compromisos.
- Entrega a la víctima o persona responsable el “Formulario de consentimiento informado” para su diligenciamiento y firma (Ver capítulo de consentimiento informado).
- Busca o asigna las primeras citas de valoración.
- Explica el uso de la información consignada en la cartilla *Mis derechos*, sobre Derechos de las Víctimas e instituciones competentes para la atención. La cartilla es fundamental para la víctima de violencia sexual, porque le permite:
 - Estar informado(a) de los Derechos Humanos y los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Derechos de las Víctimas.
 - Permite a la víctima empoderarse de su proceso y exigir una atención integral oportuna (Ley 360 1997. Derechos de las Víctimas).
 - Estar informado(a) claramente acerca de las diferentes instituciones que intervienen en el proceso de atención: personas, direcciones, teléfonos de las instituciones a donde es remitida en el proceso de atención, entre otros.
 - Cuando los servicios de atención no se centralizan en un único lugar, permite

llevar un control de qué se ha hecho y qué falta por hacer del plan de atención.

- En caso de dificultades en la atención o urgencias que se presenten, le permite tener información acerca de a dónde acudir.

En la asignación de tiempos de consulta debe recordarse que la violencia sexual es una urgencia que requiere atención inmediata, incluso cuando los hechos no hayan sido inmediatos. En la asignación de citas es básico lograr que la atención por parte de los distintos servicios o de las diferentes disciplinas se realice el mismo día. Entre más desplazamientos se eviten a las víctimas y a sus familias mejor, puesto que una de las principales causas de deserción de los procesos de atención es el costo de los transportes; además, esto mejora la adherencia al programa porque disminuye los permisos laborales o escolares que requiere la víctima de violencia sexual y las personas que se necesitan citar de la red de apoyo.

Los tiempos de atención y número de consultas se fijarán según las características de cada sitio de atención. La recomendación de los Lineamientos en Salud Mental del Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual es una duración por sesión de mínimo 40 minutos.

ACCIONES DEL SECTOR SALUD EN EL PRIMER CONTACTO CON UNA POSIBLE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL DE CUALQUIER EDAD Y GÉNERO

Se debe:

- Recibir y atender de forma inmediata
- Atender en espacios adecuados, con privacidad
- Brindar acompañamiento por personal de salud
- Explicar sobre sus derechos y en qué consiste el proceso de Atención Integral
- Entregar a la víctima la cartilla *Mis Derechos*
- Hacer el proceso de Consentimiento Informado
- Avisar de inmediato a Policía Judicial a la Línea 123
- Obtener o crear historia clínica con la información pertinente a salud. Si existe relato espontáneo de los hechos, se debe

consignar lo referido de manera textual en la historia clínica y aclarar quién lo relata; debe quedar claro en la historia clínica que es un “relato espontáneo”. Policía Judicial hará la entrevista en detalle de los hechos relacionados con Justicia.

- Diligenciar el Protocolo del Informe Pericial Integral en la Investigación del Delito Sexual (ver Guía de consulta abreviada para el examen sexológico forense, informe pericial y manejo del kit para la toma de muestras en los sectores forense y de salud).
- Realizar examen físico completo, búsqueda clínica y paraclínica de GESTACIÓN e Infecciones de Transmisión Sexual: N. Gonorrhoeae, Chlamydia Trachomatis, Trichomona Vaginallis, herpes 2, hepatitis B, VIH/Sida (incluyendo la consejería de VIH), condilomas, Gardenella Vaginalis, hongos (Guía del menor y la mujer maltratados).
- ADMINISTRAR PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN, SEGÚN EL TIEMPO DE LOS HECHOS.
- Realizar simultáneamente el proceso de cadena de custodia: búsqueda y toma de evidencias físicas, rotulación, embalaje, almacenamiento, llenado de registros y entrega de elementos materia de prueba a Policía Judicial, a la línea 123.
- Dar manejo integral a otras patologías simultáneas: intoxicaciones, lesiones y otras.
- GARANTIZAR LA ATENCIÓN EN CRISIS DE SALUD MENTAL (son varias sesiones, ver capítulo Salud Mental).
- Diligenciar la cartilla Mis Derechos con las intervenciones realizadas, esta cartilla es el control de garantía de derechos que la víctima debe llevar siempre.
- Realizar el estudio social e identificar necesidad de protección institucional.
- HOSPITALIZAR si las condiciones clínicas lo ameritan o si se requiere protección institucional, mientras actúa el Sistema de Protección.
- Diligenciar la FICHA SIVIM (Red de entidades centinela para la vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer y maltrato al menor de la Secretaría Distrital de Salud); esta notificación es muy importante en la articulación para la continuidad del proceso integral de atención y en la

vigilancia epidemiológica para la garantía de derechos.

- Activar las redes institucionales que amerite el caso.
- Asegurar la lectura de los exámenes tomados y la continuidad del proceso de atención integral bio-psicosocial.
- Si es necesario el desplazamiento a otro nivel de complejidad o a otra institución, se debe garantizar el transporte a la víctima de violencia sexual y su acompañante.
- Se debe enviar, por fax, copia de búsqueda clínica y paraclínica de embarazo e ITS al Instituto Nacional de Medicina Legal, a la Jefatura Grupo Clínica Forense, tel. 3 33 48 06 Carrera 13 No. 7-46 piso 2.

Funciones del equipo interdisciplinario de atención

Entre otras acciones a realizar por parte del equipo interdisciplinario de atención a víctimas de violencia sexual en cada institución, resaltamos las siguientes:

Valoración inicial

La valoración inicial la realiza el primer profesional que recibe a la persona víctima. “De acuerdo con los motivos de consulta, los síntomas, signos o los hallazgos de exploración clínica, el o la profesional de salud clasificará los casos relacionados con violencia sexual en tres grandes grupos, así:

- Grupo A. Criterios para aviso inmediato a justicia
- Grupo B. Sospecha fuerte de violencia sexual
- Grupo C. Sospecha leve de violencia sexual”⁴⁸

Además, este primer profesional en contacto con la víctima deberá hacerle remisión a las diferentes disciplinas que amerite el caso, junto con el diagnóstico de patologías, fortalezas, debilidades, habilidades, entre otros, a fin de contribuir con la formulación del plan de atención inicial personalizado. Por otro lado, debe hacer entrega al referente o facilitador del equipo interdisciplinario de la institución de las órdenes de laboratorios o remisiones a los servicios que requiera la víctima; esta persona referente debe acompañar a la víctima para que inicie su lista de chequeo y activación de redes necesarias para la consecución de lo ordenado.

48 Ver en capítulo 5 de este documento “Detección de casos en los servicios de salud y su adecuada canalización”.

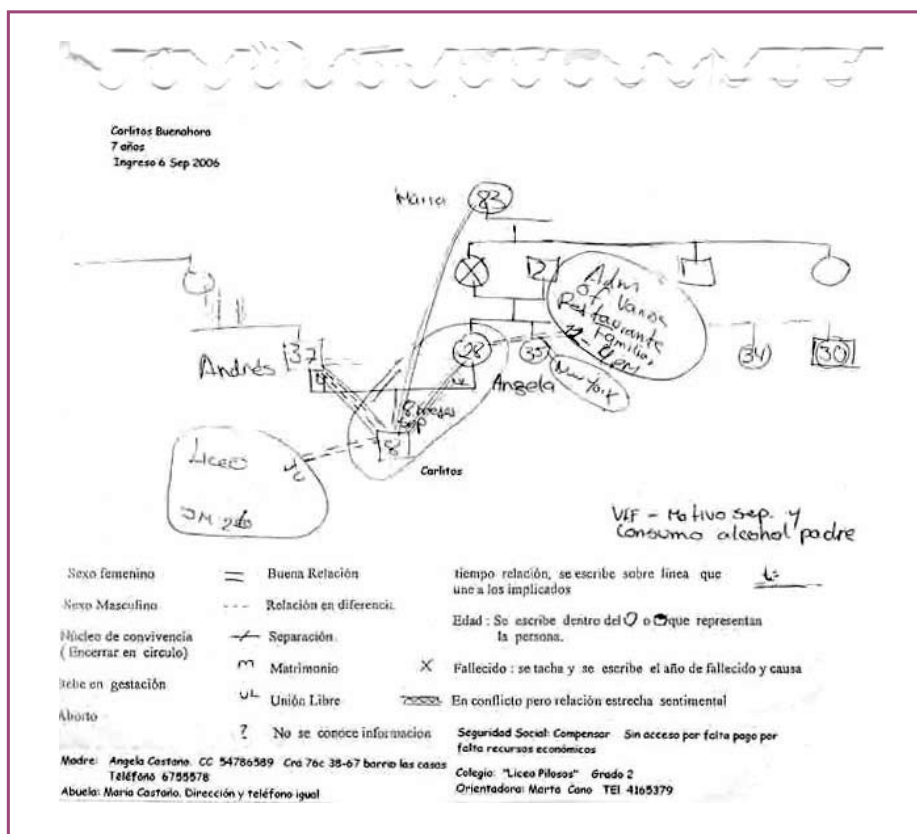
En la historia clínica se debe consignar la información básica a compartir, para evitar que otros profesionales interroguen sobre temas ya establecidos, evitando la revictimización.

Nº 4), por ser un instrumento de rápida y fácil visualización. El diligenciamiento del ecomapa es de elección y será llenado por el o la trabajador(a) social, o por quien delegue el equipo para esto.

El profesional que primero tenga información sobre el caso debe ir la registrando en el genograma (anexo

A continuación se encontrará un formato de genograma diligenciado como ejemplo:

Gráfico 1. Genograma diligenciado



Habiendo establecido estas valoraciones iniciales, el equipo interdisciplinario pasa a discutir el caso, diligencia la matriz interdisciplinaria y entrega reporte sobre el plan de atención establecido, con metas a corto y largo plazo, objetivos terapéuticos y tareas.

Diagnóstico

Para los casos de violencia sexual es necesario un diagnóstico integral; por tanto, se recomienda no centrarse sólo en el hecho de violencia, sino tratar de diagnosticarlo "todo", pues este es el insumo principal para ayudar a evidenciar la morbilidad actual del niño, niña, adolescente o adulto, y los factores que lo hicieron vulnerable a la violencia sexual.

A diferencia de la literatura internacional, los autores nacionales afirman que la violencia sexual pone en evidencia condiciones de carencia económica, cultural y psicosocial que hacen vulnerable a la población; por esta razón, al dejar en evidencia estos factores, se pueden prevenir nuevos actos de violencia y optimizar el desarrollo de niños, niñas, adolescentes y adultos.

Las víctimas de violencia sexual -en especial niños, niñas y adolescentes- padecen sufrimientos emocionales severos y otras problemáticas debidas a otros impactos mórbidos que se deben poner en evidencia y que ameritan atención en salud (desnutrición, abandono o negligencia en el cuidado, otras lesiones o formas de maltrato infantil, entre otras patologías). Para efectos de

diagnóstico, se puede utilizar la cuarta edición del *Manual diagnóstico de las enfermedades mentales*, porque incluye todas las alteraciones del desarrollo de los niños, entre otros. Igualmente se utiliza la *Clasificación internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción*, CIE 10, de la OMS. Estos dos sistemas son complementarios, secuenciados y afines.

El Sector Salud, dentro de sus responsabilidades, hace impresiones diagnósticas clínicas. La OMS, en la CIE 10, codifica diagnósticos como:

- Abuso sexual (Código T 742)
- Agresión sexual con fuerza corporal (Código Y 05)
- Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario (Código Z 614).

La violencia sexual es un riesgo que potencia el desarrollo de entidades patológicas y, a la vez, es resultado de otras entidades patológicas que sitúan a la persona en condiciones de vulnerabilidad. Las entidades patológicas asociadas a la violencia sexual se pueden buscar dentro del listado del CIE.⁴⁹

En cuanto se establecen los diagnósticos, el equipo interdisciplinario debe determinar la fase de tratamiento o intervención. Aquí es muy importante la valoración de riesgos y de las necesidades de protección y seguridad de la víctima, y buscar apoyo en el área social del equipo interdisciplinario y en el referente o facilitador interinstitucional, a fin de realizar las remisiones correspondientes a las instituciones de protección.

Durante las consultas, es importante diligenciar los RIPS y diligenciar los formatos de notificación obligatoria para vigilancia epidemiológica o realizar el trámite pertinente para ello, así como tener presente las orientaciones de cadena de custodia (Circular 009-2007). Para la ciudad de Bogotá, se cuenta con el Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual –SIVIM–,

que busca asegurar la notificación inmediata al Área de Vigilancia en Salud Pública de los “casos identificados de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual”, así como su canalización y seguimiento, con el propósito de facilitar su atención integral oportuna a través de las IPS. Igualmente, es importante ponerse en comunicación inmediata con la Policía Judicial, al número telefónico 123.

Por otro lado, es importante recordar siempre medicación o profilaxis para:

- Riesgo de ITS⁵⁰
- Riesgo de VIH⁵¹
- Riesgo de embarazo forzado⁵²
- Remisión para valoración de salud mental⁵³
- Remisión a profesional del área social para apoyo familiar y valoración de necesidades de seguridad y protección a la víctima.⁵⁴

Comunicación interdisciplinaria

Una vez se tiene la lista de diagnósticos y el inventario de necesidades de la víctima, y se han ubicado los recursos institucionales para su satisfacción, se deben establecer las prioridades de la intervención, definir el profesional responsable, determinar el o los indicadores de seguimiento y ponerse de acuerdo en cuanto a los plazos de espera para medir los efectos de la intervención.

El equipo interdisciplinario debe discutir cada caso y por consenso establecer un listado de diagnóstico que se ordenará de acuerdo a la prioridad. Se debe tener en cuenta un aspecto importante: muchas veces, las víctimas de violencia sexual llegan remitidas a los servicios de salud por la autoridad judicial o de protección y no por cuenta propia, por motivo de consulta. En este caso, procede el diagnóstico integral, a fin de iniciar el ejercicio de priorización.

La labor del equipo interdisciplinario permite definir el motivo de consulta. Puesto que la violencia sexual se considera una urgencia, la intervención deberá:

49 Es potestad del juez del caso definir el delito cometido para imponer la pena pertinente al agresor y las medidas de reparación del daño, según el Código Penal (Ley 599 del 2000), por ejemplo: acceso carnal violento, acto sexual violento, acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir, acceso carnal abusivo con menor de 14 años, actos sexuales con menor de 14 años, acceso carnal o acto abusivo con incapaz de resistir (artículo 205 a 210); el juez califica las circunstancias de agravación punitiva como el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (artículo 211), por lo cual es muy importante el envío a las autoridades competentes, desde el Sector Salud, de la copia de hallazgos clínicos y paraclínicos a este respecto.

50 Edith Ángel, *Normas para el manejo de las ITS adquiridas: profilaxis y tratamiento*.

51 Dra. Sonia Isabel Cuervo Maldonado, *Profilaxis, VIH/Sida y violencia sexual*.

52 Pio Iván Gómez Sánchez, *Anticoncepción de emergencia*.

53 Zulma Urrego, *Atención integral en Salud Mental*.

54 Martha Espitia, Neidy Macana, Petty Janeth Torres y Luz Helena Rúa Martínez, *Atención Área Social - Trabajo Social*.

- Valorar físicamente
- Definir la ruta de intervención de los diferentes profesionales
- Valorar o remitir a profesionales de salud mental
- Remitir a profesionales del área social
- Valorar el riesgo y las necesidades de protección

La organización de las prioridades diagnósticas y de la remisión dependerá de los criterios de urgencia y valoración de riesgos: si la problemática amenaza la vida, si las enfermedades detectadas tienen riesgo de cronificarse o si la prioridad es la denuncia u otro tipo de acciones sociales.

Seguramente, durante la actividad normal de atención a estas víctimas, ellos(as) ingresarán a través de los servicios de urgencia o de la red de su EPS; en todo caso, llegarán a ejercer su Derecho a la Atención en Salud.

En síntesis, en este punto de la secuencia de atención, el método es presentar los diagnósticos de los pacientes y someterlos a la opinión colectiva del equipo interdisciplinario, para definir la prioridad de su tratamiento.

Delimitación de los objetivos de la intervención

Cada caso que se presenta ante el equipo interdisciplinario incluye un listado de diagnósticos, necesidades de atención, fortalezas y una guía de indicadores para poder observar la marcha del tratamiento. Por tanto, el acuerdo sobre el tratamiento se acompaña de un listado de indicadores de seguimiento y operacionales, sencillos y observables.

Conviene que el equipo interdisciplinario de atención realice un análisis de cada caso periódicamente, en el que se actualicen y socialicen los avances o retrocesos terapéuticos desde cada disciplina, las fortalezas y debilidades y el cumplimiento del plan de atención.

La siguiente planilla puede resultar útil para consignar la información pertinente sobre diagnósticos, fortalezas y el respectivo plan de atención, abordados desde las diferentes disciplinas. Si se considera necesario, se pueden agregar otras disciplinas o especificar el tipo de disciplina que interviene; por ejemplo, en medicina: pediatría, ginecología, etc.



PROGRAMA DEL BUEN TRATO

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Tiempo proceso terapéutico: _____

ÁREA	TRABAJO SOCIAL	SALUD MENTAL	MEDICINA
Diagnósticos			
Fortalezas			
Debilidades			
Plan de atención			

Asignación de la responsabilidad para ejecutar las intervenciones

Una vez se ha establecido la información pertinente sobre diagnósticos, fortalezas, debilidades y el plan de atención, se debe determinar cuáles son los profesionales que harán parte del respectivo tratamiento. Una vez se crea el equipo de atención para el caso, se establece un eje de atención; es decir, un(a) médico(a) tratante o un profesional de la salud que haga las veces de coordinador de este equipo y que se responsabilice por sus acciones. Esta persona debe:

- Aclarar las creencias que la víctima o su familia tengan sobre la experiencia de violencia sexual
- Explicar la ruta de atención (remisiones a servicios y a instituciones)
- Explicitar los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Derechos de las Víctimas

Durante el proceso de aclaración de dudas y concepciones erróneas sobre la experiencia de violencia sexual, vale un ejemplo: si la familia concibe la violación como un castigo divino, o resultado de la provocación de la víctima, hay que aclarar, desde el comienzo, que se trata de una vulneración de Derechos Humanos y un problema de salud pública, que amerita tratamiento y atención en salud desde diferentes disciplinas. Luego se pueden señalar, a la familia y a la víctima, los factores de riesgo en

un orden especial,⁵⁵ para poner en evidencia que lo ocurrido obedeció a una secuencia de acciones que pusieron al niño, niña, adolescente o adulto en situación de exposición a este tipo de violencia. También es necesario dejar clara la importancia de la intervención y atención tanto física como de salud mental, a fin de aliviar los posibles impactos.⁵⁶

Así mismo, el equipo designado para la atención de casos de violencia sexual dentro de cada institución debe aclarar y protocolizar los indicadores de seguimiento de la atención en salud a estas víctimas.

Esto se refiere a describir, en términos operativos, de acciones y de tiempos de espera, cada una de las actividades de los distintos profesionales que intervienen en la atención integral, a fin de establecer progresos o dificultades y reorientar la intervención, si fuese el caso.

Construcción del plan terapéutico integral

El plan terapéutico integral se construye con una intención de doble vía: por un lado, para optimizar la recolección de información por parte del equipo interdisciplinario encargado de la atención y, por otro, para facilitar a la víctima de violencia sexual el control sobre su propio tratamiento, las tareas pendientes y los avances.

La siguiente planilla sirve para tales efectos:

Tareas	Responsable Profesional Disciplina	Límite ejecución (D/M/A)	% Cumplimiento		Observaciones (Facilidades o dificultades encontradas)
			SI	NO	

55 A nivel individual: ser joven, consumir alcohol o drogas; tener problemas de salud mental, en particular síndrome de estrés postraumático; haber sufrido una violación o abusos sexuales con anterioridad. En hombres: consumir alcohol o drogas; tener actitudes y creencias que apoyan la violencia sexual, incluyendo tener fantasías sexuales coercitivas y culpar a las mujeres por excitarles; presentar un patrón de conducta impulsivo, antisocial y hostil hacia las mujeres; haber sufrido abusos sexuales durante la niñez.

56 Ver capítulo 4 del presente Protocolo, "Factores de riesgo".

Ejecución del plan terapéutico integral

Las diferentes disciplinas convocadas dentro de los planes terapéuticos integrales para atención a víctimas de violencia sexual se deben regir por los protocolos consignados en capítulos posteriores del presente documento, alrededor las siguientes temáticas:

- Profilaxis de VIH/Sida y violencia sexual.
- Anticoncepción de emergencia.
- Atención Área Social, Trabajo Social.
- Atención en salud mental.

El número y frecuencia de consultas de cada disciplina dependerá de la necesidad y complejidad del caso.

Monitoreo, evaluación y retroalimentación de los planes terapéuticos por parte del equipo interdisciplinario

Es indispensable monitorear el cumplimiento de las tareas propuestas y la eficacia de la intervención en el proceso terapéutico, tanto en la persona víctima como en su familia; conocer si su estado es igual, mejor o peor que cuando se ingresó el caso, para modificar el proceso de atención y de cuidado del paciente. Es crucial evaluar, tanto a la persona como a los procesos de intervención interdisciplinaria, para aprender cada día de ellos, retroalimentarlos, a nivel del equipo de atención institucional y a nivel intersectorial, a fin de mejorar la atención y eliminar las barreras detectadas. Evaluar es una forma de mejorar cada vez más, para lograr realmente que se restablezcan los derechos y no victimizar más.

Periódicamente, el equipo interdisciplinario de atención se debe reunir para discutir el estado de los casos, verificar procesos, examinar las tendencias y curvas de resultados a nivel individual y analizar los resultados de instrumentos de medición como la Escala Global de Funcionamiento (GAF), la Prueba de Escala de Calidad de Vida, APGAR Familiar, entre otras; además de aciertos, dificultades y fallas, para en algunos casos replantear procesos según los cambios esperados.

Se recomienda realizar evaluación a nivel individual (víctima) y también a nivel familiar. A continuación se presentan recomendaciones e instrumentos utilizados en ambos casos:

A nivel individual

El método más sencillo y común es preguntarle al paciente si, en comparación con la primera vez que fue

atendido, se siente igual, mejor o peor. Sin embargo, aquí se presentan algunos de los instrumentos de medición de uso frecuente que facilitan monitorear los progresos individuales.

Escala Global de Funcionamiento, GAF

Esta prueba se puede realizar desde el punto de vista de un evaluador externo, como parte del diagnóstico multiaxial de los trastornos mentales, en el quinto eje (V),⁵⁷ y consta de los siguientes elementos:

Función de la prueba: evalúa de forma integral las actividades y relaciones de la persona. Es una prueba que mostrará el resultado de las acciones articuladas intersectoriales, si falla el Sector Justicia, Protección, Salud u otro sector importante para el caso; se entiende que la funcionalidad de la persona no mejorará o empeorará, al no ser eficaz la acción requerida o la acción realizada.

Responsable: esta prueba debe ser aplicada por un especialista en psiquiatría, porque requiere experiencia y habilidad en el cuidado de pacientes.

Periodicidad: debe ser aplicada, en principio, al ingreso del caso y cada seis meses, para ver la tendencia del proceso. Hay una versión de la prueba para adultos y otra para niños y niñas. La edad límite de diferenciación son los 18 años.

Calificación e interpretación: la evaluación GAF se incluye en el eje V de la evaluación diagnóstica psiquiátrica multiaxial. Se expresa con un puntaje entre 0 (equivalente a muy malo) y 100 (sin dificultades, mejor funcionamiento global posible para un paciente). La calificación refleja la impresión del clínico que evalúa al paciente. Se anota el valor y se aclara a qué momento corresponde la evaluación, es decir, si es al ingreso, en el último año, al momento del alta, etc.

El puntaje de 0 a 100 se elige según estos parámetros:

0 Información inadecuada para establecer puntuación.

1-10 Peligro persistente de lesionar a otros o a sí mismo (ej. violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima (ej. con manchas de excremento) o alteración importante en la comunicación (ej. muy incoherente o mudo).

11-20 Algún peligro de lesionar a otros o a sí mismo, u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima o alteración importante en la comunicación.

⁵⁷ La versión para adultos del GAF (o escala EEAG, por sus siglas en español: Escala de Evaluación de la Actividad Global) hace parte del sistema DSMIV.

21-30 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones persistentes, o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio y se presenta incapacidad para funcionar en casi todas las áreas.

31-40 Existe alteración en la verificación de la realidad o la comunicación o alteración importante en varias áreas como el trabajo, escuela, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento, el estado de ánimo.

41-50 Síntomas graves o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar.

51-60 Síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar.

61-70 Algunos síntomas leves o dificultad con la actividad social, laboral o escolar, pero en general

funciona bastante bien, tiene algunas relaciones personales significativas.

71-80 Si existen síntomas, estos son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales. Solo existe una ligera alteración de la actividad social laboral o escolar.

81-90 Síntomas ausentes o mínimos. Buena actividad en todas las áreas, con interés y participación en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos.

91-100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca aparece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.

La prueba para niños y niñas es la siguiente:⁵⁸

58 Traducción de la Dra. Ana Beatriz Medina, psiquiatra de Niños, "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM- IV", en *American Psychiatric Association*, versión española, Barcelona, Masson S.A., pp. 32 -34, 1995.

Gráfico 1. Prueba GAF para niños y niñas

ESCALA GLOBAL DE FUNCIONAMIENTO INFANTIL

Fecha

Instrucciones:

Determine el nivel de mayor deterioro de funcionamiento general para un período de tiempo específico seleccionando el menor nivel que describe su funcionamiento en un continuo hipotético de salud-enfermedad. Use niveles intermedios (por ejemplo: 35,58,62). Evalúe el funcionamiento actual sin reparar en el tratamiento o pronóstico. Los ejemplos de comportamiento suministrados son sólo ilustraciones y no se requieren para una puntuación especial.

100-91	Presenta un funcionamiento sobre el promedio en todas las áreas (en el hogar, en la escuela y con sus compañeros), se involucra en gran cantidad de actividades y tiene muchos intereses (ej: pasatiempos, participa en actividades extracurriculares o pertenece a un grupo juvenil organizado como clubes deportivos o lúdicos, etc). Es simpático, confidente, las “preocupaciones de cada día” nunca se le salen de las manos. Tiene buen desempeño escolar. No presenta síntomas.
90-81	Presenta un funcionamiento en todas las áreas. Presenta estabilidad a nivel familiar, en el colegio y con sus compañeros. Puede tener dificultades transitorias en las “preocupaciones de cada día”, que que ocasionalmente se le salen de las manos (Ej. Moderada ansiedad ocasionada por sucesos importantes: exámenes ocasionalmente pierde el control con los hermanos, parientes o amigos).
80-71	Solamente presenta pequeños problemas en su funcionamiento en casa, colegio o con compañeros. Presenta algunas alteraciones en el comportamiento o estres emocional que pueden presentarse como respuesta a situaciones estresantes (ej. separacion de los padres, muerte, nacimiento de un hermano) pero la interferencia en el comportamiento es leve y transitoria. Estos niños no son molestos para los demás ni son considerados fuera de lo normal para quienes los conocen.
70-61	Presenta algunas dificultades, en un área solamente (ej: actos de indisciplina aislados o esporádicos, consistentes en dificultades menores con tareas escolares, cambios de humor de corta duración; presenta miedos y/o ansiedad que no llevan a comportamientos desadaptativos graves, tienen auto-cuestionamiento.) pero generalmente funcionan muy bien. Tiene algunas relaciones interpersonales serias. La mayoría de la gente que no lo conoce bien, puede no considerarlo molesto, pero a aquellos que lo conocen les afecta su comportamiento.
60-51	Presenta comportamiento variable con dificultades esporádicas o síntomas en muchos, pero no en todas las áreas. Las molestias son visibles en quienes lo encuentran en una situación o escenario disfuncional pero no para aquellos que lo ven en otras circunstancias.
50-41	Presenta diferentes grados de interferencia en el funcionamiento en la mayoría de areas sociales o muchas alteraciones del funcionamiento en una sola area (eje: preocupaciones suicidas y sentimientos de culpa, negativas a ir a estudiar y otras formas de ansiedad como ideas repetitivas, síntomas físicos inexplicables, frecuentes ataques de ansiedad o de episodios de agresividad u otros comportamientos de indisciplina, con la conservación de algunas relaciones significativas.
40-31	Presenta deterioro en el funcionamiento de muchas áreas y es .incapaz de funcionar en algunas de ellas (ej: molesta en casa, a los compañeros o en la sociedad en general). Presenta agresividad inmotivada; marcado retraimiento y comportamiento aislado debido a alguna alteración en el humor o pensamiento; presenta intentos de suicidio con un fin letal claro. Estos niños requieren una escuela especial u hospitalización o retiro del colegio (pero esto no es suficiente criterio de inclusión en esta categoría)
30-21	Presenta incapacidad de funcionamiento en casi todas las áreas, por ejemplo, se la pasa en la casa, en la cama todo el día, sin tomar parte en actividades sociales o tiene severo deterioro en su comunicación (algunas veces es incoherente o inapropiada).
20-11	Necesita supervisión considerable para prevenir que se haga daño a otros o a él mismo. Frecuentemente repite intentos violentos de suicidio o tiene un amplio compromiso en todas las formas de comunicación, (severo compromiso de la comunicación verbal y gestual, marcando aislamiento social, estupor, etc.)
10-1	Necesita supervisión constante (24 horas al día) debido a comportamientos severamente agresivos o autodestructivos o un amplio deterioro en su juicio de realidad, su comunicación, su cognición, su afecto o su higiene personal.

Últimas dos semanas

Episodio pasado mas severo

Nivel de funcionamiento más alto

Prueba de Escala de Calidad de Vida

Esta es una evaluación autodilenciada, de fácil comprensión,⁵⁹ que consta de los siguientes elementos:

Función de la prueba: evalúa, desde la persona, su calidad de vida.

Responsable: cualquier profesional del equipo de atención terapéutica debe tener la capacidad de aplicarla; sin embargo, esta función debe asignarse a un miembro específico del equipo. El mejor momento para aplicarla es al final de la atención, cuando el diagnóstico está consolidado, para facilitar la adaptación del paciente y el desarrollo de la relación con su médico(a).

Periodicidad: debe ser aplicada al ingreso y cada 6 meses.

Calificación e interpretación: la escala tiene una máxima puntuación de 75; se observa su tendencia en la evolución del proceso. Es una encuesta para ver la evolución del paciente y, por tanto, no tiene un punto de corte. Se asume que si el paciente se mejora con el tratamiento, el puntaje de la escala debe aumentar. Si su situación se deteriora, en cambio, el puntaje se reduce.

Según la morbilidad encontrada en cada caso, existen otras escalas que pueden ser aplicadas por los profesionales de ayuda que se involucren en la atención de los y las pacientes.

Gráfico 2. Prueba de Escala de Calidad de Vida

PQ - LES - Q

Nombre: _____ Edad: _____
 Fecha: _____ Total: _____

INSTRUCCIONES: El propósito de esta encuesta es conocer tus puntos de vista con respecto a tu salud general, bienestar y sentimientos acerca de tu vida. Por favor, contesta CADA pregunta haciendo un círculo alrededor del número que definas como tu respuesta. Si no estás seguro acerca de como contestar una pregunta, por favor, señala la mejor respuesta posible. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Durante la semana pasada:
 ¿ Como has estado con respecto a...

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
1) ...tu salud?	1	2	3	4	5
2) ...tu ánimo o sentimientos?	1	2	3	4	5
3) ...la escuela o el aprendizaje?	1	2	3	4	5
4) ...colaborar en el hogar?	1	2	3	4	5
5) ...tu relación con tus amigos?	1	2	3	4	5
6) ...tu relación con tu familia?	1	2	3	4	5
7) ...el juego o el tiempo libre?	1	2	3	4	5
8) ...lograr hacer tus cosas?	1	2	3	4	5
9) ...tu cariño o afecto?	1	2	3	4	5
10) ...obtener o comprar cosas?	1	2	3	4	5
11) ...el lugar donde vives?	1	2	3	4	5
12) ...prestar atención?	1	2	3	4	5
13) ...tu nivel de energía?	1	2	3	4	5
14) ...los sentimientos acerca de ti mismo?	1	2	3	4	5
15) ... En general, como ha estado tu vida?	1	2	3	4	5

*PQ - LES - Q. Endicott J.J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry; 2006; 45 (4): 401 - 407.

59 Versión de la Escala para Niños (Traducida por Álvaro Romero y Rafael Vásquez, psiquiatras).

A nivel familiar

Como instrumento para este nivel existe la prueba del APGAR familiar, que muestra el funcionamiento familiar. Es una prueba validada en Colombia, que consta de los siguientes elementos:

Función de la prueba: nos muestra la evolución de la terapéutica a nivel familiar.

Responsable: Trabajador Social.

Periodicidad: se aplica al ingreso y cada 3 meses.

Calificación e interpretación: El APGAR familiar es un instrumento recomendado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia para la evaluación del funcionamiento familiar, que ha

mostrado un índice de correlación de 0.64 con las evaluaciones clínicas realizadas por psicólogos expertos. Se aconseja su empleo como instrumento de autoreporte, siempre que la escolaridad del paciente lo permita, justificándose la encuesta por parte del entrevistador solamente cuando la persona no está en capacidad de leer. El instrumento consta de siete preguntas con cinco opciones de respuesta cada una, a modo de escala de Licker. El puntaje máximo a obtener es de 20/20 puntos. El puntaje obtenido por la familia permite clasificarla en cuatro rangos de funcionamiento familiar, así:

18 – 20	Buen funcionamiento familiar
14 – 17	Disfunción familiar leve
10 – 13	Disfunción familiar moderada
9 o menos	Disfunción familiar severa

ESCALA DE RECURSOS
FORMATO APGAR FAMILIAR Y SOPORTE DE AMIGOS

Nombre: _____

Fecha: _____ H.C. _____

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. La familia se define como el (los) individuo(s) con quien(es) usted usualmente vive. Si usted vive solo, su familia es la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

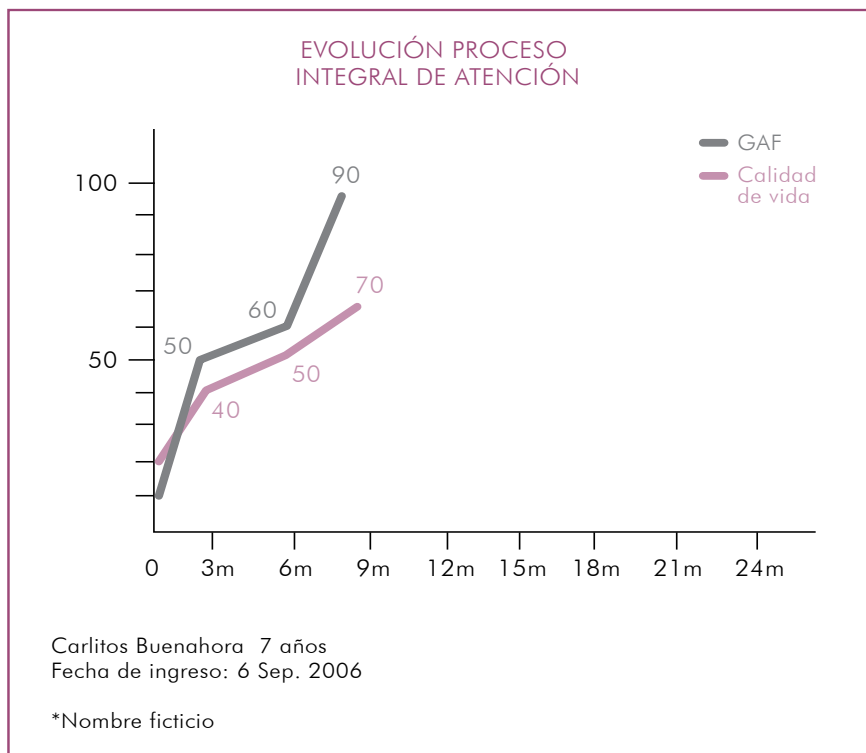
Para cada pregunta, marque sólo con una X la que parezca aplicar para usted.

	Nunca	Casi Nunca	Algunas	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: <ul style="list-style-type: none"> • El tiempo para estar juntos • Los espacios en la casa • El dinero 					
Tabulación puntaje					
¿Usted tiene algún amigo cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					
¿Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos?					

Traducción y adaptación Gabriel Smilkstein y Liliana Arias, médica familiar.

La siguiente plantilla nos sirve para condensar la evolución de las víctimas en los instrumentos de evaluación.

Gráfico 3. Evolución del proceso integral de atención



Síntesis y cierre de casos

Al finalizar el proceso de atención a víctimas de violencia sexual se debe realizar el cierre de caso o punto de corte de la experiencia. Además, se debe realizar una evaluación del proceso general y plantearse e instaurar formas de mejorar los procesos de acción interdisciplinaria y de activación de redes intersectoriales para el beneficio de los y las víctimas de violencia sexual.

La intención de este modelo es dar de alta, en este punto, a una persona con su salud recuperada, informado de sus factores de exposición, dotado de habilidades para enfrentar su medio agresor y capacitado para obtener lo mejor de su medio proveedor.

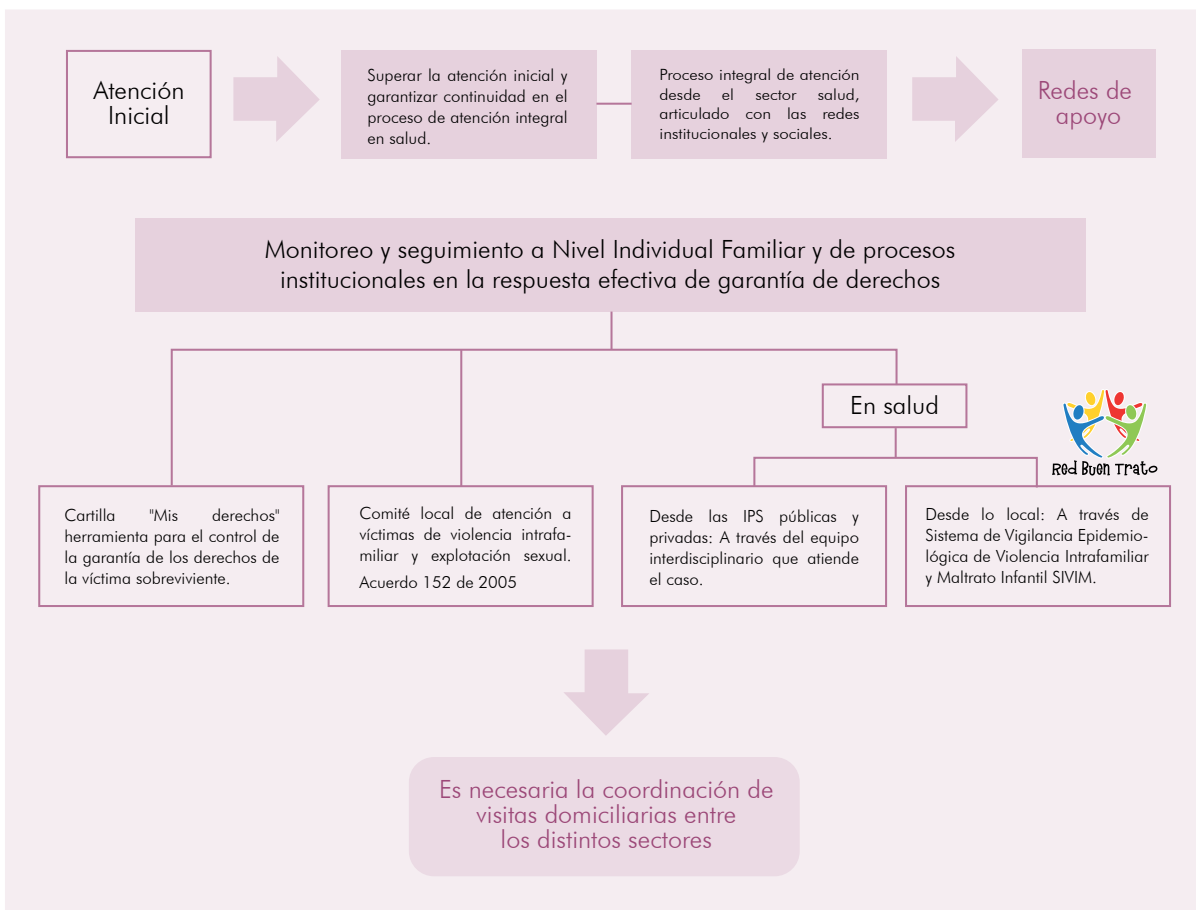
Este también es un momento apropiado para que los profesionales de la salud analicen y establezcan cuáles de sus canales de acción son mejores y más efectivos, en comparación con otros. Así mismo, es

permitido desarrollar actividades de enseñanza, de divulgación del conocimiento y de retorno del capital social invertido en cada uno de los casos.

Al concluirse el proceso terapéutico, cada disciplina debe hacer cierre y analizar, desde sus alcances y desde lo interdisciplinario, cada caso. También es momento de hacer una evaluación del proceso de atención, de los logros y dificultades, y escuchar las propuestas para mejorar el proceso de atención terapéutica.

El proceso integral de atención implica un abordaje integral, es decir, la atención a la persona en los aspectos físico, mental y social, con la articulación y trabajo requerido para cada caso, de la mano de la familia y las redes sociales e institucionales necesarias para la garantía de derechos y el logro de una calidad de vida. La atención se brindará a toda mujer u hombre en cualquier edad.

PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIOLENCIA SEXUAL



CAPÍTULO 7

Aspectos generales de la atención de la violencia sexual por parte del personal de salud, sin alterar las evidencias

El Sector Salud debe brindar una atención integral mediante acciones en bien de las personas víctimas de violencia sexual, sin alterar las pruebas necesarias para el proceso de justicia. En la atención integral a víctimas de violencia sexual todos los aspectos de la atención son igualmente importantes: salud-justicia-protección-educación.

Para la atención integral se requiere activar una cadena de acciones intersectoriales, a fin de superar la situación adecuadamente y lograr la restitución de derechos. De manera similar, se requiere la intervención interdisciplinaria en términos de salud, con atención a necesidades físicas, clínicas y de salud mental, atención a necesidades sociales en el ámbito familiar y movilización de las redes de apoyo y/o protección, ya sean de carácter próximo o extenso.

ORIENTAR LA ATENCIÓN A PARTIR DE LOS LINEAMIENTOS DE LA LEY 360 DE 1997

La víctima tiene derecho a:

- Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.
- Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible.
- Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades generadas por el delito.
- Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito, para ella y su familia, ofrecido por personal calificado.

De manera especial, en la evaluación clínica y psicosocial de la violencia sexual se debe determinar:

- 1- La ocurrencia de los hechos de violencia sexual. Es fundamental recordar cuáles hallazgos negativos al examen físico no descartan la violencia sexual. Según la *Guía del menor y la mujer maltratados*, el 80% de los casos de violencia sexual no presenta huellas físicas.
- 2- Las necesidades de protección institucional del niño o niña víctima para garantizar su Derecho a la Seguridad.
- 3- Las necesidades de tratamiento médico y de problemas emocionales.
- 4- Otras necesidades (salud mental, justicia y protección) a fin de realizar las remisiones correspondientes.

Recomendaciones para la atención en salud de niños, niñas y adolescentes en contextos no forenses

Dentro del contexto médico no forense es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones, con el fin de optimizar la atención, evitar una nueva victimización y lograr una adecuada identificación de las necesidades:

1. Elección adecuada del médico(a). Éste debe haber sido entrenado en el abordaje de víctimas de violencia sexual.
2. Tener en cuenta, además, el sexo del médico que atenderá el caso. Permitir que el o la paciente escoja si desea que sea un médico o una médica quien le valore.

3. Durante la evaluación es recomendable que el niño, niña o adolescente esté acompañado de un adulto(a) de su confianza. Sin embargo, es importante anotar que algunos familiares adultos pueden estar comprometidos con la violencia sexual; si existe esta sospecha, el acompañante puede ser un(a) agente de salud.
4. Antes de realizar el examen, debe tomarse el tiempo necesario para explicar al niño, niña o adolescente sobre el procedimiento a realizar. Recordar que el estado emocional del niño, niña o adolescente puede evitar que él o ella colabore con la realización del examen. Es importante tener siempre presente que los niños, niñas o adolescentes pueden estar emocionalmente alterados (enfermos, asustados, ansiosos) y pueden sentirse solos en su dolor o abandonados.
5. La labor del profesional -médico(a), pediatra, psicólogo(a), trabajador(a) social, enfermero(a)- se encaminará a generar una relación de confianza y empatía con el o la paciente, entendiendo dicha relación como una participación afectiva y, por lo común, emotiva, de un sujeto hacia otro en una realidad ajena.
6. Realizar previamente una preparación del niño, niña o adolescente, por parte de un profesional de salud mental, condición que evitará, además, que el médico(a) realice nuevamente preguntas sobre los hechos de violencia, disminuyendo así la contaminación de la información y la duplicación de entrevistas.
7. El médico(a) debe informar al niño, niña o adolescente sobre lo que está haciendo y el objetivo de los exámenes o procedimientos. El examen genital debe ser parte de un examen físico general.
8. Informar al o la paciente y a sus acompañantes acerca de sus Derechos en Salud, Protección y Justicia; y animarla a presentar la denuncia ante las autoridades, si aún no se ha realizado.
9. La persona responsable de la referencia interinstitucional también deberá informar al o la paciente sobre sus derechos, y deberá responsabilizarse de la remisión al Sector Justicia o de la comunicación con las autoridades para la toma de la respectiva denuncia.
10. Debe realizarse un reporte escrito lo más completo posible, con recomendaciones de manejo y seguimiento médico y psicológico. En este sentido, en términos de protección,

el concepto del médico(a) es crucial. La información recopilada en la historia clínica, los hallazgos físicos, las pruebas de laboratorio, deben ser de carácter integral, y deben incluir información precisa y útil dentro de la investigación del caso.

Papel del profesional de salud en la valoración médica de la violencia sexual

La primera pregunta que debe formularse el médico o la médica en la atención de la víctima de violencia sexual es: ¿qué papel puedo cumplir en este caso? Es fundamental que el profesional interiorice, dentro de su quehacer, la premisa de practicar el examen físico y, simultáneamente, brindar al niño o niña una sensación de bienestar. Para ello, es importante comprender la condición psíquica del niño o niña.

El personal de salud, durante el proceso de atención integral a los sobrevivientes de violencia sexual, se plantea muchos interrogantes acerca del cómo asumir el programa de intervención, la denuncia, la atención médica, la atención forense, la toma de muestras. Sin embargo, antes que ser expertos en la toma de muestras -muy importantes en el proceso investigativo-, es la empatía inicial la que se convierte en un paso importantísimo para evitar la revictimización y determina la mayor colaboración de la persona sobreviviente.

Al respecto, vale la pena recordar que en la violencia sexual hay una crisis personal, en la cual la víctima debe lidiar con el impacto y el significado del evento para sí misma. Constituye, además, una crisis social en la cual las personas allegadas a la víctima son también afectadas por el evento; son alteradas las relaciones entre la víctima y su pareja, por ejemplo; y en el caso de los niños, niñas y adolescentes, se suelen alterar las relaciones con sus padres, madres y compañeros o compañeras. En cuanto a la valoración médica, en ausencia de una valoración previa por profesionales de las áreas de psiquiatría, psicología o trabajo social, se deben contemplar aspectos básicos de preparación del niño, niña o adolescente para el examen físico.

Se insiste en la importancia de que la víctima de cualquier edad tenga acceso a profesionales de salud mental⁶⁰ en el servicio de urgencias; pero si, por diversos factores, estos profesionales no están disponibles, el equipo de salud que realice la intervención dentro del servicio de urgencias, antes de proceder al examen, debe tener en cuenta las

60 Ver Protocolo de Atención en Salud Mental.

siguientes recomendaciones:

- Saludo inicial: póngase de pie, preséntese con su nombre claro y ofrezca su mano. Parece algo sencillo, pero poco habitual en los profesionales de la salud.
- Asegúrese de conocer bien el nombre del o la paciente y diríjase a él o ella por su nombre. No utilice palabras o frases con diminutivos, por ejemplo: muñeca linda, mamita, mi amor.
- Aléjese del computador o de cualquier elemento que pueda interrumpir su atención -celular, teléfono, etc.- del relato de la víctima.
- Ubique la silla del paciente en forma diagonal a la suya; si la silla se puede graduar déjela a la misma altura (se trata de eliminar cualquier situación de poder).
- Asegúrese de que nadie lo interrumpa durante el examen.
- Realice actividades conducentes a disminuir la ansiedad. Tenga en cuenta el trauma que significa la violencia sexual y que, en esta medida, el examen físico puede ser vivenciado por el niño o niña, especialmente, como una experiencia invasiva.
- Tenga a mano materiales como papel, colores, plastilina u otros elementos de juego, que contribuyan a que el niño o niña esté lo más tranquilo(a) posible.
- Indague sobre los temas de interés del niño o niña: caricaturas, cantantes, juegos predilectos.
- Informe al niño o niña sobre los exámenes, toma de muestras o procedimientos a realizar y sobre la posibilidad de que algunas prendas queden como evidencia.
- Realice examen físico completo: signos vitales, reflejos, y no solo examen genital.
- El examen genital debe realizarse tan rápido como sea posible y preguntando al niño o niña por algo diferente, tratando de desviar el foco de atención sobre el examen (cicatrices en otra parte del cuerpo, por ejemplo).

Al final del examen debe orientarse a los padres, madres, adulto(a)s o tutores en torno a:

- ¿Existe lesión?: si la hay, debe explicarse usando términos sencillos (raspadura más que desgarradura, por ejemplo). Si no hay lesión física, debe explicarse que no se descarta la violencia sexual, por lo cual es necesaria la valoración desde salud mental.

- Implicaciones a futuro: explorar temores de daño físico y/o emocional y ofrecer recomendaciones de tratamiento y de remisión a instituciones de protección.
- Señalar la importancia de la denuncia ante la justicia para prevenir futuras agresiones y proteger los Derechos del Niño o Niña.

Puesto que la vida en su dimensión emocional, física, social y sexual se ve alterada, es importante focalizar la intervención durante la fase inicial, en los siguientes aspectos:

1. Naturaleza de la violencia sexual como vulneración de derechos.
2. Relación de la víctima con el agresor.
3. Situación médica.
4. Medicación para profilaxis de embarazo forzado y prevención de ITS/VIH/Sida.
5. Implicaciones legales de la violencia sexual.
6. Respuesta de la víctima y movilización de red de apoyo.
7. Integridad física y valoración de riesgos.

El objetivo inmediato de la intervención o consejería inicial es devolver a la víctima a su nivel previo de funcionamiento; por esto, la disponibilidad de atención en crisis debe ser tan rápida como se pueda. En la consejería se debe tener en cuenta:

1. Intervención en crisis individual: orientada a aliviar y reparar los efectos de la violencia sexual, disminuyendo consecuencias psicológicas a largo plazo.
2. Identificación de necesidades emocionales de la víctima.
3. Intervención en crisis al grupo familiar.

Los principales aspectos a evaluar desde el comienzo de la intervención incluyen la valoración de adaptación previa y los mecanismos de enfrentamiento.

También es de tener en cuenta que las víctimas pueden proyectar su rabia hacia quienes la intentan ayudar -personal médico, por ejemplo-, lo cual puede generar una reacción en el personal de salud que impida la atención.

Así, luego de ser reportado el delito sexual, la víctima debe someterse a diversas intervenciones médicas y legales. Dicha persona ha vivido una experiencia en la cual su integridad se vio amenazada y, en consecuencia, sus necesidades inmediatas se relacionan con sentirse físicamente segura para recuperar el control de su vida y, de esta manera, poder resolver la crisis.

Estas razones reclaman, entonces, la presencia de una persona empática que ofrezca apoyo a la víctima y le transmita una sensación de seguridad. Además, debe tener capacidad para ayudar a la víctima a lidiar con su crisis. La respuesta de quien entra en contacto con la víctima no puede ser, por ningún motivo, de sospecha, desconfianza o desaprobación de su conducta, ya que esto puede aumentar su sentimiento de culpa.

La víctima debe contar con el espacio para hablar y expresar sus sentimientos si así lo desea, y en este espacio necesita sentirse respaldada. También necesita ser informada sobre los procedimientos legales a seguir. Tenga presente que esta es una oportunidad para contribuir con su empoderamiento.

Recuerde que este relato sólo puede ser espontáneo: si no se está haciendo un informe pericial, el personal de salud no debe preguntar por los hechos en detalle; de lo contrario, se alteran las evidencias y se victimiza aún más a la persona.

Posterior al evento suelen ocurrir alteraciones en el funcionamiento psicosocial. Así, muchas víctimas pueden sentir la necesidad de mudarse, sentir temor de salir, presentar alteraciones del sueño, fobias y miedos frente al acto sexual.

De manera similar, una situación de pánico puede generarse por un evento con alguna persona parecida al agresor. Si existen problemas psicológicos previos al trauma, estos pueden exacerbarse o empeorar con posterioridad al trauma. La víctima puede sentir el temor de que la revelación -contar lo sucedido a sus allegados- pueda alterar las relaciones con sus personas más cercanas.

Por esta razón, debe evaluarse la presencia de depresión, conducta suicida, uso de sustancias psicoactivas, psicosis, síntomas somáticos o conversivos y trastorno de estrés postraumático.

Por otro lado, para la pareja o familia de la víctima, la situación de violencia sexual puede generar sentimientos de culpa y desesperanza; por lo cual, es importante ofrecer también apoyo al entorno familiar más cercano de la víctima.

Si bien muchas personas pueden desertar del tratamiento luego de la fase inicial, es recomendable realizar un seguimiento a largo plazo, ya que un número sustancial de víctimas continuarán presentando síntomas luego del periodo inicial.

CAPÍTULO 8

Consentimiento informado y secreto profesional

Consentimiento informado

Es fundamental tener en cuenta que la víctima, independientemente de su edad, sexo, orientación sexual, raza o etnia y clase social, ha sido vulnerada en sus derechos; por lo cual, el equipo interdisciplinario de salud debe propender por la restitución de los mismos en cada intervención que realice; incluidos, por ejemplo, el consentimiento informado, el respeto de la privacidad y la garantía de la confidencialidad. En este sentido, el Estado, en cabeza de cada uno de sus agentes, tiene la responsabilidad inexcusable de actuar oportunamente para garantizar la realización, protección y el restablecimiento de los Derechos de los Niños, las Niñas y los Adolescentes.⁶¹

Más allá de ser un documento que se diligencia y firma, el consentimiento informado es un proceso que, en caso de sospecha de violencia sexual, debe efectuarse en un tiempo breve por tratarse de una urgencia. De ahí la importancia de la pericia del profesional del equipo interdisciplinario de salud para generar confianza en la víctima y así facilitar el proceso de atención integral, incluyendo el suministro de la información requerida por las entidades encargadas de impartir justicia.

En la Sentencia C-355 del 2006, por la cual la Corte Constitucional despenaliza el aborto en condiciones especiales, se lee: “El derecho a la salud tiene una esfera en la que se conecta estrechamente con la autonomía personal y el libre desarrollo de la personalidad, en lo que hace relación a la potestad de tomar decisiones sobre la propia salud. Así, la Corte Constitucional ha entendido que toda persona tiene autonomía para tomar decisiones relativas a su salud, y por lo tanto prevalece el consentimiento informado del paciente sobre las

consideraciones del médico tratante o el interés de la sociedad y el Estado en preservar la salud de las personas. Desde esta perspectiva, todo tratamiento, intervención o procedimiento médico debe hacerse con el consentimiento del paciente, salvo en casos excepcionales”.

En la misma sentencia se afirma que: (...) “Se tiene entonces que la jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del Derecho al Libre Desarrollo de la Personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, descarta que criterios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento libremente formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo (...)”.

A quién informar

El titular de la historia clínica es la posible víctima, por tal motivo, ella es la destinataria principal de la información obtenida por el equipo interdisciplinario de salud y es quien debe autorizar a quién se le informa sobre su proceso cuando se trate de terceras personas.

Al respecto, se sugiere tener en cuenta el grado de madurez psicológica de la posible víctima, pues la *teoría del menor maduro*,⁶² avalada en España, establece que, según el nivel de madurez observado, se reconoce la existencia de determinados derechos y la posibilidad de que las personas menores de 18 años sean capaces de tomar decisiones y evaluar sus consecuencias y, así, puedan decidir en temas relativos a su salud.

61 Artículo 11, Ley 1098 de 2006, Código de Infancia y Adolescencia.

62 La “Teoría del menor maduro” se basa en que los Derechos de la Personalidad y otros Derechos Civiles pueden ser ejercidos por el individuo desde el momento en que éste es capaz de disfrutarlos, lo que frecuentemente sucede mucho antes de los 18 años.

Así mismo, a los padres o acudientes de la víctima se les debe solicitar la autorización para realizar entrevistas y demás intervenciones del equipo de salud, excepto cuando estos sean posibles agresores; de ser así, deberá informarse del caso al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para garantizar la protección de la presunta víctima.

Qué informar

La verdad puede ser dicha de muchas maneras, lo importante es no mentir. Las víctimas de violencia sexual, que son ciudadanos y ciudadanas, tienen el derecho a recibir información veraz, objetiva, imparcial y suficiente sobre los procedimientos de atención -entre ellos: la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), si aplica; la atención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la profilaxis y pruebas diagnósticas para VIH-. Además, tienen derecho a recibir información sobre los riesgos, las consecuencias y los efectos de los procesos de salud, jurídicos y de seguridad que se desencadenan con el posible delito de violencia sexual.

Quién informa

El personal de salud tiene el deber de dar aviso de la posible violencia sexual a la Policía Judicial, a través de la línea telefónica 123 en Bogotá, para que adelante el trámite pertinente según la normatividad vigente; este procedimiento debe informársele a la posible víctima y a su grupo familiar.

Cómo informar

Es importante lograr empatía con la víctima para poder recibir la mayor cantidad de información posible, con el fin de diligenciar la historia clínica de manera completa y oportuna. Una vez se sospecha sobre la ocurrencia de un evento de violencia sexual, se debe conservar la evidencia física o los elementos materia de prueba; en este caso, ropa de la presunta víctima, muestras de secreciones, entre otros. Para ello, el profesional ha de solicitar autorización a la posible víctima y explicarle los procedimientos a seguir, antes de proceder al examen físico y a la recolección de muestras para el laboratorio. Esta intervención podrá realizarse en presencia de los padres o acudientes, si el caso lo requiere.

La prudencia es la regla de oro. Se recuerda la importancia de guardar el secreto profesional por parte de todos los integrantes del equipo de salud que han tenido contacto con la víctima o con su historia clínica.

Secreto profesional: revisión normativa

La Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, al referirse en su artículo 2 al juramento médico, destaca que el profesional promete solemnemente “guardar y respetar los secretos a él confiados”. Se entiende por secreto profesional médico, en el artículo 37⁶³ de la citada ley, aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que, por razón del ejercicio de su profesión, haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales.

Por otro lado, el artículo 38 de la citada ley considera que, “teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer”:

- a) “Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne o convenga”.
- b) “A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento; salvo en el caso de que el paciente, estando en condiciones de tomar por sí mismo la decisión de autorizar el levantamiento del secreto profesional médico a sus familiares, se oponga a ello”.
- c) “A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces; sin perjuicio del Derecho del Menor, de acuerdo con su grado de madurez y del “impacto del tratamiento” sobre su autonomía, actual y futura, para decidir sobre la práctica de un determinado tratamiento y sobre la reserva de ciertos datos de su intimidad”.
- d) “A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley; salvo cuando se trate de informaciones que el paciente ha confiado al profesional y cuya declaración pueda implicar autoincriminación, y siempre que en los informes sanitarios o epidemiológicos no se individualice al paciente”.
- e) “A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia, bajo el entendido de que la situación a la que se alude objetivamente corresponde a un peligro

63 Se incluyen exequibilidades de la Sentencia de la Corte C-264-96 del 13 de junio de 1996.

cierto e inminente, y siempre que no exista un medio idóneo distinto para conjurarlo”.

El artículo 39 de la misma ley establece que “el médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional”.

Sin embargo, el artículo 418 de la Ley 599 de 2000, por la cual se expide el Código Penal, hace relación a la revelación de secreto: “El servidor público que indebidamente dé a conocer documento o noticia que deba mantener en secreto o reserva, incurrirá en multa y pérdida del empleo o cargo público. Si de la conducta resultare perjuicio, la pena será de uno (1) a tres (3) años de prisión, multa de quince (15) a sesenta (60) salarios mínimos legales mensuales vigentes, e inhabilitación para el ejercicio de derechos y funciones públicas por cinco (5) años”.

Por su parte, el artículo 419 de la misma ley, referido a la utilización de asunto sometido a secreto o reserva, señala que el servidor público que utilice en provecho propio o ajeno un descubrimiento científico u otra información o dato llegados a su conocimiento por razón de sus funciones y que deban permanecer en secreto o reserva, incurrirá en multa y pérdida del empleo o cargo público, siempre que la conducta no constituya otro delito sancionado con pena mayor”.

Finalmente, la Ley 906 de 2004, por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal, establece en su artículo 67, con relación al deber de denunciar, que “toda persona debe denunciar a la autoridad los delitos de cuya comisión tenga conocimiento y que deban investigarse de oficio”.

“El servidor público que conozca de la comisión de un delito que deba investigarse de oficio, iniciará sin tardanza la investigación si tuviere competencia para ello; en caso contrario, pondrá inmediatamente el hecho en conocimiento ante la autoridad competente”.

Adicionalmente, la mencionada ley, en su artículo 68 referido a la exoneración del deber de denunciar, dispone que “nadie está obligado a formular denuncia contra sí mismo, contra su cónyuge, compañero o compañera permanente o contra sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o civil o segundo de afinidad, ni a denunciar cuando medie el secreto profesional”.

Según lo anteriormente planteado, se presenta un dilema ético en el personal de salud, entre el deber de suministrar información del caso ante la autoridad competente, por un lado, y el secreto profesional a él confiado, por el otro; igualmente protegido por la Constitución Nacional. Este conflicto debe inclinarse hacia la decisión de informar, sobre todo cuando se trata de menores de edad, según la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, cuyo objeto es “establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado”.

Modelo de consentimiento informado para atención a posible víctima de violencia sexual^{64, 65}

Nombres y apellidos completos:

Dejo constancia de que se me ha dado información suficiente, que he comprendido adecuadamente, que decido libremente de acuerdo con mis valores, y que soy competente para tomar decisiones con relación a la atención brindada por ser víctima de posible violencia sexual.

Entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico(a).

De acuerdo a lo anterior, en este acto médico, el (la) doctor(a)

_____ en calidad de _____
_____, previo análisis de mis antecedentes
y de la historia clínica:

- Realizará el examen físico pertinente.
- Ordenará exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulté.
- Tomará evidencia física o elementos materiales probatorios.
- Enviará muestras para el Laboratorio Forense.⁶⁶
- Sin perjuicio del secreto profesional, informará a la Policía Judicial sobre mi caso.⁶⁷

Igualmente, me fue comunicado el(los) tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideran idóneos para mi caso y los riesgos previsibles de éstos, tales como: _____

Así mismo, tengo entendido que puedo, si lo decido así, no realizar los exámenes diagnósticos ordenados. En este caso, si no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico(a) tratante, ello no significa la pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

He entendido los cuidados que debo tener, estoy satisfecha(o) con la información recibida del médico(a) tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción. Además, comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice _____

Firma del paciente _____
D.I. _____

Firma del Profesional _____
D.I. _____ R.M. _____

Ciudad y fecha _____

64 En todo caso, deberá obtenerse el consentimiento escrito de la víctima o de su representante legal, cuando fuere menor o incapaz, y si estos no lo prestasen, se les explicará la importancia que tiene para la investigación y las consecuencias probables que se derivarían de la imposibilidad de practicarlos.

65 En cumplimiento de la normatividad vigente: Ley 23 de 198 y Ley 906 de 2004.

66 Toma de muestras de sangre, fluidos corporales, semen u otros análogos.

67 Artículos 67 y 68 de la Ley 906 de 2004.

CAPÍTULO 9

Anticoncepción de emergencia y profilaxis VIH

Dada la importancia de la anticoncepción de emergencia como parte de la atención integral en salud a las víctimas de violencia sexual, para la administración de la misma se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Realizar consejería respecto a la anticoncepción de emergencia, sus beneficios y posibles efectos secundarios, tales como náuseas, vómito, mareo o alteración transitoria del ciclo menstrual, y advertir que la anticoncepción de emergencia no protege contra infecciones de transmisión sexual. Recordarle a la mujer que si requiere anticoncepción deberá usar un método en forma continua.
- Administrarse lo más pronto posible, preferiblemente en las primeras 12 horas o antes de las primeras 72 horas después de sucedidos los hechos (el esquema de sólo levonorgestrel ha mostrado alguna eficacia incluso hasta el quinto día). Entre más pronto se use, mayor eficacia tendrá.
- Frente al consentimiento de la víctima de violencia sexual, prima la situación de urgencia, pues cualquier minuto perdido disminuye la efectividad de la anticoncepción.
- La toma de la prueba de embarazo para fines legales **no debe retrasar la administración de la anticoncepción de emergencia.**

Reconociendo el amplio espectro de la violencia sexual, se administrará anticoncepción de emergencia cuando: haya penetración, haya derramamiento de semen en vulva, exista contacto con genitales, se desconozca lo que pasó o simplemente la paciente así lo solicite.

Teniendo en cuenta que todos los métodos anticonceptivos tienen un margen determinado de falla, se recomienda administrar anticoncepción de

emergencia independientemente del método que la mujer esté utilizando.

Esquemas de anticoncepción de emergencia

A. De elección: levonorgestrel tabletas por 750 mcg; tomar las 2 tabletas al mismo tiempo (dosis total 1500 mcg). *La Norma de atención a la mujer maltratada y la Norma de Planificación Familiar*, de la Resolución 412 de 2000, no incluían este esquema pues no existía esta presentación de levonorgestrel en el mercado para esa época. Sin embargo, en la actualidad, este esquema es recomendado mundialmente en anticoncepción de emergencia, por tener una efectividad superior y menores efectos secundarios que el método de Yuzpe (anovulatorios orales combinados). En el caso de no tener esta presentación disponible, se pueden usar píldoras de sólo levonorgestrel (minipíldora), que contienen 30 mcg; por ende, se deben ingerir 50 píldoras, lo que hace poco conveniente esta opción. En síntesis, debe procurarse tener la presentación comercial de 750 mcg.

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

B. Como alternativa, aunque con menor efectividad y mayores efectos secundarios que el **método de elección**, se administra el método Yuzpe: dentro de las primeras 72 horas luego de transcurridos los hechos, se administra etinilestradiol 100 mcg + 500 mcg de levonorgestrel cada 12 horas en 2 dosis. Lo anterior se logra con dos tabletas de 250 mcg

de levonorgestrel y 50 mcg de etinilestradiol cada una. También se pueden utilizar anticonceptivos hormonales de menores dosis -30 a 35 mcg de etinilestradiol- y administrar 4 tabletas iniciales y 4 tabletas siguientes, a las 12 horas de la primera dosis.

C. Otras opciones son:

- Etinilestradiol 100mcg + norgestrel 1000 mcg cada 12 horas (dos dosis).
- Etinilestradiol 100mcg + noretindrona 2000 mcg cada 12 horas (dos dosis).

Se puede administrar antiemético una hora antes de cada dosis, y en caso de vómito antes de 3 horas; se debe repetir la ingesta de la dosis completa del esquema de anticoncepción de emergencia.

El uso del dispositivo intrauterino bioactivo (DIU) con cobre, como anticoncepción de emergencia, tiene alta efectividad hasta el quinto día luego de transcurridos los hechos. Sin embargo, según los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud, en casos de violencia sexual, este método es ubicado en la categoría de elegibilidad No. 3; es decir, como una alternativa donde resulta mayor el riesgo que el beneficio; por lo cual, sólo se utiliza cuando no hay otra opción disponible. En estos casos, debe retirarse el DIU en la siguiente menstruación y brindar consejería para que la mujer, si así lo desea, utilice otro método temporal.

En casos en que se sospeche el embarazo o en que la mujer esté embarazada, el DIU se ubica en la categoría de elegibilidad No. 4; en consecuencia, no debe usarse pues el riesgo es muy alto.

CAPÍTULO 10

Profilaxis para VIH/Sida en casos de violencia sexual

Las publicaciones sobre violencia sexual en Colombia son escasas y se restringen a su identificación como un problema de salud pública y, por tanto, al diseño de políticas públicas relacionadas. Entre 1996 y 2003, solo se realizaron 61 publicaciones que se refieren a esta problemática. En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005 se anota que el 17,5% de hombres y mujeres entre los 10 y 14 años de edad han sufrido algún tipo de violencia sexual, y un 84% de los casos de mujeres en esta situación se relaciona con el conflicto armado interno y representa 17.068 AVISA perdidos.

En Colombia, el Consejo Nacional del Sistema de Seguridad Social, mediante el Acuerdo 245 de 2003, identificó que 0,5% del gasto en salud del país y el 1% del gasto en seguridad social en salud corresponden a personas que conviven con el VIH/Sida, motivo por el cual, en conjunto con el Ministerio de la Protección Social, entidades internacionales (PARS, OPS), ACIN y Fedesalud, fue adaptada la *Guía colombiana para el manejo del VIH/Sida*, basada en la evidencia a 2006, con el fin de mejorar la atención integral de los pacientes y hacer uso racional de los medicamentos.

Según la OMS, para 2006, en Colombia se calcula que hay 160.000 personas que conviven con el VIH, de las cuales 45.000 son mujeres mayores de 15 años; se calcula también que la tasa de prevalencia en adultos entre los 15 y los 49 años es de 0,6% y que 44% de hombres y mujeres reciben tratamiento antirretroviral.

La principal vía de transmisión del VIH es la sexual, por lo que el CDC, en 2001, celebró el Segundo Encuentro sobre Profilaxis No Ocupacional con Riesgo de Adquirir el VIH, y entre los riesgos no ocupacionales la violencia sexual es un factor que se debe considerar.

La relación del VIH con la violencia sexual se ha demostrado a través de estudios observacionales y reportes de casos realizados a nivel mundial, con resultados acumulados que demuestran que la profilaxis antirretroviral iniciada lo más pronto posible después de la exposición y mantenida por 28 días reduce el riesgo de adquirir VIH.

A pesar de recomendar el inicio de profilaxis para VIH en personas víctimas de violencia sexual, en un estudio en 68 personas víctimas de violencia sexual, 26 de ellas (43%) suspendieron los antirretrovirales porque se presentaron reacciones adversas; igualmente, se documentó que en una de las víctimas de violencia sexual y en 21 de quienes sufrieron accidentes ocupacionales, la profilaxis falló. Aunque la identificación de resistencia del VIH a los antirretrovirales es muy baja, la recomendación de expertos es que a las personas que se reconviertan, a pesar de haber recibido la profilaxis, se les debe realizar genotipificación del VIH.

Recomendaciones para el manejo de la profilaxis postexposición

Las siguientes recomendaciones tienen como objetivo servir como referente para la toma de decisiones de los médicos y médicas que evalúan por primera vez a una persona víctima de violencia sexual con riesgo de infección por VIH/Sida, en cuanto a la realización de profilaxis postexposición no ocupacional al VIH (nPEP, por su sigla en inglés Non Occupational Prophylaxis Postexposure).

Los y las profesionales de la salud que tengan contacto con la persona víctima de violencia sexual deben evaluar el grado de conocimiento y de comprensión que ésta tenga sobre la transmisión sexual del VIH y, de acuerdo a las circunstancias particulares de cada persona, adoptar la consejería respectiva.

Dicha consejería puede encaminarse a informar a la víctima de violencia sexual y a la persona responsable legal -en el caso de ser menor de 18 años- acerca de los Derechos de las Víctimas, las cifras sobre la prevalencia local del VIH y los factores que pueden influir en su transmisión.

La relación con la víctima debe posibilitar la identificación de los factores de transmisión del VIH a los que estuvo expuesta. Entre ellos, se debe indagar por los siguientes: si se generó trauma físico o genital durante el abuso; el número de veces que la víctima fue expuesta a la violencia sexual; si hay antecedentes de otras infecciones de transmisión sexual; si el abusador tiene antecedentes de uso de sustancias psicoactivas; si se conoce que es portador del VIH/Sida o de otras infecciones de transmisión sexual.

Si después de brindarle la información sobre VIH/Sida, a través de la consejería, la persona decide tomar la profilaxis postexposición, el médico(a) debe recordar que el número de medicamentos a ofrecer depende de la clasificación que se haga del evento. De esta forma, se podrá brindar una combinación de medicamentos antirretrovirales durante 28 días. La recomendación de ofrecer siempre los medicamentos, con el fin de prevenir la transmisión del VIH en esta clase de actos, está basada en los lineamientos de tratamiento que sugirió el CDC (Centro de Control de Enfermedades de Atlanta), en el año 2005.

Conducta a seguir

Los médicos(as) de los servicios de urgencias de la red asistencial tendrán la responsabilidad de indicar la profilaxis postexposición por violencia sexual, y de registrar la información sobre el número y caracterización de los casos presentados, custodiando la confidencialidad y la privacidad de las víctimas.

Inicialmente se deben evaluar las características de la agresión y los factores involucrados en el riesgo de transmisión descritos anteriormente, y decidir si es conveniente o no la indicación del tratamiento antirretroviral.

La decisión de indicar el tratamiento antirretroviral como profilaxis debe ser tomada entre el profesional de la salud y la víctima de violencia sexual y/o su representante legal -de forma individualizada y conjunta-, en casos en los cuales la víctima es menor de edad o la persona es mentalmente minusválida.

El inicio de la medicación se debe hacer lo más pronto posible, dentro de las primeras 6 horas transcurridas después de la ocurrencia de los hechos y, en todo caso, antes de transcurridas 72 horas. Adicionalmente, se debe realizar cuadro hemático, BUN y creatinina, antes del inicio de la profilaxis.

En las tablas 1 y 2, respectivamente, se describen las variables que permiten valorar el riesgo de infección por VIH y el plan de acción a seguir según la valoración del riesgo.

Tabla 1. Valoración del riesgo de infección por VIH posterior a la relación sexual involuntaria

	Exposición de mediano riesgo	Exposición de alto riesgo	Exposición de bajo riesgo
Riesgo de transmisión	0.8%- 3%	0.05%- 0.8%	0.01%- 0.05%
Características de la agresión	Recepción anal con eyaculación	Recepción vaginal con eyaculación	Sexo oral sin eyaculación
		Recepción vaginal sin eyaculación	
		Recepción anal sin eyaculación	
		Sexo oral receptivo o activo con eyaculación	

Tabla 2. Plan de acción según la valoración del riesgo

Plan de acción	Exposición de alto y mediano riesgo	Exposición de bajo riesgo
Remitir para consejería con equipo interdisciplinario	X	
Ofrecer examen de VIH basal al(la) consultante	X	Ningún tratamiento farmacológico
Recomendar profilaxis medicamentosa	X	
Proporcionar fármacos	X	
Indicaciones de seguimiento	X	

El personal de salud debe considerar, entre otros aspectos, que la probabilidad de adquirir VIH a partir de un evento de violencia sexual depende de varios factores: a) del tipo de violencia sexual (vaginal, oral, anal), y b) de los siguientes factores a considerar:

- Trauma vaginal o anal (incluyendo sangrado).
- Sitio del cuerpo sobre el cual ocurre la eyaculación.

- Presencia de infecciones de transmisión sexual.
- Presencia de lesiones genitales, ya sea en la víctima o en el agresor.
- Uso de drogas intravenosas por parte del agresor.
- Frecuencia de hechos de violencia sexual.
- Múltiples agresores.
- Uso de métodos anticonceptivos de barrera.
- Si el agresor es VIH positivo.
- Si el agresor es VIH positivo y no está en tratamiento antirretroviral o no hay respuesta al mismo, la carga viral eyaculada puede ser alta.
- Alta prevalencia de VIH en el área geográfica en la cual ocurre la violencia sexual o de la cual es procedente el agresor.
- Tiempo ocurrido entre la exposición al VIH y la iniciación de la profilaxis de VIH.
- El agresor es procedente de población carcelaria.

La Guía colombiana para el manejo VIH/Sida considera que se debe iniciar profilaxis postexposición cuando hay riesgo sustancial, es decir, exposición de vagina, recto, ojo, boca u otras mucosas, de piel no intacta o contacto percutáneo con sangre, semen, secreciones vaginales, secreciones rectales, leche materna o cualquier otro fluido corporal que esté visiblemente contaminado con sangre, cuando se sabe que la fuente es VIH positiva.

En todo caso de violencia sexual, se inicia profilaxis para el VIH en la víctima y se valora la continuidad del tratamiento, de acuerdo al reporte de VIH del agresor, si es posible obtenerlo. De no ser posible la toma del examen de VIH al agresor, se continúa la profilaxis por 28 días.

ES MUY IMPORTANTE INICIAR CON URGENCIA LA MEDICACIÓN

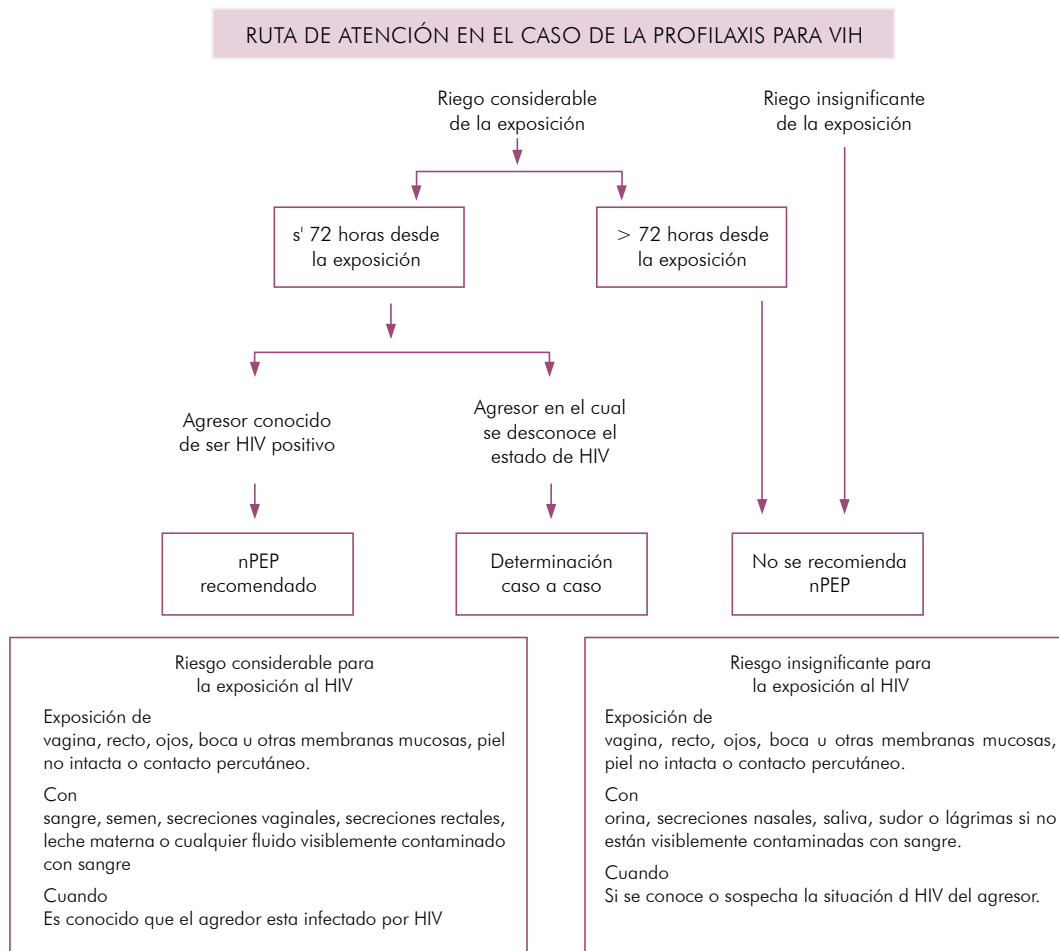
En casos en los cuales la víctima es menor de edad o la persona es mentalmente minusválida, el médico(a), ayudándose de los elementos enunciados anteriormente para la valoración del riesgo, tomará la decisión de iniciar la profilaxis postexposición al VIH, en conjunto con el representante legal de la víctima.

Es posible que luego de realizar la anamnesis y el examen clínico del Instituto Nacional de Medicina Legal cambien los criterios y, en consecuencia, se suspenda la profilaxis postexposición. Independientemente de la decisión de continuar o no la medicación, lo importante es haber iniciado la profilaxis de manera inmediata, una vez conocido el caso, y de acuerdo a los tiempos establecidos para el tratamiento.

Cuando se inicie tratamiento antirretroviral se debe hacer una segunda valoración a las 72 horas de administrada la dosis correspondiente, con el fin de evaluar los resultados de laboratorio de la víctima y del agresor, de manera que se pueda tomar la decisión de continuar o suspender los medicamentos iniciados.

Si el agresor es VIH positivo o su valoración inicial corresponde a la categoría de alto riesgo, la medicación se debe continuar por 28 días. En este caso, es necesario identificar los principales eventos adversos para tomar las medidas que se requieran (ver tabla 3).

La siguiente es la ruta de atención en el caso de profilaxis de VIH:



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 (Nº RR-2): p.8. Traducción propia.

Esquema de profilaxis con antirretrovirales

Para personas adultas con riesgo moderado o alto de infección por VIH

El siguiente esquema medicamentoso se debe proporcionar durante 28 días y se debe iniciar aún sin conocer el resultado del VIH basal:

- Zidovudina (AZT) 300 mg: 1 comprimido 2 veces al día, durante 28 días.
- Lamivudina (3TC) 150 mg: 1 comprimido 2 veces al día, durante 28 días.
- Lopinavir/ritonavir (cada cápsula contiene 133,3 mg de lopinavir y 33,3 mg de ritonavir):

3 cápsulas cada 12 horas y, en solución para adultos, 5 ml cada 12 horas, durante 28 días.

Es importante recordar que en Colombia se dispone de la presentación combinada con los dos medicamentos -AZT/3TC 300/150 mg-, lo que coincide con el número de tabletas recomendadas (2 al día) y favorece el cumplimiento de la formulación.

En niños y niñas menores de 13 años y peso menor a 45 kg

- Zidovudina 90 a 180 mg/m² : VO cada 8 horas, durante 28 días.
- Lamivudina 4mg/Kg: VO cada 12 horas, durante 28 días.

- Lopinavir/ritonavir 230/5,5 mg/m² cada 12 horas.

En niños y niñas de 6 meses a 12 años con peso de 7 a 15 Kg: 12/3 mg/kg cada 12 horas, durante 28 días.

En niños y niñas con peso de 15 a 40 kg: 10/2.5 m/kg cada 12 horas, durante 28 días.

Presentación farmacéutica: solución oral que contiene 80 mg/ml de lopinavir y 20 mg/ml de ritonavir.

Se recomienda administrar con alimentos ricos en grasa.

Fórmula para el cálculo de la superficie corporal

$$S.C. (m^2) = \frac{(\text{Pesox}^4) + 7}{\text{Peso} + 90}$$

Para niños y adultos con antecedentes de anemia de cualquier etiología, se puede reemplazar el uso de zidovudina por abacavir

Para pacientes con hemoglobina moderada o severa de base -esto significa con hemoglobinas menores de 10 g/dL-, se recomienda reemplazar la zidovudina por abacavir o por estavudina.

- Abacavir:

Adultos: tabletas 300 mg, cada 12 horas.

Niños de 3 meses a 12 años: 8 mg/KG, dos veces al día.

- Estavudina:

Adultos > 65 Kg: 40 mg cada 12 horas.

Adultos < 65 Kg: 30 mg cada 12 horas.

Tabla 3. Medicamentos antirretrovirales, dosis para adultos y efectos adversos

Medicación	Dosis	Efectos adversos	Recomendación
Inhibidores nucleósidos y nucleótidos de la transcriptasa reversa zidovudina (AZT)	200 mg cada 8 horas ó 300 mg cada 12 horas	Mielosupresión (anemia y trombocitopenia), intolerancia gastrointestinal, cefalea, insomnio, astenia y miopatía.	
Lamivudina (3TC)	150 mg cada 12 horas o 300 mg al día	Toxicidad mínima; acidosis láctica y esteatosis hepática son eventos raros, que si se presentan pueden ser fatales.	
Cuando la hemoglobina es menor de 10 g/dL se puede usar en reemplazo de la zidovudina)			
Abacavir	300 mg VO cada 12 horas ó 600 mg al día Solución de 20 mg/mL	Reacciones de hipersensibilidad que pueden ser fatales manifestados por fiebre, exantema, disnea, faringitis, tos, más frecuente durante las seis primeras semanas de tratamiento. Acidosis láctica, hepatomegalia con esteatosis.	Se puede tomar con o sin alimentos Contraindicada durante el embarazo y la lactancia
Estavudina	Cápsulas de 40 y 30 mg >65 Kg 40 mg cada 12 horas <65 Kg 30 mg cada 12 horas	Neuropatía periférica: disestesias y parestesias en manos y pies.	
Inhibidores nucleósidos y nucleótidos de la transcriptasa reversa en combinación zidovudina/lamivudina	300/150 mg cada 12 horas	Los mismos de los anotados arriba para cada uno de los medicamentos por separado	
Inhibidor de proteasa Lopinavir/ritonavir	133,3 mg / 33,3 mg 3 cápsulas dos veces al día. Solución oral 80 mg/20 mg.	Diarrea, náuseas, vómito, astenia, elevación de las transaminasas, hiperglicemia, redistribución de la grasa, anomalías de los lípidos, aumento del sangrado en personas con hemofilia y pancreatitis.	Se absorbe mejor si se toma con las comidas. Almacenar refrigerado (2 a 8°C) o al medio ambiente a menos de 25°C. Contraindicada en el embarazo y en la lactancia.

Casos especiales

En casos especiales, cuando el agresor es VIH positivo en tratamiento antirretroviral sin control de la viremia y con posible resistencia a los antirretrovirales que aquí se proponen, siempre y cuando las circunstancias geográficas y tecnológicas lo permitan, será importante conocer el concepto del médico infectólogo para dirigir la terapia antirretroviral. En todo caso, se debe ofrecer el esquema de tratamiento aquí presentado.

Seguimiento

Es necesario realizar una evaluación hematológica, con hemograma basal, a las 6 semanas y a los 3 meses de iniciada la profilaxis, para evaluar efectos secundarios del tratamiento y realizar evaluación clínica de efectos adversos.

Igualmente, cuando el agresor es VIH positivo se debe hacer seguimiento para VIH a las 6 semanas, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciada la profilaxis, con serología para VIH. Adicionalmente, se debe

recomendar a la víctima que ante síntomas de infección retroviral aguda consulte al médico para realizar la valoración correspondiente y la búsqueda de etiologías probables, incluido el VIH (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de presentación de los síntomas de la infección retroviral aguda

Síntomas	Porcentaje de presentación
Fiebre	96%
Linfadenopatía	74%
Faringitis	70%
Exantema	70%
Mialgia o artralgia	54%
Diarrea	32%
Cefalea	32%
Naúsea y vómito	27%
Hepatoesplenomegalia	14%
Pérdida de peso	13%
Síntomas neurológicos	12%

CAPÍTULO 11

Algunos aspectos de las ITS: profilaxis, tratamiento y seguimiento de ITS adquiridas

Las normas actuales del Ministerio de la Protección Social sobre infecciones del tracto genital femenino recomiendan el manejo sindromático de las mismas, en lugar del manejo etiológico, debido al difícil acceso a los métodos diagnósticos en muchos sitios del país. Por lo tanto, en esta guía se recomienda que las víctimas de violencia sexual reciban un manejo sindromático, para la atención de las posibles infecciones de transmisión sexual (ITS). En violencia sexual se aplican las consideraciones manifestadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2005, para el manejo de estos eventos.

Se recomienda que al ingreso de la víctima a la institución de salud se indague por infecciones de transmisión sexual y, de ser posible, se realice una búsqueda de este tipo de infecciones en el agresor, adicionalmente. Se recomienda realizar a la víctima un examen clínico ginecológico completo, de la siguiente manera:

1. Genitales externos: buscar lesiones, masas, úlceras o vesículas, que son características de las infecciones de transmisión sexual. Observar si hay secreciones anormales.
2. Genitales internos: cuando se pueda, se debe realizar especuloscopia para observar secreciones vaginales y/o cervicales y lesiones en estos sitios.
3. Tomar las muestras de secreción cervical y vaginal para estudios de laboratorio.

En el primer examen a la víctima, se recomienda buscar las siguientes infecciones genitales:

1. Sífilis: solicitando VDRL. Cuando el resultado es reactivo, confirmar con FTA-abs o TPHA.
2. Neisseria Gonorrhoeae: tomar muestra de endocervix, para frotis de Gram y cultivo en Agar chocolate ó Thayer Martin.
3. Chlamydia Trachomatis: tomar muestra de endocervix para prueba rápida de Chlamydia o ELISA.
4. Trichomonas vaginalis: tomar muestra de pared vaginal, para frotis en fresco.
5. Herpes virus: valoración clínica en busca de lesiones.
6. VIH/Sida: tomar muestra de sangre para prueba de tamizaje de VIH; en caso de ser positiva, verificar con la prueba confirmatoria.
7. Hepatitis B: tomar muestra de sangre para búsqueda de anticuerpos y antígenos de virus de la hepatitis B.
8. Virus de papiloma humano: valoración clínica en busca de lesiones.

Opciones de tratamiento para adultos con presuntas infecciones de transmisión sexual (OMS-2005)

CUBRIMIENTO	OPCIÓN 1 :	OPCIÓN 2:	Si la paciente es gestante, está lactando o es menor de 16 años: escoger una de cada celda. (=3 o 4 medicamentos).
Sífilis	Penicilina benzatínica (a) 2.4 millones de unidades, dosis única, inyección vía intramuscular.	Doxiciclina (c) 100 mg dos veces al día por 14 días, vía oral (solamente en caso de alergia a la penicilina).	Penicilina benzatínica (a) 2.4 millones de unidades, dosis única, inyección vía intramuscular.
Gonorrea Chancroide	Cefixime 400 mg vía oral dosis única, ó Ceftriaxona 125 mg inyección vía intramuscular.	Ciprofloxacina (d) 500 mg vía oral dosis única, ó espectinomocina 2gr inyección vía intramuscular.	Cefixime 400 mg vía oral dosis única, ó Ceftriaxona 125 mg, inyección vía intramuscular.
Chlamydia/ Linfogranuloma Venéreo	Azitromicina 1 gr vía oral, dosis única.	Doxiciclina (c) 100 mg, 2 veces al día, vía oral, por 7 días, ó Tetraciclina (c) 500 mg vía oral, 4 veces al día, por 7 días.	Azitromicina 1 gr vía oral, dosis única, ó Eritromicina 500 mg, 4 veces al día por 7 días.
Trichomoniasis	Metronidazol (b) 2 gr. vía oral, dosis única.	Tinidazol (e) 2 gr. vía oral, dosis única.	Metronidazol (b) 2 gr. vía oral, dosis única, ó 400 - 500 mg, 3 veces al día por 7 días

- a) La penicilina benzatínica puede ser omitida si el tratamiento incluye uno de los siguientes antibióticos: azitromicina 1 gr. o 14 días de doxiciclina, tetraciclina o eritromicina, pues todas son efectivas contra la sífilis en incubación.
- b) El Metronidazol podría ser evitado en el primer trimestre de la gestación. Los pacientes que toman metronidazol deben ser advertidos de evitar el consumo de alcohol.
- c) Estos antibióticos están contraindicados en la gestación y en mujeres lactando.
- d) El uso de quinolonas podría ser tomada en consideración en zonas de Neisseria Gonorrhoeae resistente.
- e) Los pacientes deben ser advertidos de evitar el consumo de alcohol.

La azitromicina no está incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS), para la prevención de enfermedades de transmisión sexual; por tanto, se propone usar antibióticos de segunda elección. Sin embargo, en el caso de usar tetraciclinas (doxiciclina) y quinolonas, existe una contraindicación relativa; por ello, se debe sopesar muy bien el rango terapéutico de riesgo/beneficio en menores de 18 años y en mujeres gestantes. En caso de tener que utilizar dichos antibióticos en estas circunstancias, se recomienda hacer firmar un consentimiento por parte de la mujer gestante o del adulto responsable del niño o niña, en el que se especifiquen claramente las posibles reacciones adversas derivadas del uso de estos medicamentos.

Opciones de tratamiento para niños y niñas con infecciones de transmisión sexual probables (OMS- 2005)

CUBRIMIENTO		NIÑOS MAYORES Y ADOLESCENTES
Sífilis	Penicilina benzatínica (a) 50.000 unidades por cada kg. de peso, en una inyección intramuscular, ó eritromicina (b) 12.5 mg por cada kg. de peso vía oral 4 veces al día por 14 días.	En mayor de 45 kg. usar el protocolo de adultos.
Gonorrea Chancroide	Cefixime 8 mg por cada kg. de peso en dosis única, ó ceftriaxona 125 mg dosis única en inyección intramuscular, ó espectinomicina 40 mg por cada kg. de peso (máximo 2 gr.) en inyección intramuscular.	En mayor de 45 kg. usar el protocolo de adultos.
Chlamydia/ Linfogranuloma Venéreo	Eritromicina 12.5 mg por cada kg. de peso, vía oral, 4 veces al día por 14 días.	En mayor de 12 años usar protocolo de adultos.
Trichomoniasis	Metronidazol (c) 5 mg por cada kg. de peso, vía oral, 3 veces al día por 7 días.	En mayor de 12 años usar protocolo de adultos.

- En caso de que el examen de sífilis sea positivo, se debe aplicar esquema terapéutico completo de penicilina benzatínica (2.4 millones de unidades, cada semana, por 3 semanas).
- Si se escoge la eritromicina para el tratamiento de sífilis, el esquema para niños y niñas quedaría con sólo 3 drogas.
- Advertirles no consumir alcohol durante el tratamiento con metronidazol.

Para la prevención de la hepatitis B se debe aplicar la vacuna respectiva, en caso de que la persona no tenga dicho esquema de vacunación(Ver anexo N° 5).⁶⁹

Seguimiento en ITS

Se debe recomendar control:

- A los 15 días: realizar control clínico, revisión de exámenes, tratamiento para ITS -si no recibió esquema profiláctico- y valoración de efectos adversos de medicamentos, como los de PEP Sida. Si los resultados de antígeno o de anticuerpo para hepatitis B efectuados el día 0 son positivos, se recomienda suspender esquema de vacunación. Si la prueba de VIH tomada el día 0 es positiva, se debe realizar valoración del paciente por el especialista en infectología, o médico con experiencia en VIH.
- A los 30 días: realizar control clínico y valoración de leucorrea, uretritis o úlceras. Vacuna de hepatitis B. Se debe hacer solicitud de la prueba de control para VIH. Se debe realizar prueba de embarazo, según cuadro clínico.

⁶⁹ La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en garantía del Derecho a la Salud y a la Vida de las personas víctimas de violencia sexual, definió el presente Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud, el cual incluye la vacunación contra hepatitis B a las víctimas susceptibles a la infección y expuestas a fluidos corporales potencialmente infectantes. La violencia sexual, por definición, es una situación de urgencia, independientemente de los plazos en que ésta se haya dado. Por tal motivo, la realización de actividades, procedimientos e intervenciones, así como la provisión de los insumos necesarios para su exitoso cumplimiento y el suministro de medicamentos a las víctimas de violencia sexual se rige por lo establecido en materia de atención de urgencias. Cabe añadir que la Ley 360 de 1197 ordenó la gratuidad en la atención a estas personas.

- A los 3 meses: prueba VIH.
- A los 6 meses: realizar control del VIH, VDRL y aplicar la 3ª dosis de la vacuna para la hepatitis B. Si no se inició el esquema de vacunación previamente, se debe solicitar la prueba de hepatitis B.

Garantizar la atención en salud mental y la atención por trabajo social que requiera el caso.

Es obligatorio el envío de copia de exámenes de laboratorios realizados a la víctima o de la historia clínica (HC) al sector judicial y al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, pues dichas pruebas de aparición de infecciones de transmisión sexual o de embarazo son muy importantes en el proceso judicial, dado que pueden agravar la sentencia que reciba el agresor. Esta información puede hacer la diferencia entre una pena excarcelable y una que no lo sea, con la consecuente protección a la persona sobreviviente de violencia sexual y otras potenciales víctimas de este agresor.

LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO - TRES CASOS ESPECÍFICOS⁷⁰

La Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, declaró la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres casos específicos, así:

- (i) Cuando el embarazo constituye peligro para la vida o la salud de la mujer;
- (ii) por malformación del feto que haga inviable su vida; en los dos casos anteriores se requiere certificación médica;
- (iii) cuando el embarazo es resultado de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o por inseminación artificial no consentidas, o incesto, se requiere la denuncia de los hechos.

A partir de la Sentencia, el Ministerio de la Protección Social reglamentó la prestación de los servicios de salud en relación a la interrupción voluntaria del embarazo, a través del Decreto 4444 de 2006, por medio del cual se definió la disponibilidad del servicio en todos los grados de complejidad requeridos por las mujeres que han optado por esta alternativa legal. De esta forma, la Secretaría Distrital

de Salud, como ente rector del Sistema Sanitario en Bogotá, deberá garantizar que en la red pública prestadora de servicios de salud exista la disponibilidad mencionada, para garantizar el acceso real y la atención oportuna a las mujeres que se encuentren en dicha situación. Ante la objeción de conciencia por parte del médico o médica, se deberá remitir a la mujer a otro especialista. Esta objeción no podrá implicar la negación de la atención por parte de las entidades prestadoras del servicio, una vez se hayan cumplido los trámites requeridos (presentación de la denuncia o la certificación médica, de acuerdo a cada uno de los casos).

Anexo N°.6. Apartes de la Sentencia C-355 de 2006, proferida por la Corte Constitucional.

Anexo N°.7. Decreto 4444 de 2006, Ministerio de la Protección Social, Presidencia de la República.

⁷⁰ Texto aportado por la Subsecretaría de Mujer, Género y Diversidad Sexual. Secretaría Distrital de Planeación. Alcaldía Mayor de Bogotá.

CAPÍTULO 12

Atención en salud mental

Esta sección expone los componentes básicos que debe contener una atención integral en salud mental dirigida a víctimas de violencia sexual, así como algunos lineamientos para la implementación de las fases de evaluación e intervención terapéutica en crisis para estas personas.

En cuanto al primer tópico,⁷¹ han sido establecidos unos componentes mínimos indispensables para la atención en salud mental, que se encuentran recogidos en el cuadro que se presenta más adelante. Estos mínimos deben ser tomados en cuenta por cualquier prestador de servicios de salud que trabaje en el área del Distrito Capital.

La violencia sexual constituye una urgencia de salud mental

Es importante recalcar que cualquier consulta por motivo de un evento de violencia sexual se constituye en una situación de urgencia en salud mental, tanto por el intenso estrés y sufrimiento emocional producido, que incluso puede ser el inicio de una disfunción sostenida en la salud mental de la persona, como por la frecuente asociación que se ha documentado entre este tipo de eventos traumáticos con la presencia de ideación y conductas suicidas.⁷²

Además, tiene la potencialidad de alterar la homeostasis psicológica de la persona agredida y de superar los mecanismos adaptativos con que ésta cuenta, como queda evidenciado a través de su búsqueda de ayuda en un servicio de salud. Por lo tanto, la intervención urgente debe involucrar, además de la evaluación, una intervención en crisis. Todo ello en concordancia con el Manual de

Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, a través de la Resolución 5261, en la cual se incluye la atención de urgencia dentro de los servicios reglamentados para la atención a víctimas de violencia sexual. Tal urgencia queda allí establecida como una atención por parte de médicos(as) y enfermeras(os), que para este fin deben encontrarse debidamente entrenados en salud mental, dentro de la cual deben prestarse todos aquellos servicios de evaluación e intervención que permitan la estabilización del paciente, inclusive su remisión a servicios de mayor complejidad cuando se requiera.

Desde la perspectiva de la urgencia en salud mental, se incluye la estabilización como todas aquellas evaluaciones e intervenciones que permitan detectar, evaluar y controlar la presencia de posibles riesgos vitales en el paciente, derivados de su condición mental, tales como los riesgos de autoagresión, heteroagresión o de quedar expuesto a revictimización. Tales riesgos pueden estar presentes tanto en los episodios agudos de violencia sexual, como en el contexto de violencia sexual crónica, por lo cual cualquier caso de violencia sexual amerita siempre ser asumido como una urgencia.

Junto con lo anterior, debe tomarse en cuenta la necesidad de planear e implementar estrategias de intervención desde el área de salud ocupacional dirigidas a los trabajadores de la salud encargados de brindar atención integral a víctimas de violencia sexual, con el fin de garantizar la preservación y cuidado de la salud mental de estos trabajadores, quienes por razón de su tarea se ven continuamente expuestos al riesgo de traumatización vicaria⁷³ y otros efectos potencialmente negativos sobre

71 En la ciudad de Bogotá, luego de un amplio trabajo de revisión de prácticas y consenso de expertos liderado por el Departamento Administrativo de Bienestar Social, han sido propuestos los mínimos que contiene el presente trabajo. Fuente: *Socialización lineamientos de la intervención en salud mental*, Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de Abuso y Explotación Sexual Infantil, documento preliminar julio del 2004.

72 Kaplan and Sadock. *Comprehensive textbook of Psychiatry*, 8th ed., 2005.

73 Nota de la editora: la **traumatización vicaria** es la transformación en el funcionar del “yo” y en la interpretación del mundo que se opera en el profesional que trabaja con víctimas de diversas formas de violencia o hechos traumáticos.

su salud, surgidos de una condición laboral que les exige ser testigos de situaciones de violencia infringidas a otras personas. Cualquier programa de intervención en salud dirigido a víctimas de violencia sexual debería explícitamente plantear componentes orientados hacia el cuidado de la salud mental de su propio recurso humano.

A continuación discutiremos algunos lineamientos para la implementación de las fases de evaluación e intervención terapéutica para la atención de crisis de las víctimas de violencia sexual, que son aquellas correspondientes al manejo de urgencia que debe ser brindado sin demora a cualquier víctima de violencia sexual cuando entre en contacto con un servicio de

FASE	DURACIÓN	FRECUENCIA	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO INTERVENCION APLICABLE	PLAN BENEFICIOS
EVALUACIÓN	Mínimo dos (2) sesiones de 45 minutos para cada área profesional.	Previa al tratamiento ambulatorio y posterior a la atención de urgencias, en el menor tiempo posible.	Psiquiatría(*) Psicología clínica(*) Trabajo social	Consulta externa por médico especialista Psicoterapia individual por psicólogo Consulta Social	POS POS PAB
	Mínimo cuatro (4) sesiones de 45 minutos con la víctima.	1 Semanal	Psiquiatra y/o Psicólogo clínico según necesidades detectadas en la evaluación(*).	Psicoterapia individual por psiquiatra o psicólogo.	POS
	Mínimo tres (3) sesiones de 90 minutos con la familia protectora.	1 Semanal	Psiquiatras y/o Psicólogo clínico y/o trabajador social según necesidades detectadas en la evaluación.	Psicoterapia de grupo familiar por psiquiatra o psicólogo. Consulta social de familia.	POS PAB
INTERVENCIÓN TERAPEUTICA- ATENCION EN CRISIS	Si al juicio del clínico la crisis persiste o se ha reactivado se reprogramaran:	1 Semanal	Psiquiatra (*) y/o Psicólogo clínico según necesidades detectadas en la evaluación.	Psicoterapia individual por psiquiatra o Psicólogo.	POS
	Mínimo cuatro (4) sesiones de 45 minutos con la víctima.	1 Semanal	Psiquiatra (*)y/o Psicólogo clínico y/o trabajador social según necesidades detectadas en la evaluación.	Psicoterapia de grupo familiar por psiquiatra o psicólogo.	POS
	Mínimo tres (3) sesiones de 90 minutos con la familia protectora.			Consulta Social Familiar.	PAB
INTERVENCIÓN TERAPEUTICA DE CONTINUACIÓN					
INTERVENCIÓN DOMICILIARIA	Mínimo tres (3) sesiones de 90 minutos	1 Mensual	Trabajador social o Psicólogo comunitario.	Seguimiento de casos	PAB
CIERRE	Mínimo una (1) sesión de 45 minutos.	Al finalizar objetivos	Psiquiatra	Consulta Externa por Médico Especialista.	POS
			Psicólogo clinico	Psicoterapia Individual por psicólogo.	POS
			Trabajador social	Consulta Social	PAB
SEGUIMIENTO	Mínimo 6 (seis) sesiones de 45 minutos.	Por cada area profesional que intervino programar 1 al mes de haber concluido el tratamiento , 1 a los 6 meses de finalizado y 1 al año.	Psiquiatra	Consulta Externa por Médico Especialista.	POS
			Psicología (clínica y comunitaria en conjunto).	Psicoterapia individual por psicólogo y seguimiento de casos.	POS/ PAB
			Trabajador social	Seguimiento de casos	PAB
INTERVENCIÓN TERAPEUTICA EN GRUPO CERRADO	De 12 - 15 sesiones una vez concluida la intervención individual en crisis o de continuación si fue requerida.	Semanales	Psiquiatras y/o Psicólogos	Psicoterapia de grupo por psiquiatra o psicólogo.	POS
GRUPO ABIERTO DE APOYO Y AUTOGESTIÓN	Según consenso de grupo	Según consenso de grupo	Psiquiatras y/o Psicólogos y/o trabajadores sociales.	Grupos Formados e informados. Fortalecimiento redes locales/ Fomento a la participación comunitaria en salud	PAB

Fuente adaptado a partir de "Alcaldía Mayor de Bogotá D.C Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de Abuso y Explotación Sexual, Lineamientos para la Atención Terapéutica a Víctimas de Violencia Sexual, Comité Técnico para el Aboraje Terapéutico Documento Preliminar. Junio 2004." (18).

(*) En caso de detectarse síntomas psicóticos o riesgo activo de auto o hetero agresión en la superviviente o hacia ella y previo concepto por el médico especialista en psiquiatría, podrá recurrirse a otras medidas terapéuticas de mayor complejidad, según necesidades detectadas, tales como la atención integral en salud mental en hospitales de día o la hospitalización en Unidad de Salud Mental, actividades incluidas en el POS.

salud, independientemente del tiempo transcurrido entre la agresión y la consulta.

Actualizando el planteamiento anterior, a la luz de la normatividad vigente a la fecha en el Distrito Capital, los lineamientos para la atención terapéutica presentados en el cuadro anterior deben desarrollarse tomando en consideración la estructura básica planteada y adoptando las siguientes características para cada uno de los tipos de sesiones previstas:

- Las sesiones de evaluación inicial incluyen valoraciones por profesional de psiquiatría o psicología clínica, en sesiones de 1 hora (2 sesiones), y una evaluación por trabajo social, de acuerdo con las actividades previstas para este profesional dentro del POS (no como actividades PAC).
- Todas las sesiones de psicoterapia posteriores a la valoración inicial tendrán una duración de 40 minutos.

Adicionalmente, en cuanto a la extensión y características de los procedimientos para la intervención terapéutica para la atención en crisis, se tomará en cuenta lo siguiente:

- Intervención terapéutica - atención en crisis: se desarrollará mediante 8 sesiones, conducidas por psiquiatra y/o psicólogo, de acuerdo con las necesidades clínicas del paciente. Se programará una frecuencia de 2 sesiones semanales, para lograr una cobertura de 8 sesiones durante los 30 primeros días de tratamiento.
- Intervención por trabajo social en período de crisis: se desarrollará simultáneamente con la intervención terapéutica en crisis, mediante la modalidad de “terapia de familia” (cubierta por el POS para este tipo de profesional), en sesiones de 1 hora, máximo 3 sesiones en los primeros 30 días de tratamiento.

La intervención terapéutica de continuación se desarrollará tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se adelantará a través del recurso incluido en el POS como terapia grupal, conducida en una sesión semanal por psiquiatría o psicología.
- Se debe tener en cuenta que son las necesidades clínicas y objetivos terapéuticos que se persiguen con el paciente índice -en este caso la víctima de violencia sexual- los que determinan de manera exclusiva cuál es el tipo de grupo que debe ser convocado por el

terapeuta para efectuar su trabajo. Desde esta perspectiva, bajo la modalidad de “terapia grupal” pueden ser convocados, en cada caso particular: el grupo familiar, el grupo de personas significativas que brindan apoyo, el grupo constituido por la o el paciente y su pareja, u otro grupo que el terapeuta identifique como significativo.

- Además, debe considerarse que en cualquier modalidad de intervención grupal, algunas sesiones pueden ser reservadas para intervenciones individuales con alguno de los miembros del grupo intervenido que así lo requiera, incluida la propia víctima de violencia sexual.
- Mediante el esquema de sesión semanal, el psiquiatra o psicólogo planeará una intervención que se mantendrá durante de 12 sesiones, a lo largo de las cuales podrá efectuar convocatorias a diferentes grupos humanos o individuos pertenecientes a ellos, cuya intervención terapéutica resulte de utilidad para el logro de los objetivos terapéuticos trazados con el paciente índice.
- Igualmente, podrá planearse un esquema de trabajo en que participe un solo tipo de terapeuta -psiquiatra o psicólogo- durante toda la intervención, o en el cual se trabaje en equipo, bien sea mediante asistencia simultánea del psiquiatra y el psicólogo a las mismas sesiones, o bien mediante un esquema de trabajo en que estas personas se alternen en la conducción de las intervenciones; es decir, el psiquiatra en unas sesiones y el psicólogo en otras; ambos coordinados para el logro de objetivos terapéuticos unificados. No se recomienda en este momento la iniciación de una terapia con grupo de pares supervivientes de violencia sexual.
- La inclusión de terapia con grupo de pares que atraviesen por una crisis similar debe reservarse solo para la etapa final del tratamiento, una vez realizado el cierre de las intervenciones terapéuticas en crisis y de continuación, en las cuales se prepara a la o el paciente para que su inclusión en el grupo de seguimiento con pares resulte provechosa desde un punto de vista terapéutico.
- De manera simultánea a las intervenciones de continuación efectuadas por psiquiatra y/o psicólogo, y en apoyo de éstas, se programarán 5 sesiones de terapia de familia por trabajo social (1 semanal). Se continuará con 5 sesiones socioeducativas igualmente realizadas por trabajo social, con frecuencia de 1 sesión semanal máximo.

La etapa de seguimiento se inicia luego de realizar el cierre de todos los componentes descritos para las terapias de intervención en crisis y de continuación. Es en este momento que la o el paciente puede ser ingresado en una terapia de grupo mensual, en la cual comparta experiencias y aprendizajes con otros y otras supervivientes de agresiones sexuales, durante un año.

Estas son algunas consideraciones para tener en cuenta al organizar las terapias de seguimiento grupal:

- Deben organizarse grupos terapéuticos de seguimiento diferenciados por sexo, edad y tipo de agresión sexual sufrida.
- Debe procurarse la permanencia de un mismo profesional o grupo de profesionales como conductores de cada grupo terapéutico.
- Pueden programarse grupos terapéuticos abiertos o cerrados para cumplir con esta fase del tratamiento.

En cuanto a las intervenciones domiciliarias: de acuerdo con necesidades específicas planteadas por cada caso, pueden ser coordinadas en cualquier momento del tratamiento con el hospital de la localidad y el comité local de seguimiento a casos de violencia sexual.

Principios del acto psicoterapéutico

Dentro de la creatividad y co-construcción que caracteriza a cualquier acto psicoterapéutico, la intervención en crisis para una víctima de violencia sexual debe contemplar los siguientes seis principios básicos.

- **Intervención inmediata:** por definición, estas crisis son situaciones emocionalmente amenazantes, en las cuales la víctima muestra un alto riesgo de desplegar estrategias de afrontamiento “maladaptativas”, o de quedar inmovilizada emocionalmente. Por lo tanto, es necesario proporcionarle atención en salud mental de lo más pronto posible después de sucedido el evento traumático.
- **Estabilización:** favoreciendo activamente la movilización de los propios recursos de la paciente, la restauración de su sensación de seguridad y orden vital, así como activando todas aquellas fuentes de apoyo que faciliten su recuperación integral.

- **Facilitación de comprensión sobre lo ocurrido:** mediante la escucha activa de aquellos aspectos de la agresión que espontáneamente quieran ser relatados por la paciente, se hace una reelaboración de comprensiones alternativas sobre sus efectos en la paciente, que le ayuden a la víctima a percibirse más allá de ellos. Desculpabilización y promoción de la expresión de emociones en torno a lo sucedido.
- **Enfoque a la solución de problemas específicos:** identificados tanto desde la perspectiva de la superviviente como del terapeuta.
- **Restauración de la sensación de autoeficacia en la víctima:** promoviendo una visión positiva de sí misma; favoreciendo la restauración de su funcionamiento independiente y dirigiendo su atención hacia un futuro en que ya haya superado los efectos del evento traumático. Ante los síntomas y problemas específicos identificados, debe animársele a poner en práctica sus estrategias propias para afrontarlos, reforzando aquellas que ayuden efectivamente a restaurar el equilibrio normal en la vida de la superviviente.
- **Remisión a servicios de salud mental de mayor complejidad:** siempre que sea requerido de acuerdo con las condiciones detectadas en la paciente durante la evaluación inicial.

Valoración de los riesgos en salud mental

Retomando lo comentado desde una perspectiva de atención integral en salud mental, en el contacto inicial con un servicio de salud debe recabarse información suficiente para determinar y manejar tres tipos de riesgos posibles para la víctima de violencia sexual:

- La autoagresión
- La heteroagresión y
- La revictimización

La segunda consulta se empleará para continuar su exploración, junto con los demás componentes de evaluación necesarios para planear los contenidos del resto de la atención integral.

En cuanto a los riesgos de auto y heteroagresión, es importante tener en cuenta dentro de la evaluación

aquellos factores que han mostrado mayor capacidad de predicción para los mismos, a través de modelos de regresión logística especialmente ideados para su identificación. Entre tales factores debemos resaltar:

- Ideación de autolesión o presencia de lesiones autoinducidas
- Ideación heteroagresiva estructurada
- Presencia de psicosis
- Capacidad de autocuidado deteriorada
- Insuficientes redes de apoyo social disponibles
- Síntomas depresivos
- Impulsividad manifiesta

La presencia de esos hallazgos sugiere la necesidad de solicitar una valoración urgente por psiquiatría, con el fin de determinar la disposición que conviene a la paciente para continuar su manejo de la fase aguda. Igualmente, debe valorarse la necesidad de emplear medidas de tranquilización, acompañamiento y sedación farmacológica, de acuerdo con los respectivos protocolos de urgencias, de modo que se pueda garantizar la seguridad del paciente hasta tanto sea valorado por el especialista en salud mental.

En cuanto al riesgo de revictimización, en caso de que éste sea valorado como inminente o elevado, se recomienda considerar la hospitalización para prevención, mientras se consigue la intervención de los servicios sociales que reubiquen a la paciente en un lugar seguro.

Intervención en crisis en la urgencia por violencia sexual

Las siguientes recomendaciones deberán tenerse en cuenta por el personal de salud mental para brindar calidad en la atención de crisis a la víctima de violencia sexual:

Estabilización de los signos y síntomas

Para la estabilización de los signos y síntomas que han sido desencadenados por la agresión, el agente de salud mental debe responder a la siguiente pregunta: ¿qué puedo hacer ahora para frenar el incremento en los síntomas mentales exhibidos por mi paciente? Es indispensable considerar tanto estrategias psicoterapéuticas como fármaco terapéuticas.

Mitigación de los signos y síntomas ya instaurados

En relación con lo cual el interventor de salud mental debe preguntarse: ¿qué puedo hacer ahora para lograr la disminución de los signos y síntomas postraumáticos tal como se presentan en el momento de la valoración? Igualmente, es indispensable considerar tanto estrategias psicoterapéuticas como fármaco terapéuticas para conseguirlo.

Remisión y seguimiento

Hacia redes sociales, familiares e institucionales capaces de proporcionar altos niveles de cuidado y apoyo a la superviviente, en el corto, mediano y largo plazo, y según las necesidades detectadas.

Viabilidad para la atención en salud mental de las víctimas de violencia sexual

De acuerdo con el tipo de aseguramiento, tal atención puede ser prestada recurriendo a los siguientes contenidos de los diferentes planes de beneficios:

Régimen Contributivo

Se encuentran incluidos los siguientes servicios:

- Atención en crisis durante el primer mes, sin límite al número de consulta y duración de cada sesión;
- Terapia grupal por el resto de tiempo que requiera el o la víctima de violencia sexual, sin límite en el número de sesiones ni la duración de cada una. Con el beneficio que bajo esta figura puede entrar el núcleo familiar que requiera intervención en la construcción de núcleos de apoyo y protección para superar los hechos y evitar nuevos episodios de violencia sexual;
- Promoción y prevención, inclusión en redes del buen trato.

El Plan Obligatorio de Salud expresa limitaciones y exclusiones incluidas dentro del artículo 18 del MAPIPOS, que en general están representadas por todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad

Social en Salud, incluyendo los que se describen a continuación, en relación con los procedimientos de salud mental:

- Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada: no obstante NO se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, ni durante la fase inicial, entendiéndose por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los treinta días de evolución. Tampoco se excluyen las terapias grupales.
- Seguimientos y redes sociales y de apoyo en contra de la violencia sexual: si bien se excluye como componente POS, no obstante se incluye su realización a partir de recursos PAB (beneficio a la población afectada de violencia sexual, independientemente del aseguramiento, por ser recursos PAB). Específicamente, el artículo 90 de la Resolución 5261 contempla la consulta familiar por trabajo social, mediante la cual se puede dar seguimiento a estos casos, al igual que se contemplan las acciones socioeducativas a grupos, las cuales podrían asimilarse a las de fortalecimiento de redes locales y el fomento a la participación comunitaria.

Régimen subsidiado, participantes y vinculados

En su calidad de urgencia, que compromete no solo la salud sino eventualmente la vida del paciente, tanto por los daños directos sufridos por la agresión sexual como por sus efectos en lo físico y mental, es obligatoria la atención inmediata de urgencia para cualquier víctima de violencia sexual, independientemente de que pertenezca al POS subsidiado o se encuentre como participante vinculado.

En cuanto a los demás componentes de la atención integral en salud mental, la población pobre y vulnerable estará cubierta en el Distrito Capital por los Paquetes de Atención Integral en Salud Mental, en lo no cubierto por el subsidio a la demanda.

Además, estarán disponibles los mismos contenidos y componentes del PAB ya mencionados para el Régimen Contributivo. Se debe tomar en consideración que, en el Régimen Subsidiado, toda patología susceptible de ser manejada en el primer nivel de atención estará a cargo de la ARS. De esta manera, deberá quedar explícito que en la medida en que la evolución de la condición del individuo permita su manejo en el primer nivel, éste deberá ser remitido para manejo en el mismo, con cargo a la ARS.

CAPÍTULO 13

Atención Área Social - Trabajo Social

La labor del profesional de Trabajo Social es de suma importancia en el abordaje de los casos de sospecha de violencia sexual, porque se convierte en el articulador de los servicios interinstitucionales e intrainstitucionales, al desplegar procesos de atención tanto individual como familiar que garanticen una atención oportuna e integral a la víctima y su grupo familiar.

La valoración social al grupo familiar se convierte en una herramienta de diagnóstico de la dinámica socio-familiar indispensable en los procesos de atención integral a víctimas de violencia sexual. Se trasciende de una lectura individual a analizar el contexto en que interactúa la víctima, lo que posibilita reconocer desde esta primera instancia y/o contacto institucional las potencialidades, debilidades y fortalezas del grupo familiar, para implementar estrategias viables que respondan a las necesidades de prevención y atención individual y/o familiar.

El abordaje a los familiares de la víctima de violencia sexual se realizará en la modalidad de entrevista semi-estructurada -puede ser individual o grupal-, en una o varias sesiones de acuerdo al caso.

Es importante tener en cuenta los siguientes aspectos para realizar un abordaje adecuado de la víctima y su grupo familiar:

- En primera instancia, es recomendable establecer una relación empática con los familiares.
- Observar la actitud de la familia hacia la víctima, frente a los hechos, a los factores protectores y a la satisfacción adecuada de sus necesidades.
- Identificar el nivel de afectación de sus integrantes frente al hecho vivido y reacciones del entorno ante la revelación.
- Identificar factores psicosociales predispo-

nentes y de riesgo a nivel socio-familiar.

- Evaluar el estado en que se encuentran los entrevistados para dar una oportuna intervención en crisis y apoyo durante el proceso de atención. Es necesario generar un espacio donde el familiar se sienta escuchado y exteriorice sus sentimientos.
- Informar acerca de los procedimientos institucionales, deberes y derechos, ruta de atención y orientación socio-jurídica que contemple el trámite de la denuncia.
- Diligenciar el formato de “consentimiento para la atención de sobrevivientes de violencia sexual” con el familiar (de acuerdo a lo establecido por cada institución).
- Frente a los hechos, conocer el vínculo o relación entre víctima y agresor y reconocer las consecuencias o reacciones del entorno ante la revelación del abuso, para tomar medidas de protección.
- Realizar cierre de las entrevistas agradeciendo la apertura de su historia familiar.
- Reconocer la colaboración, posibilitando la continuidad en el proceso.

El o la trabajador(a) social cumple un rol organizador y orientador de todas las actividades concernientes al abordaje integral de los casos. Las funciones que debe desarrollar son las siguientes:

Elaborar la historia social con la siguiente información:

- Registro de los datos de identificación de la víctima y del grupo familiar (vivienda, educación y trabajo).
- Composición del grupo familiar.
- Datos socio-demográficos y económicos.
- Dinámica familiar: indagar sobre roles, relaciones, vínculos familiares -si es posible de otros contextos sociales-, comunicación,

mitos, creencias, circunstancias socioeconómicas, etc. Para identificar las dificultades en el funcionamiento familiar que propicia la situación de vulnerabilidad y de agresión sexual y los factores resilientes. Esta información puede ser ilustrada a través del genograma y ecomapa.

- Abordar algunos aspectos de la historia de vida de la víctima y de la familia. Identificar antecedentes de abuso sexual, crisis, conflictos, origen y tipo de dificultades personales y/o familiares no resueltos y alternativas de solución implementadas, potencial de cambio, etc.
- Identificar factores protectores y de riesgo presentes en el grupo familiar que posibilitan la violencia intrafamiliar o que se convierten en obstáculo en el proceso de recuperación.
- Reconocer la red de apoyo familiar, social e institucional; igualmente las necesidades de salud, protección y justicia.
- Formular el diagnóstico social de acuerdo a la información obtenida y al análisis de la situación según los parámetros establecidos por la OMS.

Intervención:

Formular un plan de acción de acuerdo a las necesidades identificadas tanto en la víctima como en su familia, realizando un análisis con el equipo interdisciplinario para establecer las siguientes acciones:

- Otras atenciones médicas especializadas, tratamiento en salud mental (psicología y /o psiquiatría) o las requeridas.

- Establecer estrategias de protección y prevención intra o extrainstitucionales.
- Direccionar los trámites legales pertinentes para la denuncia y/o realizar seguimiento mediante la contrarreferencia con la entidad remitente, siguiendo la ruta de atención. Si es necesario se debe realizar el acompañamiento para el trámite correspondiente.
- Coordinar actividades de remisión institucional e interinstitucional.
- Establecer un plan de seguimiento conjuntamente con el grupo familiar, para generar compromisos y garantizar la intervención clínica.
- Realizar visitas domiciliarias en los casos e instituciones requeridas, con el fin de realizar seguimiento al grupo familiar, determinar necesidades e implementar acciones que orienten los procesos requeridos.
- Garantizar el reporte de los casos al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría Distrital de Salud, a través del SIVIM -Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual-.
- Realizar procesos de capacitación y actualización permanentes.
- Atender las solicitudes de las instancias legales para el manejo o seguimiento de los casos.
- Asistir a las reuniones de la Red de Buen Trato local, con el fin de actualizarse en las políticas y manejo de los pacientes.

CAPÍTULO 14

Participación del o la profesional de enfermería en la detección y atención a víctimas de violencia sexual

Este es un trabajo que indiscutiblemente amerita un abordaje en equipo, donde cada área hace su aporte, en aras de un objetivo común: “la persona víctima”.

Cuando las personas acuden a una institución de salud buscando ayuda, para consultar la problemática de violencia sexual, con una de las primeras personas que tienen contacto es con el personal de enfermería. Es importante desde ese momento brindar una atención de calidad, donde prime el respeto y el interés por la persona que solicita dicho servicio.

En la mayoría de facultades de enfermería se imparten los conocimientos básicos de la temática, así como los elementos que facilitan una adecuada comunicación, al igual que la relación de ayuda y la intervención en crisis, sobre todo en lo que hace referencia a los primeros auxilios emocionales.

Enfermería cumple un papel importantísimo en la detección de casos porque dirige los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; además, el o la profesional de enfermería es con frecuencia quien coordina los servicios, por lo cual es indispensable su conocimiento del tema y gestión para lograr resultados óptimos en el proceso de abordaje integral en salud a las víctimas de violencia sexual.

Con este bagaje de conocimiento, se espera que la asesoría brindada tenga elementos de calidez, para que la persona se sienta escuchada, no se sienta juzgada ni revictimizada, y por el contrario sea reivindicada al reconocérsele el valor de buscar ayuda y hacer la denuncia respectiva, así como continuar con la ruta de atención integral a las

víctimas de violencia sexual, y así las entidades competentes brinden los elementos necesarios para el restablecimiento de derechos de la víctima.

Por otro lado, fuera del área institucional, está el trabajo a nivel comunitario, que se lleva a cabo a través de la realización de charlas, conferencias y talleres, donde por medio de metodologías participativas y deliberativas se facilita explicitar el problema y buscar opciones para disminuir y erradicar este flagelo, fortaleciendo así acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, particularmente de la violencia sexual.

El o la profesional de enfermería, como miembro del equipo de salud, es quien lidera las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es responsable, ante cualquier sospecha o diagnóstico de violencia sexual, de vigilar para que se cumpla con el *Protocolo para el abordaje integral desde el Sector Salud a la violencia sexual*.

La atención inicial a una víctima de violencia sexual puede ser dada por un profesional de enfermería, preferiblemente con experiencia en estos casos; si por la complejidad de la institución se puede interconsultar con el o la profesional de psiquiatría o psicología, se debe pedir este apoyo inmediatamente.

La atención inicial con el o la profesional de enfermería es vital para que la víctima gane la seguridad y confianza en sí misma, confianza que debe restituirse con el fin de que continúe un tratamiento completo con el grupo interdisciplinario.

También es importante en esta consulta la toma de

muestras o de evidencia física útiles para el posterior proceso judicial. En esta consulta se debe escuchar a la familia, al cuidador o a la persona que acompaña en caso que sea menor. Igualmente, se debe dejar que la persona se exprese con amplitud, si lo desea, sobre lo sucedido, se debe ofrecer mucha confianza y respeto por lo que dice y por cada situación planteada.

El enfermero o enfermera deben seguir los parámetros para el examen físico, la toma de muestras, ayudas diagnósticas y tratamiento según lo establecido en la *Guía de atención del menor maltratado* (Resolución 412 de 2000)⁷⁴ y lo establecido en el presente Protocolo, y lo que él o ella considere necesario.

Se debe remitir a la víctima para que continúe el tratamiento con el grupo de atención interdisciplinario en violencia sexual que la EPS, subsidiada o contributiva, y la IPS, privada o pública, tengan como referencia en su red de prestación de servicios.

El o la profesional de enfermería debe apoyar los procesos de capacitación de todo el personal administrativo, logístico y científico, con el fin de ofrecer una atención que brinde confianza, respeto y compromiso con las víctimas, evitando en todo momento la revictimización y la vulneración de sus derechos.

Es esencial y además una responsabilidad del o la profesional de enfermería, describir en términos operativos, de acciones y tiempos de espera, cada una de las actividades de los distintos profesionales. Esto implica asumir el proceso como tratantes, a partir del concepto que la víctima y la familia tengan del evento de violencia. Debe existir un responsable general del tratamiento de la víctima (referente o facilitador), éste presentará el caso en las reuniones conjuntas de seguimiento y será quien se responsabiliza ante la familia y la víctima de comunicarles en qué va el tratamiento y llenar las preguntas generales y expectativas que se tengan.

Cumplir con la función de abogacía, orientando a la víctima y/o a la familia para que presenten la denuncia ante la autoridad competente; para esto se debe contar con un directorio de las instituciones:

Comisaría de Familia, ICBF, Policía, Personería, Defensoría o Fiscalía de su localidad o municipio, que facilite esta diligencia. Esta actividad debe ser coordinada con el o la profesional de Trabajo Social y en general con el equipo interdisciplinario; puesto que hay IPS que cuentan con el equipo interdisciplinario completo pero hay otras que sólo cuentan con profesional de medicina y enfermería, en estos casos esta abogacía debe ser asumida por enfermería, así como la notificación al SIVIM (Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar, Violencia Sexual y Maltrato Infantil) de la Secretaría de Salud de Bogotá.

Así mismo, se debe crear en cada institución un mecanismo de seguimiento, que puede ser en un libro a tres columnas que permita dar cuenta del cumplimiento, la eficacia de la intervención y evitar que se repita el problema.

También es responsabilidad del o la profesional de enfermería solicitar y mantener abastecida la papelería necesaria para remisiones, solicitud de exámenes de laboratorio correspondientes, formularios de solicitud de medicamentos, informes y demás elementos que garanticen la adecuada atención integral a las víctimas de violencia.

El o la profesional de enfermería debe capacitarse en esta temática, así como encargarse de dar educación continuada en servicio a los funcionarios y funcionarias, tanto de la institución como de "Salud a su CASA", en acciones que les permitan la detección en la consulta o en las visitas domiciliarias de casos de violencia, para poderlos reportar y brindar atención oportuna. La visita domiciliar es un mecanismo eficaz para dar orientación acorde con las condiciones de vida de la familia, partiendo de su cotidianidad.

Finalmente, es importante mencionar que enfermería cumple un papel primordial en la detección y atención integral a víctimas de violencia sexual, al ser los y las profesionales que están encargados y encargadas de la organización y funcionamiento coordinado de los servicios, realizando efectiva la atención necesaria, además de ser el personal con mayor tiempo de contacto con los pacientes y en quienes muchas veces se deposita mayor confianza.

74 República de Colombia, Ministerio de Salud, Dirección de Salud Pública, *Normas Técnicas y Guías de Atención*, tomo I.

ANEXO N° 1

Soporte normativo y cuadro de competencias para la garantía del Derecho a la Salud, pos y no pos atención en violencia sexual

SOPORTE NORMATIVO

- Constitución Nacional 1991 – Derechos Fundamentales
- Ley 100 de 1993 – Gratuidad y obligatoriedad de la atención inicial de la urgencia (AIU) en todo el país
- Resolución 5261/94 – MAPIPOS – Urgencia y AIU
- Decreto 783 de 2000 – Precisa definición AIU
- Acta 228 de 2002 – Medicamentos en el POS
- Resolución 2948 de 2003 – Medicamentos en la urgencia. Decreto 2933 de 2006 – Comités TC
- Acta 306 de 2005 – Define POS-S, incluye AIU
- Circular 0010 MPS – Atención de urgencias
- Circular 063 MPS – Cobertura de pruebas diagnósticas, VIH
- Sentencia C-355 de 2006; Decreto 4444 de 2006; Resolución 4905 de 2006; Acta 350 de 2007 – IVE
- Circular 009 de 2007 SDS – Atención a posibles VVS
- Resolución 769 de 2008 – Anticoncepción (Emergencia – POS y POS-S); Acta 380 de 2007
- L.1146 de 2007: Consejo Nacional para la Prevención y Atención de Niños y Niñas Víctimas de Violencia Sexual
- L.1098 de 2006: Ley de Infancia y Adolescencia

EL EVENTO: UNA URGENCIA

Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS)

Artículo 9o. Urgencia

- Alteración integridad física, funcional y/o psíquica
- Cualquier causa
- Diversos grados de severidad
- Se compromete la vida o funcionalidad de la persona
- Requiere protección inmediata de SS
- Para conservar vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras

Artículo 10. Atención de urgencias

- Proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia
- Incluye recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros
- Quien presta servicios de consulta de urgencias, está obligado a atender urgencias en fase inicial
- Sin convenio o autorización del asegurador
- Aún a no afiliados
- No condicionado a territorialidad, trámites administrativos, remisión, cuotas moderadoras
- El asegurador paga al prestador a tarifas pactadas o a SOAT

Parágrafo (Modificación al artículo 10., Resolución 2816 de 1998)

- Prestador fuera de red informa atención en urgencias en primeras 24 horas hábiles siguientes al ingreso o según lo pactado
- Garantía de infraestructura necesaria para el reporte oportuno del prestador

SOPORTE NORMATIVO

ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

Decreto 783 de 2000

- AIU:
 - a) Actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para estabilizar signos vitales
 - b) Realizar diagnóstico de impresión
 - c) Definir destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud

C. Ext. MPS 010 de 2006

- Instrucciones de atención oportuna a población, especialmente cuando está en peligro la vida
- Obligatoriedad de triage por personal idóneo
- No exigencia de contrato o autorización previa para AIU, en consecuencia: prestador a prestar y asegurador a pagar
- No pago previo o copago para AIU
- No periodos mínimos de cotización en AIU, "en consecuencia, el acceso a servicios tales como la internación en Unidad de Cuidados Intensivos o la realización de procedimientos quirúrgicos que se requieran de manera

inmediata para estabilizar un paciente en estado crítico, deben ser considerados como parte de la atención inicial de urgencias y, por tanto, no están sujetos a periodos mínimos de cotización y sus costos deberán ser reconocidos por la respectiva EPS o ARS".

Acuerdo 228 de 2002, artículo 8°

- En garantía del Derecho a la Vida y a la Salud, permite formular medicamentos NO POS, previa aprobación del Comité Técnico Científico: si precio de compra de medicamentos NO POS es menor o igual al de medicamentos que lo reemplazan o su similar –con cargo al asegurador. Si excede, la diferencia la cubre el FOSYGA.

Resolución 2948 de 2003

- Comité de Farmacia y Terapéutica – Provisión de medicamentos en la urgencia en vida en riesgo

Resolución 2933 de 2006 – Comité Técnico-Científico

- Reglamenta Comités Técnico-Científicos
- Establece procedimiento de recobro ante Fosyga por suministro de medicamentos NO POS y de fallos de tutela
- Artículo 8°. Excepciones. En urgencia manifiesta, riesgo de muerte, el médico tratante decide el medicamento a utilizar

Criterios para definir cobertura

- Perspectiva de derechos
- Condición de urgencia del evento
- Grupos poblacionales del POS-S en lo ambulatorio
- Condición de afiliación

ANEXO N° 2

*Formato SIVIM. Vigilancia epidemiológica
de la violencia intrafamiliar, maltrato
infantil y violencia sexual*

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR-MALTRATO INFANTIL Y DELITOS SEXUALES
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

I. IDENTIFICACIÓN DEL AFECTADO

INSTITUCIÓN Código _____ Nombre _____

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
FECHA DE LA ATENCIÓN INICIAL			FECHA NOTIFICACIÓN			FECHA DIGITACIÓN		

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

DOCUMENTO IDENTIDAD _____ Tipo Documento

CC	CE	PA	TI	RC	UN	MS	AS	CN
----	----	----	----	----	----	----	----	----

SEXO

M	F
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 FECHA DE NACIMIENTO

DIA	MES	AÑO

 OCUPIACION _____ (Consultar Código)

ESCOLARIDAD (Ecoja una opción) 1 NO APLICA 2 NINGUNO 3 PREESCOLAR 4 PRIMARIA INCOMPLETA 5 PRIMARIA COMPLETA 6 SECUNDARIA INCOMPLETA 7 SECUNDARIA COMPLETA 8 TÉCNICO POST-SECUNDARIA 9 UNIVERSIDAD INCOMPLETA 10 UNIVERSIDAD COMPLETA 11 POSTGRADO ESTADO CIVIL 1 UNION LIBRE 2 CASADO(A) 3 VIUDO(A) 4 SEPERADO(A) 5 SOLTERO(A)	GRUPO POBLACIONAL 1 SITUACION DE DESPLAZAMIENTO 2 CONDICION DE DESPLAZAMIENTO 3 MENOR ABANDONADO 4 REINSERTADO 5 HABITANTE DE LA CALLE 6 NINGUNO ETNIA 1 INDIGENA 2 AFROCOLOMBIANO 3 ROMIGITANO 4 NINGUNO	TIPO DE USUARIO 1 CONTRIBUTIVO 2 SUBSIDIADO 3 VINCULADO 4 PARTICULAR 5 OTRO 6 MEDICINA PREPAGADA 7 REGIMEN ESPECIAL 8 SIN DATO ENTIDAD ADMINISTRADORA (Consultar Código)	TIPO DE AFILIADO C COTIZANTE B BENEFICIARIO A ADICIONAL F CABEZA DE FAMILIA O OTRO MIEMBRO S ASEGURADO NIVEL DE SISBEN 1 NIVEL I 2 NIVEL II 3 NIVEL III 4 NIVEL IV N NO APLICA ATENCIÓN POR: 1 CONSULTA DIRECTA 2 CONSULTA INDIRECTA 3 REMISIÓN 4 BÚSQUEDA
--	--	--	--

DIRECCIÓN: _____ **TELEFONO:** _____

BARRIO: _____ **ZONA:** Urbana Rural

CONFORMACIÓN FAMILIAR (Personas con quien (es) vive) **SITUACIONES ESPECIALES**

<input type="checkbox"/> 1 SOLA	<input type="checkbox"/> 3 MADRE	<input type="checkbox"/> 5 MADRASTRA	<input type="checkbox"/> 7 PAREJA	<input type="checkbox"/> 9 ABUELOS (AS)	<input type="checkbox"/> MUJER GESTANTE
<input type="checkbox"/> 2 PADRE	<input type="checkbox"/> 4 PADRASTRO	<input type="checkbox"/> 6 HERMANOS (AS)	<input type="checkbox"/> 8 HIJOS (AS)	<input type="checkbox"/> 10 OTROS	

II. SITUACIÓN DE VIOLENCIA

LUGAR OCURRENCIA	FISICA		EMOCIONAL		SEXUAL		ECONOMICA		NEGLIGENCIA		ABANDONO	
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
¿OCURRIÓ ANTES?												
Primer Agresor	SEXO	EDAD	SEXO	EDAD	SEXO	EDAD	SEXO	EDAD	SEXO	EDAD	SEXO	EDAD
	M F		M F		M F		M F		M F		M F	
Segundo Agresor	RELACION	DROGAS	RELACION	DROGAS	RELACION	DROGAS	RELACION	DROGAS	RELACION	DROGAS	RELACION	DROGAS
	S N		S N		S N		S N		S N		S N	

CODIGOS

LUGAR DE OCURRENCIA		RELACION		
1 Hogar	4 Sitio de trabajo	1 Padre	5 Hermano (a)	9 Otro Familiar
2 Vía pública	5 Sitio de estudio	2 Madre	6 Pareja	10 Conocido
3 Establecimiento público	6 Otro	3 Padraastro	7 Hijo(a)	11 Desconocido
		4 Madrastra	8 Abuelo(a)	

III. ATENCIÓN Y MANEJO INICIAL

SEGUIMIENTO DEL CASO

¿En donde se detectó el caso?

- CONSULTA EXTERNA
- URGENCIAS
- LINEA 106
- ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO
- REPORTE COMUNITARIO
- OTRO

Valoración del riesgo vital

- ALTO
- MEDIO
- BAJO
- NINGUNO

Tipo de caso

- PRIORITARIO
- DE CONTROL

Fecha Inicio seguimiento

DIA	MES	AÑO

¿Se programó visita domiciliaria?

SI NO

¿Se realizó visita domiciliaria?

SI NO

¿Se realizó remisión inicial?

SI NO

Donde

- CENTRO ZONAL ICBF
- COMISARIA DE FAMILIA
- UNIDAD DE DELITOS SEXUALES
- CURN
- MEDICINA LEGAL
- PAQUETE SALUD MENTAL E.S.E.
- OTRA INSTITUCION DE SALUD
- OTRO

Actividad de seguimiento

- SEGUIMIENTO TELEFONICO
- VISITA DOMICILIARIA
- MONITOREO A LA ENTIDAD (ES) PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL

Caso cerrado en

- CUMPLIMIENTO EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
- INICIO DE JUDICIALIZACIÓN
- ATENCIÓN INTEGRAL EN CURSO
- CUMPLIMIENTO EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD E INICIO DE JUDICIALIZACIÓN
- ATENCIÓN INTEGRAL EN CURSO E INICIO DE JUDICIALIZACIÓN

Fecha de cierre del caso

DIA	MES	AÑO

Debe ser actualizado mensualmente

EN EL MOMENTO DE LA ATENCIÓN PRESENTA:

1 HEMATOMAS O MORETONES	
2 DOLORS CORPORALES	
3 FRACTURAS	
4 TRISTEZA O LLANTO	
5 ANGUSTIA O NERVIOSISMO	
6 PROBLEMAS PARA DORMIR	
7 OTROS	

MANEJO EN LA INSTITUCIÓN

1 ATENCIÓN MEDICA	
2 ASESORIA PSICOLÓGICA	
3 ASESORIA LEGAL	
4 PROTECCIÓN	
5 ORIENTACION	
6 REMISIÓN	
7 OTRA	

OBSERVACIONES _____

Nota: este formato de captura debe reposar en los archivos de las Empresas Sociales del Estado y pueden ser exigidos por las autoridades competentes en los casos pertinentes.

ANEXO N° 3

Directorio red intersectorial de servicios

Red pública de Empresas Sociales del Estado, Bogotá

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	FAX	TELÉFONO
Hospital Usaquén I Nivel E.S.E.	Carrera 7 119 – 00		6570050 6207794
Hospital Chapinero I Nivel E.S.E.	Calle 76 21 – 10 Piso 2		2353650 Ext. 119
Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E.	Diagonal 34 5 – 43		2882550
Hospital San Cristóbal I Nivel E.S.E.	Carrera 3 Este 16 – 73 Sur		2398411
Hospital Usme I Nivel E.S.E.	Transversal 2 A 135 – 78 Sur		7660666 Ext. 104 – 106
Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E.	Avenida Caracas 51- 21 Sur		2040344
Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E.	Carrera 78 A Bis 69 B – 70 Sur		7802064
Hospital del Sur I Nivel E.S.E.	Calle 35 A 75B – 17 Sur	4530715	4543358
Hospital Fontibón I Nivel E.S.E.	Carrera 104 20 C - 21		5425232 4184447
Hospital Engativá II Nivel E.S.E.	Carrera 100 79 – 82	2913300	2913300 Ext. 1217
Hospital Suba I Nivel E.S.E.	Avenida Ciudad de Cali 152 – 00		6621111 Ext. 1367
Hospital Rafael Uribe I Nivel E.S.E.	Carrera 13 26 A – 34 Sur		2095002
Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.	Calle 64 Sur 27 – 32		7180466
Hospital Nazareth I Nivel E.S.E.	Carrera 40 22 A – 70		4163490 3697458
Hospital de Meissen II Nivel E.S.E.	Calle 60 G Sur 18 A Bis – 09		7656873 5687738
Hospital de Bosa II Nivel E.S.E.	Calle 63D Sur 85 - 90		2781960
Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E.	Avenida 1 de Mayo 75 A - 19		4545851 4480700
Hospital La Victoria III Nivel E.S.E.	Diagonal 39 Sur 3 - 20 Este		3675766 2065750
Hospital San Blas II Nivel E.S.E.	Carrera 3 A Este 16 - 72 Sur		2891100 2894248
Hospital Santa Clara III Nivel E.S.E.	Carrera 15 1 - 59 Sur		2454850 2338235
Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.	Carrera 7 165 - 00		6718796 6732600
Hospital El Tunal III Nivel E.S.E.	Calle 48B Sur 21 - 98		7676186 7603000

Directorio de Epidemiología ESE, Bogotá

HOSPITAL	Nº	LOCALIDAD	TELÉFONOS
Usaquén	1	USAQUÉN	6197184
Chapinero	2 12 13	CHAPINERO BARRIOS UNIDOS TEUSAQUILLO	6170237 - 6349297/98
Centro Oriente	3 14 17	SANTA FE MARTIRES CANDELARIA	3684457 - 3682251 - 3685449 3688441 - 2882550
San Cristóbal	4	SAN CRISTOBAL	3613342 - 2079419 - 2091480
Usme	5	USME	7627010 - 5762666 7610082 / 3073
Tunjuelito	6	TUNJUELITO	7141963 - 2797132
Bosa Pablo VI	7	BOSA	5787988 - 5787977
Sur	8 16	KENNEDY PUENTE ARANDA	2615829 - 2904158
Fontibón	9	FONTIBÓN	5425232 - 5432073
Engativá	10	ENGATIVÁ	2521305 - 4823884
Suba	11	SUBA	6860196 - 6836992

Recuerde:

Puede recibir asesoría y apoyo llamando a la Línea 106, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Allí le informarán sobre la Red de Buen Trato de su localidad.

En caso de quejas o reclamos, comuníquese a la línea 018000 919551 o al conmutador 364 90 90, ext. 9759 – 9806 de la Secretaría Distrital de Salud.

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Directorio Consejos Locales para la Atención Integral a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar, Violencia y Explotación sexual

CÓDIGO LOCALIDAD	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACION SOCIAL	TELÉFONOS	FAX	DIRECCIÓN
01	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL USAQUEN	6781969 6724183 6718137 6702277	6709098 6708863	Calle 165 No. 14-72, Servitá
02	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL CHAPINERO	2494833-2496246-2494794- 2493212	2494678	Calle 50A 13-58
03	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL SANTA FE CANDELARIA	2897449-2892448-2465631- 2330716-328	2897323	Cra. 2 No. 3-00, Lourdes
04	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL SAN CRISTOBAL	2065168/ 2065287 3674990/91	3671313	Diag. 37 Sur, Cra. 2E, La Victoria
05	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL USME SUMAPAZ	2006448-7640385- 7685863/65	2001392	Calle 91 sur No 3C 34 este
06	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL TUNJUELITO	2702827 7410171/74 2308943	7411011	Diag. 47A No. 53-92, Venecia
07	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL BOSA	7753064 7802711 7767538	7802755	Calle 73 Sur No. 81B-10 Bosa Laureles
08	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL KENNEDY	4542712/14	4527786/96	Calle 38 Sur No 107 C -29 Bellavista Patio Bonito
09	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL FONTIBÓN	4185564-2672417-4159214- 2672806 - 4184119/1947 -2672424-4181948 - 4210976	2672843 2672806	Cra. 104B No. 34-35, Giralda
10	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL ENGATIVA	2524855 - 4371077 -4361832	4361832	Calle 70 No. 78-07 Santa Helenita
11	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL SUBA	6815452/4660 - 6635482 - 6835951-6921232 - 6857436- 6835171	6857436 6921684	CRA. 91 No. 143-15
12	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL BARRIOS UNIDOS	2509877-2509966-3113299- 2400945	2252607	Cra. 47 69B-31 Modelo
13	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL TEUSAQUILLO			
14	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL MÁRTIRES	2448978 - 2681821-2697350- 3685688-2684400	3684511 3689499	Cra. 23 No. 22A-72, Samper Mendoza
15	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL PTE. ARANDA ANT.NARIÑO	2774582 - 2774740-3513260	2475448	Cra. 31A No. 4-06, Comuneros Norte
18	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL RAFAEL URIBE URIBE	3663805 - 3665335 - 3728810	2090454	Cra. 15 31G-40 sur Gustavo Restrepo
19	SUBDIRECCIÓN LOCAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL CIUDAD BOLIVAR	7180841 - 7172740/43/45 -7180842- 7184073 - 7153840 7175864 ADTVA	7180841	Calle 70 Sur No. 34-05, Arborizadora Alta

Subdirecciones locales SDIS

Para ponerse en contacto con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, llamar al conmutador (1) 406 9944, donde se le comunica con el CESP (Calle 12 No. 30-35) en la ext. 1909, o con el CAIVDS, en la ext.1904; o al teléfono (1) 232 2105 (Diagonal 34 No. 5 – 18) en Bogotá.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, ICBF. Teléfonos (1) 660 5520 - (1) 660 5530 - (1) 660 5540 ó 01 8000 918080.

COMISARÍAS DE FAMILIA, SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL. Teléfonos: (1) 679 0056 - (1) 364 4920 - (1) 775 0339 – (1) 291 6670 en Bogotá. Horario de atención: todos los días de la semana, 24 horas al día.

La Política Pública para las Mujeres de Bogotá cuenta con Casas de Igualdad de Oportunidades para la Equidad de Géneros, teléfono: (1) 286 8182.

JUSTICIA

Para la denuncia, se debe realizar comunicación con las siguientes instituciones, en Bogotá:

Centro Especializado de Atención a los Adolescentes - CESP, Calle 12 No. 30-35. Teléfono (1) 370 3578. Horario de atención: 6:00 a.m. a 10:00 p.m. de domingo a domingo.

Centro de Atención Integral a Víctimas de Delitos Sexuales – CAIVDS, Diagonal 34 No. 5-18. Teléfonos (1) 288 0557 - (1) 285 1279.

Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a.m. a 12:00 m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m.

Unidades de Reacción Inmediata (URI) de la Fiscalía o simplemente llamar al teléfono 123. Horario de atención: todos los días de la semana, durante las 24 horas.

ANEXO N° 4

Genograma familiar

Sobre el genograma familiar se ha escrito mucho y hay muchos textos y documentos que hablan de él. Para la muestra está el documento encontrado en la página web http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_8.htm, de donde se ha extraído la siguiente información.

Definición y aspectos generales

El GENOGRAMA es una representación gráfica de una constelación familiar multi-generacional (por lo menos tres generaciones), que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida “gestalt” de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

El genograma es una herramienta que permite recoger y registrar información como historia familiar, aspectos demográficos, composición y relaciones intrafamiliares a lo largo de tres generaciones; por lo tanto, de manera visual facilita la identificación de la estructura familiar, roles, funciones, alianzas, coaliciones y foco de problemas o conflictos no resueltos, entre otros.

Al hacer un genograma, tenga presente:

- Objetivo claro: quiénes deberían ir (ej.: vínculos sanguíneos con una o dos personas clave) y quiénes no.
- Esté preparado para recibir mucha información.
- Esté preparado para recibir información parcial.

Por lo general, el genograma se construye durante la primera sesión y luego se lo revisa a medida que se obtiene más información. El genograma ayuda al terapeuta y a la familia a ver un “cuadro mayor”,

tanto desde el punto de vista histórico como del actual: es decir, que la información sobre una familia que aparece en el genograma puede interpretarse en forma horizontal a través del contexto familiar y vertical a través de las generaciones.

El genograma incluye por lo menos a tres generaciones de familiares, así como también sucesos nodales y críticos en la historia de la familia, en particular los relacionados con el “ciclo vital”.

Aunque los teóricos de la terapia familiar estructural y estratégica (Minuchin, Haley, etc.) no utilizaron genogramas en sus enfoques, prefiriendo concentrarse en las relaciones emocionales de la familia inmediata; sin embargo, están interesados en las estructuras jerárquicas, en especial en las coaliciones donde se cruzan los límites generacionales.

Las familias se repiten a sí mismas. Lo que sucede en una generación a menudo se repetirá en la siguiente, es decir, las mismas cuestiones tienden a aparecer de generación en generación, a pesar de que la conducta pueda tomar una variedad de formas. Bowen lo denomina transmisión multigeneracional de pautas familiares.

La hipótesis es que “las pautas vinculares en generaciones previas pueden suministrar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación”. En el genograma buscamos estas pautas que continúan o se alternan de una generación a la otra.

Carter considera que el “flujo de ansiedad” en un sistema familiar se da tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. El flujo “vertical deriva de pautas de funcionamiento que se transmiten históricamente de una generación a otra, en especial a través del proceso del triángulo emocional. El flujo de ansiedad “horizontal” surge de las tensiones actuales que pesan sobre la familia a medida que

avanza a través del tiempo, soportando los cambios inevitables, las desgracias y las transiciones en el ciclo de vida familiar. Con la tensión suficiente en este eje horizontal, cualquier familia experimentará disfunción. Además, las tensiones en el eje vertical pueden crear nuevos problemas de modo tal que hasta una pequeña tensión horizontal puede tener serias repercusiones en el sistema. Por ejemplo, si una mujer tiene muchas cuestiones sin resolver con su propio padre (ansiedad vertical), le puede resultar difícil tratar las dificultades normales en la relación de pareja con su propio esposo (ansiedad horizontal). El genograma ayuda al terapeuta a rastrear el flujo de ansiedad a través de las generaciones y del contexto familiar actual.

Elaboración del genograma

Elaborar un genograma supone tres niveles:

1. Trazado de la estructura familiar: símbolos para describir la estructura y los miembros de la familia.
2. Registro de la información sobre la familia: registro de los datos más significativos.
3. Descripción de las relaciones familiares: símbolos para describir las pautas de interacción familiar.

A continuación se desarrollan estos niveles:

Trazado de la estructura familiar

Símbolos para describir la estructura y los miembros de la familia.

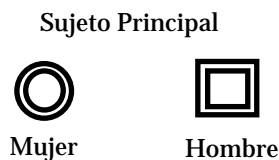
La base del genograma es la descripción gráfica de cómo diferentes miembros de una familia están biológica y legalmente ligados entre sí, de una generación a otra. Este trazado es la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones.

A continuación detallaremos los respectivos símbolos que se utilizan para la construcción de los genogramas.

a) Cada miembro está representado por un cuadro o un círculo, según sea varón o mujer.



b) El “paciente identificado” viene representado con doble línea en el cuadrado o círculo, es la persona clave (o paciente identificado) alrededor de quien se construye el genograma.

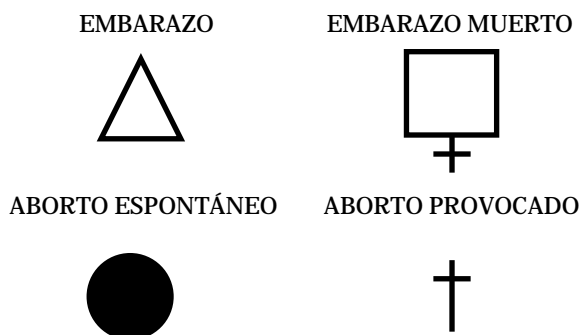


c) Para una persona fallecida se coloca una “X” dentro del cuadrado o círculo, usualmente indicando la edad al fallecer. Las figuras en el pasado distante (más allá de tres generaciones), no se marcan ya que están presumiblemente muertas.

Las fechas de nacimiento y muerte se indican a la izquierda y la derecha sobre la figura. La edad se escribe dentro de la figura.

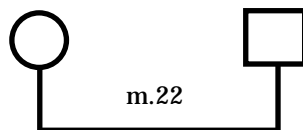


d) Los embarazos, abortos y partos de un feto muerto se indican por los siguientes símbolos.

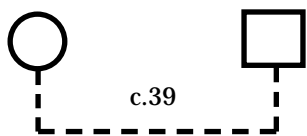


e) Las relaciones biológicas y legales entre los miembros de las familias se representan por líneas que conectan a dichos miembros. Por ejemplo:

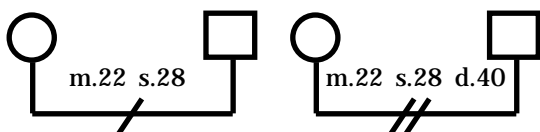
Uniones conyugales: las dos personas se unen por medio de una línea continua. Una letra “M” seguida por una fecha indica cuando la pareja se casó.



f) Si una pareja vive junta pero no están casados, se utiliza una línea de puntos.

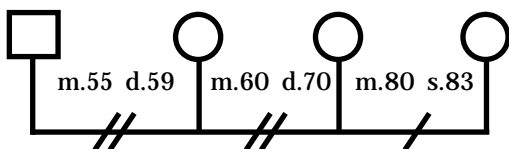


g) Las barras inclinadas significan una interrupción del matrimonio separaciones o rupturas: una barra para la separación y dos para el divorcio.



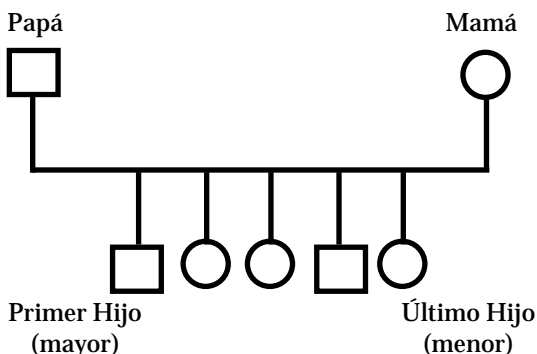
h) Los matrimonios múltiples pueden representarse de la siguiente manera.

UN MARIDO CON VARIAS ESPOSAS: se une el actual matrimonio con una línea recta y los anteriores con una línea que tangencialmente es cortada por otras dos. Más de una unión conyugal: se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final.



CADA CONYUGE TUVO VARIOS CONSORTES: se une el actual matrimonio con una línea recta y los anteriores matrimonios se unen con líneas rectas que tangencialmente son cortadas por otras dos.

i) Si una pareja tiene varios hijos, la figura de cada hijo se coloca conectada a la línea que une a la pareja. Los hijos se van situando de izquierda a derecha desde el mayor al más joven.

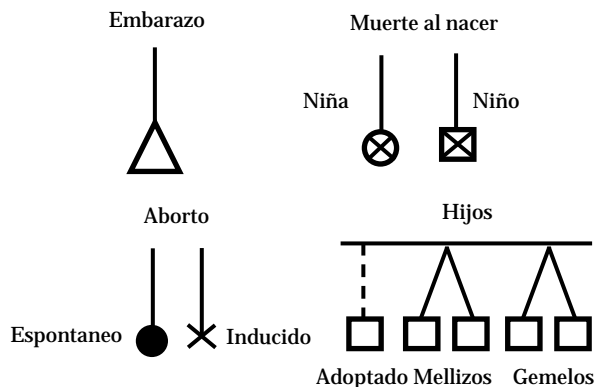


j) Se utiliza una línea de puntos para conectar un niño adoptado a la línea de los padres.

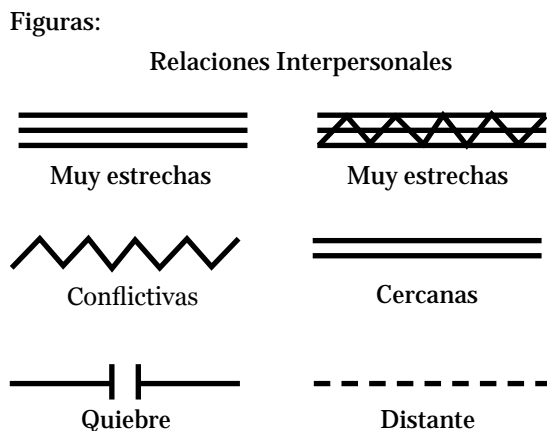
k) Los hijos mellizos se representan por la conexión de dos líneas convergentes a la línea de los padres; si son monocigóticos (idénticos), estos a su vez están conectados por una barra.

l) Para indicar los miembros de la familia que viven en el hogar inmediato, se utiliza una línea punteada para englobar a los miembros que convenga.

Símbolos para: embarazos, pérdidas, abortos y muertes al nacer. Hijos adoptados, mellizos y gemelos.



Relaciones familiares: con base en la información aportada por los familiares y la observación de las interacciones del grupo familiar, el entrevistador identifica el tipo de interacciones, las cuales se diagraman mediante líneas que unen a las personas representadas por:



Relaciones habitacionales: las personas que comparten el mismo sitio de vivienda se señalan con una línea punteada alrededor de los integrantes que comparten habitación; alrededor de dicha línea se va indicando el período en el cual la familia está o estuvo junta.

Es común que los hijos del medio muestren características ya sea de hijo mayor, de hijo menor o de ambos combinadas. Con frecuencia, un hijo del medio, a menos que él o ella sean el único varón o la única mujer, debe luchar para obtener un rol en la familia. Un niño así puede escapar de las intensidades dirigidas al mayor o al menor, pero también deberá luchar para que lo tomen en cuenta.

La posición fraterna puede predecir algunas dificultades maritales. Por ejemplo, Tolman predice que aquellos que contraen matrimonio con un cónyuge de la misma posición fraterna tendrán más dificultades en adaptarse al matrimonio. Sostiene que para las parejas que provienen de posiciones fraternas complementarias, el matrimonio será más fácil porque todo sigue siendo igual (el matrimonio repite su constelación de hermanos).

El género es otro factor importante en la interpretación de las configuraciones de la constelación fraterna en un genograma. Por ejemplo, un chico con todas hermanas tendrá mucha experiencia con las niñas pero muy poca con los varones y viceversa. Dichas experiencias (o la falta de ellas) con el sexo opuesto pueden afectar también la compatibilidad marital.

Otro factor para comprender las constelaciones familiares es la diferencia de edad entre hermanos. Una regla práctica es que cuanto mayor es la diferencia de edades, menor es la experiencia de hermanos que posiblemente hayan tenido. Por lo general, los hermanos con una diferencia de edad mayor de seis años son más hijos únicos que hermanos, ya que han pasado las etapas del desarrollo por separado.

Es importante no tomar las hipótesis sobre la constelación fraterna en forma demasiado literal. La investigación empírica en este terreno no es concluyente, porque existen muchos otros factores que pueden modificar o moderar la influencia de la constelación fraterna. Sin embargo, tener conocimiento de la constelación fraterna puede proporcionar, desde el punto de vista clínico, explicaciones normalizadoras útiles sobre los roles de las personas en su familia.

Otros factores que pueden influir modificando el rol de la constelación familiar son: el momento del nacimiento de cada hermano en la historia familiar; las características especiales del niño; el “programa” familiar para el niño; las actitudes e inclinaciones parentales sobre las diferencias sexuales; la posición fraterna del hijo con respecto a la del padre.

c) Configuraciones familiares inusuales

Al estudiar el genograma, muchas veces ciertas configuraciones estructurales “saltan a la vista”, sugiriendo temas o problemas críticos para la familia.

A modo de ejemplo, se puede observar multitud de separaciones y/o divorcios, preponderancia de mujeres profesionales de éxito (artistas, científicos, políticos, etc.), frecuencia en adopción de hijos, las mujeres por línea paterna están solteras, los hermanos de una familia contraen matrimonio con hermanas de otra familia, reiteración en la elección de un tipo de profesión: maestros, médicos, comerciantes, etc.

d) Adaptación al ciclo vital

Esta categoría implica la comprensión de las transiciones del ciclo vital a las cuales se está adaptando una familia. El ajuste de edades y fechas en un genograma nos permite ver si los sucesos del ciclo vital se dan dentro de las expectativas normalizadas. De no ser así, se puede seguir investigando las posibles dificultades al manejar esa fase vital del ciclo evolutivo de la familia.

Por lo tanto, es importante observar en el genograma aquellas edades que difieran mucho de la norma para su fase del ciclo vital. Las fechas de nacimientos, muertes, abandono del hogar, de casamiento, separación y divorcio que aparecen en el genograma son muy útiles a este respecto. Por ejemplo, el hecho de que tres hijos en una familia se casaron por primera vez pasados los cincuenta años podría indicar algunos problemas para dejar el hogar y formar relaciones íntimas. Puede ser significativo explorar los motivos de elección en una pareja con una marcada diferencia de edad: él 25 años y ella 48, por ejemplo. Una mujer que tiene su primer hijo a los 43 años, un hombre que se convierte en padre a los 70 años, o una familia donde todas las hijas, ya adultas, permanecen solteras y en el hogar, todo esto sugiere sistemas donde las desviaciones en el patrón normativo del ciclo vital merecen un mayor estudio de la repetición de pautas a través de las generaciones.

e) Repetición de pautas a través de las generaciones:

Puesto que las pautas familiares pueden transmitirse de generación en generación, el terapeuta debe estudiar el genograma para tratar de descubrir pautas que se hayan ido repitiendo a través de las generaciones.

El funcionamiento de los miembros de una familia puede repetirse a través de las generaciones; en dichos casos, un estilo particular de funcionamiento (ya sea de adaptación o inadaptación) o de la forma de tratar un problema pasa de una generación a otra. Esta transmisión no necesariamente se da en la siguiente generación: un padre alcohólico puede tener hijos abstemios y los hijos de estos pueden convertirse en alcohólicos.

A menudo, el problema que presenta la familia habrá ocurrido en generaciones previas. Varias pautas sintomáticas, tales como alcoholismo, incesto, síntomas físicos, violencia y suicidio, tienden a repetirse en las familias de una generación a otra. También se pueden identificar pautas multi-generacionales de éxito o de fracaso. A veces ocurre que una generación presenta una pauta de funcionamiento de éxito y la siguiente de un notable fracaso.

Al notar la repetición de pautas, el terapeuta podrá comprender mejor la adaptación actual de la familia a la situación y así sugerir intervenciones para frustrar el proceso.

Las pautas vinculares de proximidad, distancia, conflicto, etc., también pueden repetirse de una generación a otra. Un ejemplo de dicha repetición sería una familia donde la madre y el hijo mayor, en cada generación, poseen una alianza especial, mientras que el padre y dicho hijo mantienen una relación conflictiva negativa.

El sistema humano más pequeño es un sistema de dos personas. Los genogramas se pueden analizar en términos de relaciones de pares (díadas), con líneas vinculares de unión, fusión, distancia, separación, etc. Sin embargo, también podemos considerar el sistema familiar como un grupo de “triángulos” entrelazados. Así, por ejemplo, el distanciamiento del padre respecto de la madre es una función de su intimidad con su hija y del conflicto de la madre con la misma.

Comprender las pautas triangulares en una familia resulta esencial para el planeamiento de la intervención clínica. La “destriangularización” es un importante proceso clínico a través del cual se les ayuda a los miembros de una familia a liberarse de rígidas pautas triangulares.

Es común que las pautas familiares de “funcionamiento” y de “relación” se intensifiquen cuando una estructura se repite de una generación a la otra. Cuando buscamos una repetición en el funcionamiento y las relaciones, también buscamos

la repetición de la estructura familiar. Por ejemplo, una madre que es la menor de tres hermanas, es probable que se identifique con su hija menor si ella también tiene tres hijas.

f) Sucesos de la vida y funcionamiento familiar:

Esta categoría comprende el entendimiento de cómo los sucesos de la vida están interconectados con los cambios en el funcionamiento familiar. A menudo, sucesos al parecer desconectados que se dan alrededor de la misma época de la historia familiar están relacionados sistemáticamente y tienen un profundo impacto sobre el funcionamiento de la familia.

Los cambios, transiciones y traumas críticos de la vida pueden tener un impacto dramático sobre un sistema familiar y sus miembros. Hay que prestar particular atención al impacto de las pérdidas, ya que es más probable que una familia tenga dificultades para reajustarse después de una pérdida que de cualquier otro cambio en la familia.

El estudio del impacto de los hechos familiares debe darse dentro del contexto de las expectativas normalizadas. Se debe considerar la estructura familiar, pero también las edades en el momento del hecho. Así, el cómo se ven afectados los hijos por un suceso crítico tal como la muerte de uno de los padres depende de su nivel de desarrollo emocional y cognoscitivo, ya que un hijo mayor tendrá una experiencia distinta de la de un hijo menor.

Un hecho en particular traumático para una familia es la muerte de un niño pequeño. Al estudiar los genogramas de personas famosas, se observa que muchas de ellas habían nacido un poco antes o después de la muerte de un hermano: a veces la muerte de un hijo hace que el hijo sobreviviente sea más “especial” para los padres.

Un suceso “bueno” también puede tener un poderoso impacto sobre la familia. En muchas familias, la fama de un individuo tiene profundas repercusiones para los otros miembros de la familia; a menudo, los hijos de la siguiente generación tienen un difícil legado: “una tarea dura a seguir”.

Ciertas “coincidencias” de hechos pueden comprenderse como “reacciones de aniversario”; es decir, los miembros de una familia reaccionan ante el hecho de que la fecha es el aniversario de algún suceso crítico o traumático. Por ejemplo, un miembro de una familia puede deprimirse para la

misma época del año alrededor de la fecha cuando murió uno de sus padres o un hermano, a pesar de que a menudo esa persona no realiza una conexión consciente.

Es importante relacionar los sucesos familiares que aparecen en el genograma con el contexto

social, económico y político en el cual ocurren. Un suceso que tiene gran impacto sobre una familia es la emigración. Una familia que emigra en medio de los años en que la madre se dedica a tener hijos puede tener dos grupos diferentes de hijos: aquellos que nacieron antes y los que nacen después de la emigración.

ANEXO N° 5

Vacunación contra el virus de la hepatitis B en caso de exposición de alto riesgo

En caso de una exposición de alto riesgo al virus de la hepatitis B, en personas (incluye menores y adultos) no vacunadas anteriormente, se sugiere seguir el siguiente esquema:

- Días 0, 7 a 21, con refuerzo a los 6 meses.
- Se sugiere cuantificación de anticuerpos.
- Personas con marcadores serológicos de infección previa o estadio de portador no necesitan de la inmunización contra la hepatitis B.
- En caso de fuente conocida con HBsAg (+) (hepatitis B positivo), se recomienda aplicar en un punto de inyección distinto a IGHB (Inmunoglobulina Hiperinmune Humana frente a hepatitis B), por una sola vez, y seguir el esquema de vacunación recomendado para estas situaciones.
- Para los niños con antecedente vacunal soportado en el carné de vacunación no es necesario iniciar esquema de hepatitis B, pero si no hay soporte escrito (carné de vacunación) deberá aplicarse el esquema recomendado anteriormente.

ANEXO N° 6

Aportes de la Sentencia C-355 de 2006

Referencia: expedientes D- 6122, 6123 y 6124; demandas de inconstitucionalidad contra los artículos 122, 123 (parcial) y 124, modificados por el artículo 14 de la Ley 890 de 2004; y 32, numeral 7, de la Ley 599 de 2000 Código Penal

Demandantes: Mónica del Pilar Roa López, Pablo Jaramillo Valencia, Marcela Abadía Cubillos, Juana Dávila Sáenz y Laura Porras Santillana.

Magistrados ponentes:

Dr. JAIME ARAÚJO RENTERÍA

Dra. CLARA INÉS VARGAS HERNANDEZ

Bogotá D. C., diez (10) de mayo de dos mil seis (2006)

**LA SALA PLENA DE LA CORTE
CONSTITUCIONAL,**

en cumplimiento de sus atribuciones constitucionales y de los requisitos y trámite establecidos en el Decreto 2067 de 1991, profiere la siguiente

SENTENCIA (...)

VI. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS DE LA CORTE

Competencia

Esta corporación es competente para decidir sobre la constitucionalidad de la norma acusada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 241, numeral 4, de la Constitución, por estar contenida en una ley (...).

Consideraciones finales

Una vez realizada la ponderación del deber de protección de la vida en gestación y los Derechos Fundamentales de la mujer embarazada, esta Corporación concluyó que la prohibición total del aborto resulta inconstitucional y que, por lo tanto, el artículo 122 del Código Penal es exequible a condición de que se excluyan de su ámbito las tres hipótesis anteriormente mencionadas, las cuales tienen carácter autónomo e independiente.

Sin embargo, acorde con su potestad de configuración legislativa, el legislador puede determinar que tampoco se incurre en delito de aborto en otros casos adicionales. En esta Sentencia, la Corte se limitó a señalar las tres hipótesis extremas violatorias de la Constitución, en las que, con la voluntad de la mujer y previo el cumplimiento del requisito pertinente, se produce la interrupción del embarazo. Sin embargo, además de estas hipótesis, el legislador puede prever otras en las cuales la política pública frente al aborto no pase por la sanción penal, atendiendo a las circunstancias en las cuales éste es practicado, así como a la educación de la sociedad y a los objetivos de la política de salud pública.

Para todos los efectos jurídicos, incluyendo la aplicación del principio de favorabilidad, las decisiones adoptadas en esta Sentencia tienen vigencia inmediata y el goce de los derechos por ésta protegidos no requiere de desarrollo legal o reglamentario alguno.

Lo anterior no obsta para que los órganos competentes, si lo consideran conveniente, expidan normas que fijen políticas públicas acordes con esta decisión.

Debe aclarar la Corte que la decisión adoptada en esta Sentencia no implica una obligación para las mujeres de adoptar la opción de abortar. Por el contrario, en

el evento de que una mujer se encuentre en alguna de las causales de excepción, ésta puede decidir continuar con su embarazo, y tal determinación tiene amplio respaldo constitucional. No obstante, lo que determina la Corte en esta oportunidad es permitir a las mujeres que se encuentren en alguna de las situaciones excepcionales que puedan, acorde con los fundamentos de esta sentencia, decidir la interrupción de su embarazo sin consecuencias de carácter penal, siendo entonces imprescindible, en todos los casos, su consentimiento.

VII. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Plena de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

Primero. Negar las solicitudes de nulidad de conformidad con lo expuesto en el punto 2.3 de la parte considerativa de esta Sentencia.

Segundo. Declarar **EXEQUIBLE** el artículo 32, numeral 7 de la Ley 599 de 2000, por los cargos examinados en la presente Sentencia (artículo 32. Ausencia de responsabilidad. No habrá lugar a responsabilidad penal cuando: 7. Se obre por la necesidad de proteger un derecho propio o ajeno de un peligro actual o inminente, inevitable de otra manera, que el agente no haya causado intencionalmente o por imprudencia y que no tenga el deber jurídico de afrontar).

Tercero. Declarar **EXEQUIBLE** el artículo 122 de la Ley 599 de 2000, en el entendido que no se incurre en delito de aborto cuando, con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

Cuarto. Declarar **INEXEQUIBLE** la expresión “¿o en mujer menor de catorce años?”, contenida en el artículo 123 de la Ley 599 de 2000 (artículo 123. Aborto sin consentimiento. El que causare el aborto sin consentimiento de la mujer o en mujer menor de catorce años, incurrirá en prisión de cuatro (4) a diez (10) años).

Quinto. Declarar **INEXEQUIBLE** el artículo 124 de la Ley 599 de 2000 (artículo 124. Circunstancias de atenuación punitiva. La pena señalada para el delito de aborto se disminuirá en las tres cuartas partes cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas).

Notifíquese, comuníquese, insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional, cúmplase y archívese el expediente.

JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO

Presidente

IMPEDIMENTO ACEPTADO

RODRIGO ESCOBAR GIL

Vicepresidente

CON SALVAMENTO DE VOTO

JAIME ARAÚJO RENTERÍA

Magistrado

CON ACLARACION DE VOTO

ALFREDO BELTRÁN SIERRA

Magistrado

MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

Magistrado

CON ACLARACION DE VOTO

MARCO GERARDO MONROY CABRA

Magistrado

CON SALVAMENTO DE VOTO

HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO

Magistrado

ÁLVARO TAFUR GÁLVIS

Magistrado

CON SALVAMENTO DE VOTO

CLARA INÉS VARGAS HERNÁNDEZ

Magistrada

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

ACLARACIÓN DE VOTO A LA SENTENCIA C-355 DE 2006 DEL MAGISTRADO

PONENTE JAIME ARAÚJO RENTERÍA

Referencia: expedientes D- 6122, 6123 y 6124

ANEXO N° 7

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Decreto número 4444 de diciembre 13 de 2006

Por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de Salud Sexual y Reproductiva

El Presidente de la República de Colombia

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y los artículos 1 de la Ley 10 de 1990, 154 y 227 de la Ley 100 de 1993, y 42 de la Ley 715 de 2001.

Considerando

Que la Honorable Corte Constitucional, mediante Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, declaró exequible el artículo 122 de la Ley 599 de 2000, en el entendido que no se incurre en delito de aborto cuando, con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

Que la Honorable Corte Constitucional consideró que, aunque para la inmediata aplicación de la Sentencia C-355/06 no era necesaria una reglamentación, tal circunstancia no impide que el regulador en el ámbito de la seguridad social en salud, en cumplimiento de sus deberes y dentro de la órbitas de su competencia, adopte decisiones respetuosas de los derechos constitucionales de las mujeres, como por ejemplo: aquellas encaminadas a

regular su goce efectivo en condiciones de igualdad y de seguridad dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud y, si lo considera conveniente, expida normas que fijen políticas públicas que permitan el goce de los derechos protegidos por la Sentencia.

Que es deber del Estado garantizar la provisión de servicios de salud seguros, y definir los estándares de calidad que garanticen el acceso oportuno, en todo el territorio nacional y en todos los grados de complejidad, a los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo, en los eventos no constitutivos de delito de aborto, al tenor de lo dispuesto en la Sentencia C-355 de 2006.

Que conforme al Acuerdo de la Asamblea General de las Naciones Unidas (1999) en el que se consideró que “en circunstancias donde el aborto no sea ilegal, los sistemas de salud deben entrenar y equipar a los proveedores de los servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean seguros y accesibles (...)”; la Organización Mundial de la Salud, en su rol de asesoría a los Estados miembros, ha venido desarrollando normas y estándares con el objeto de fortalecer la capacidad de los sistemas de salud.

Que corresponde a la órbita de competencia del Gobierno Nacional regular el servicio público esencial de salud y de seguridad social en salud y, en tal sentido, se hace necesario adoptar medidas tendientes al respeto, protección y satisfacción de los derechos a la atención en salud de las mujeres, eliminando barreras que impidan el acceso a servicios de salud de interrupción voluntaria del embarazo en los casos y condiciones establecidas en la Sentencia C-355 de 2006, y la educación e información en el área de la salud sexual y reproductiva, en condiciones de seguridad, oportunidad y calidad, fijando los requisitos necesarios para su prestación.

DECRETA:

ARTÍCULO 1º. CAMPO DE APLICACIÓN.

Las disposiciones del presente decreto aplican, en lo pertinente, a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, y a los Prestadores de Servicios de Salud.

Los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos y condiciones establecidas en la Sentencia C-355 de 2006, estarán disponibles en el territorio nacional para todas las mujeres, independientemente de su capacidad de pago y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Los servicios de salud requeridos por las afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado y las Entidades Adaptadas, se prestarán en las instituciones prestadoras de servicios de salud con las que cada administradora tenga convenio o contrato, o sin convenio cuando se trate de la atención de urgencias. Los servicios de salud requeridos por la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se efectuarán a través de los Prestadores de Servicios de Salud públicos o aquellos privados con los cuales las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud tengan contrato.

Los servicios de salud requeridos por las afiliadas a los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, serán prestados a través de los Prestadores de Servicios de Salud de las entidades responsables de dichos regímenes.

ARTÍCULO 2º. DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO.

La provisión de servicios seguros de interrupción voluntaria del embarazo no constitutiva del delito de aborto estará disponible en todos los grados de complejidad que requiera la gestante, en las instituciones prestadoras habilitadas para ello, de acuerdo con las reglas de referencia y contrarreferencia, y demás previsiones contenidas en el presente Decreto.

Las Entidades Departamentales, Distritales y Muni-

cipales de Salud, en el ámbito de sus competencias, deberán garantizar que en la red pública de prestadores de servicios de salud de su jurisdicción exista disponibilidad suficiente para garantizar el acceso real y la atención oportuna de las gestantes que requieran servicios de IVE en todos los grados de complejidad.

Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, deberán garantizar un número adecuado de proveedores habilitados para prestar los servicios de que trata el presente Decreto, y de acuerdo con sus disposiciones, de conformidad con lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y las normas técnicas que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Las entidades a quienes aplica el presente Decreto y los prestadores de servicios de salud deberán garantizar el funcionamiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia, de manera que se asegure en forma oportuna la remisión de las gestantes a servicios de mediano y alto grado de complejidad, cuando se presenten complicaciones, o cuando la edad gestacional o el estado de salud de la mujer así lo amerite. Estos deben garantizar igualmente la contrarreferencia a los niveles de baja complejidad para los servicios de promoción de la salud sexual y reproductiva y planificación familiar.

PARÁGRAFO. En ningún caso las entidades de que trata el artículo 1º del presente Decreto podrán imponer barreras administrativas que posterguen innecesariamente la prestación de los servicios de que trata el presente Decreto, tales como: autorización de varios médicos, revisión o autorización por auditores, periodos y listas de espera, y demás trámites que puedan representar una carga excesiva para la gestante.

El incumplimiento de lo previsto en el presente artículo dará lugar a la imposición de sanciones establecidas en las normas legales por las autoridades competentes.

ARTÍCULO 3º. NORMAS TÉCNICAS.

La atención integral de las gestantes que demanden servicios de que trata el presente Decreto se hará con sujeción a las normas técnico- administrativas que expida el Ministerio de la Protección Social.

Estas normas serán de obligatorio cumplimiento

para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo, para garantizar una atención integral y con calidad, y deberán definir los procedimientos médicos o quirúrgicos que se aplicarán según las semanas de gestación. El Ministerio de la Protección Social deberá expedir esta norma dentro de los treinta (30) días siguientes a la vigencia del presente Decreto.

PARÁGRAFO. Hasta tanto el Ministerio de la Protección Social adopte las normas técnicas, los prestadores obligados al cumplimiento del presente Decreto tendrán como referente la guía Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud (2003).

ARTÍCULO 4º. FINANCIAMIENTO.

Los servicios de salud de que trata el presente Decreto, que se encuentren contenidos en los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado para las afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, se cubrirán con cargo a la Unidad de Pago por Capitación del respectivo régimen.

Para la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda, la atención integral de dichos servicios se cubrirá con cargo a los recursos que financian la prestación de los servicios de salud en la respectiva entidad territorial.

En ningún caso habrá lugar al cobro de cuotas de recuperación por la prestación de servicios de que trata el presente Decreto para la población pobre, en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Los servicios de salud para las afiliadas a los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se cubrirán con cargo a los recursos que financian los citados regímenes.

ARTÍCULO 5º. DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.

Con el fin de garantizar la prestación del servicio público esencial de salud, evitar barreras de acceso y no vulnerar los Derechos Fundamentales protegidos por la Sentencia C-355/06, la objeción de conciencia es una decisión individual y no institucional, que aplica exclusivamente a prestadores directos y no a personal administrativo.

ARTÍCULO 6º. PROHIBICIÓN DE PRÁCTICAS DISCRIMINATORIAS.

En ningún caso la objeción de conciencia, la no

objeción de conciencia o el antecedente de haber practicado o realizado una interrupción voluntaria del embarazo en los términos del presente Decreto podrá constituir una circunstancia de discriminación para la gestante, los profesionales de la salud y los prestadores de servicios de salud. No podrá exigirse esta información como requisito para:

- a) Admisión o permanencia en centros educativos, deportivos, sociales o de rehabilitación.
- b) Acceso a cualquier actividad laboral o permanencia en la misma, excepto cuando se requiera vincular personal para la prestación directa de los servicios regulados por el presente Decreto.
- c) Afiliación a una Entidad Promotora de Salud o a una Administradora del Régimen Subsidiado y acceso a los servicios de salud.
- d) Ingreso, permanencia o realización de cualquier tipo de actividad cultural, social, política o económica.
- e) Contratación de los servicios de salud no relacionados con la prestación de los servicios de que trata el presente Decreto.

ARTÍCULO 7º. RÉGIMEN SANCIONATORIO.

El incumplimiento de las disposiciones del presente decreto dará lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y a las establecidas en el artículo 49 de la Ley 10 de 1990, y la Ley 100 de 1993, según el caso, las cuales serán impuestas por las autoridades competentes en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control.

El proceso sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud de parte interesada, por información del funcionario público, por denuncia, o queja presentada por cualquier persona, o como consecuencia de haberse tomado con antelación una medida de seguridad o preventiva.

Si los hechos materia del proceso sancionatorio fueren constitutivos de delito o faltas disciplinarias, se pondrán en conocimiento de la autoridad competente, acompañados de las pruebas pertinentes.

ARTÍCULO 8º. VIGENCIA.

El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D. C., a 13 de diciembre de 2006

DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección Social

Anexo No. 8

Definiciones sobre violencia sexual

DEFINICIÓN DE SALUD (OMS, 1947): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”.

DEFINICIÓN DE ABUSO SEXUAL (OMS 1999): “Contacto o interacción entre un niño(a) y un adulto, en el que el niño(a) es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del menor de edad. El(la) abusador(a) puede ser un menor de edad cuando es significativamente mayor que la víctima o tiene una posición de poder o control sobre ella”.

ASALTO SEXUAL (Resolución 586 de 2002, Reglamento Técnico para el Abordaje Integral Forense de la Víctima en la Investigación del Delito Sexual, versión 01, noviembre de 2002, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses): se entiende como una modalidad específica de agresión, caracterizada por actos de violencia física y/o psicológica ejercidos por un actor conocido o desconocido, perpetrador, sobre una víctima de cualquier edad o sexo, por el cual persigue un propósito sexual definido. En nuestro medio se asimila al término “violación sexual”.

ACCESO CARNAL (Artículo 212 Código Penal, Ley 599 del 2000): “(...) penetración de miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto”.

ACTOS SEXUALES DIVERSOS AL ACCESO CARNAL (Resolución 586 de 2002, Reglamento Técnico para el Abordaje Integral Forense de la Víctima en la Investigación del Delito Sexual, versión 01, noviembre de 2002, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses, INML y CF; Guía práctica para el dictamen sexológico forense, INMY y CF, GTZ; Violencia sexual, un ABC para conocerla,

Departamento de Bienestar Social del Distrito DABS, 2002; Guía para el diagnóstico del maltrato infantil, INML y CF, 1999): es cualquier maniobra o actividad sexual, diferente del acceso carnal.

EJEMPLOS:

- En el menor, sobre el cuerpo de éste, por ejemplo: tocamientos, caricias, besos con intención de carácter sexual. En presencia del menor, por ejemplo: desnudarse delante de él, masturbarse o la observación morbosa del niño y/o niña desnudo(a) por parte del adulto(a), mostrar pornografía, tener relaciones sexuales frente al niño y/o niña, usar lenguaje sexual explícito con el niño y/o niña, implicar a infantes en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de material pornográfico; en estos casos, no se requiere contacto físico entre agresor y víctima.
- Promover la explotación sexual de niños y niñas, trata (tráfico) de niños y niñas, turismo sexual con la participación de niños y niñas.

El Código Penal, Ley 599 del 2000, define algunos de los delitos sexuales así:

Acceso carnal violento (artículo 205 Código Penal): el que realice acceso carnal con otra persona mediante violencia.

Acto sexual violento (artículo 206 Código Penal): el que realice en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal mediante violencia.

Acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir (artículo 207 Código Penal): el que realice acceso carnal con persona a la cual haya puesto en incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia, o en condiciones de

inferioridad psíquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento.

Acceso carnal abusivo con menor de catorce años (artículo 208 Código Penal): el que acceda carnalmente a persona menor de 14 años.

Actos sexuales con menor de catorce años (artículo 209 Código Penal): el que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de 14 años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales.

Incesto (artículo 237 Código Penal): el que realice acceso carnal u otro acto sexual con un ascendiente, descendiente, adoptante o adoptivo, o un hermano o hermana.

Circunstancias de agravación punitiva (artículo 211 del Código Penal Colombiano, Ley 599 de 2000. Las penas para los delitos descritos en la sección anterior, se aumentarán de una tercera parte a la mitad cuando:

1. La conducta se cometiere con el concurso de otra u otras personas.
2. El responsable tuviere cualquier carácter, posición o cargo que le de particular autoridad sobre la víctima o la impulse a depositar en él su confianza.
3. Se produjere contagio de una infección de transmisión sexual.
4. Se realizare sobre persona menor de 12 años.
5. Se realizare sobre el cónyuge o sobre con quien se cohabite o se haya cohabitado, o con la persona con quien se haya procreado un hijo.
6. Se produjere embarazo.

EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: “Es una violación de los Derechos Fundamentales de la niñez. Comprende el abuso sexual por parte del adulto y remuneración en dinero o especie para el niño o para una tercera persona o grupo de personas. El niño(a) es tratado(a) como objeto sexual y como mercancía. Constituye una forma de coerción y violencia y es considerada una forma contemporánea de esclavitud” (Declaración y Agenda para la

Acción, Estocolmo, 1996. Tomado de Plan Nacional contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes –ESCNNNA– http://www.colombiasinexplotacionsexual.org/que_es.shtml

URGENCIA (Resolución 5261 de 1994, MAPIPOS, artículo 9): es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa, con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

CADENA DE CUSTODIA: se debe aplicar la cadena de custodia a los elementos físicos materia de prueba, para garantizar la autenticidad de los mismos, acreditando su identidad y estado original, las condiciones y las personas que intervienen en la recolección, envío, manejo, análisis y conservación de estos elementos; así mismo, los cambios hechos en ellos por cada custodia. La cadena de custodia se inicia en el lugar donde se obtiene, encuentre o recaude el elemento físico de prueba y finaliza por orden de la autoridad competente.

RESPONSABILIDAD DE LA CADENA DE CUSTODIA (Ley 906 del 2004, Código de Procedimiento Penal, artículo 255): la aplicación de la cadena de custodia es responsabilidad de los servidores públicos que entren en contacto con los elementos, materiales probatorios y evidencia física. Los particulares que por razón de su trabajo o por el cumplimiento de las funciones propias de su cargo, en especial el personal de los servicios de salud que entren en contacto con elementos materiales probatorios y evidencia física, son responsables por su recolección, preservación y entrega a la autoridad correspondiente.

DEBER DE DENUNCIAR (Ley 906 del 2004, Código de Procedimiento Penal, artículo 67): toda persona debe denunciar a la autoridad los delitos de cuya comisión tenga conocimiento y que deban investigarse de oficio. El servidor público que conozca de la comisión de un delito que deba investigarse de oficio iniciará sin tardanza la investigación si tuviere competencia para ello; en caso contrario, pondrá inmediatamente el hecho en conocimiento ante la autoridad competente.

Anexo No. 9

Formatos básicos para la atención integral

Formato 1. Protocolo de Informe Pericial Integral en la Investigación del Delito Sexual

PROTOCOLO DEL INFORME PERICIAL INTEGRAL EN LA INVESTIGACIÓN DEL DELITO SEXUAL					
A. INFORMACIÓN GENERAL					
Escriba a mano o a máquina cada uno de los datos que solicita el formato.					Ciudad del examen
Institución Forense o de Salud en la que se realiza el Examen					
Fecha del examen: (D / M / A)	Hora del examen	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	No. de Radicación <input type="checkbox"/>	No. Historia Clínica <input type="checkbox"/>	
Nombre del examinado			Sexo	Edad referida: años/meses/días	
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Fecha de Nacimiento: (D/M/A)	Documento de identidad	Dirección		Teléfono de Contacto	
CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>					
B. CONSENTIMIENTO INFORMADO					
Explique brevemente en que consiste la entrevista, el examen médico-forense y su importancia dentro de la investigación del delito sexual. Diligencie el Formato de Consentimiento Informado (anexo). Recuerde registrar la huella del examinado.					
C. ABORDAJE DEL CASO					
El examen médico forense se inicia desde que la víctima se reúne con el médico. El médico decide cómo ha de realizar el examen (qué áreas del cuerpo explorar y cuáles evidencias buscar) de acuerdo con el relato de los hechos, la información aportada por la autoridad sobre las características del evento investigado y el tiempo transcurrido desde que ocurrieron los hechos.					
1. INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE					
Hacer una breve referencia de los documentos aportados con el caso y extraer de los mismos lo pertinente (documentos de la autoridad, historia clínica, entrevista con psicología o trabajo social):					

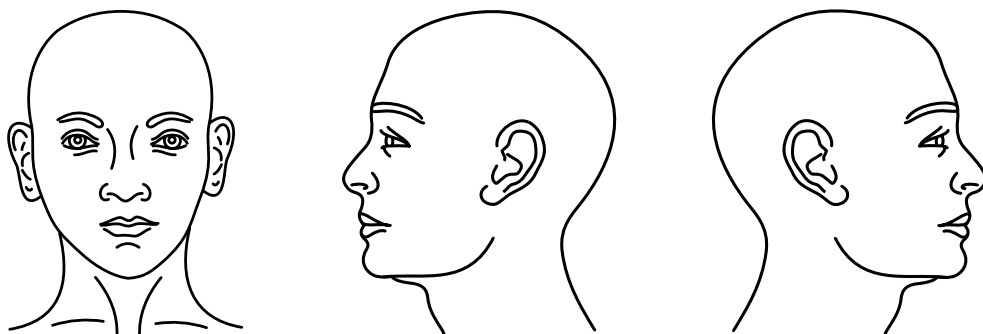
2. EXAMEN MÉDICO FORENSE					
2.1 Recuento del Paciente: Anote lo referido por el examinado o su acompañante					

Información suministrado por		Nombre de la persona que hace el recuento		Relación con el paciente	
Paciente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
Lugar de los hechos			Fecha de los hechos (D/M/A)	Hora de los hechos	
				AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	
2.2 Presunto agresor					
Sexo		Número de Agresores		Relación con la víctima	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Conocido <input type="checkbox"/>					
Métodos empleados por el agresor			Tipos de armas:		
Amenazas <input type="checkbox"/> Ataduras <input type="checkbox"/> Armas <input type="checkbox"/>			Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/>		
Golpes físicos <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>			Cortopunzante <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>		
El agresor se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes		El agresor resultó lesionado en los hechos		Si resultó lesionado describa el área del cuerpo afectada	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>			
2.3 Actos descritos por el paciente					
Penetración del pene en			Penetración de objeto diferente al pene en		Eyaculación
Cavidad Oral <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>			Vagina <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>
Sitio de eyaculación		Utilizó Condón?		Uso de Lubrificantes	
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
Otras maniobras			Utilización de alcohol o drogas		
Besos <input type="checkbox"/> Suciones <input type="checkbox"/> Mordeduras <input type="checkbox"/> Tocamientos <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Describa _____		
Otro describa _____					

Cara, cabeza (cuero cabelludo, pelo), cuello:

Presenta Lesiones Si No N/A En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física Si No Cuál _____



Cavidad oral: Examine la cavidad oral en busca de lesiones y material extraño (si lo indica el recuento de los hechos)

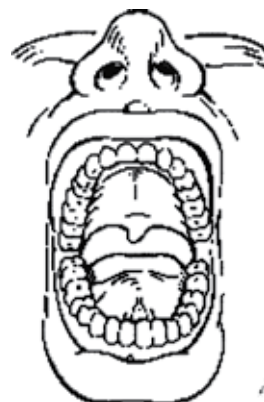
Presenta Lesiones Si No N/A

En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física Si No Cuál? _____

En menores de edad describa último diente erupcionado _____

fase inicial _____ media _____ completa _____



Tórax:

Presenta Lesiones Si No N/A En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física Si No Cuál? _____

Senos:

Presenta Lesiones Si No N/A En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física Si No Cuál? _____

En menores de edad describa Caracteres sexuales secundarios (Tanner) _____

Abdomen:

Presenta Lesiones Si No N/A En caso afirmativo describa _____

Se recolecta evidencia física Si No Cuál? _____

Signos de embarazo Si No Describe _____

Espalda:

Presenta Lesiones Si No N/A En caso afirmativo describe _____

Se recolecta evidencia física Si No Cuál? _____

Región Glútea:

Presenta Lesiones Si No N/A En caso afirmativo describe _____

Se recolecta evidencia física Si No Cuál? _____

Extremidades:

Axilas: Presenta Lesiones Si No N/A En caso afirmativo describe _____

Se recolecta evidencia física Si No Cuál? _____


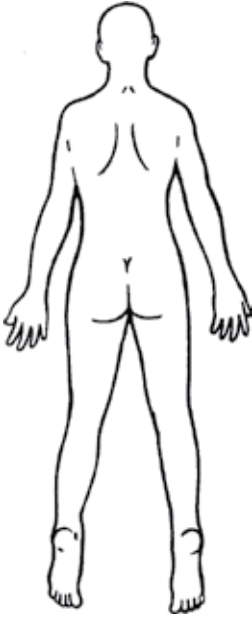
En menores de edad describe Caracteres sexuales secundarios (Tanner) _____

Miembros superiores: Presenta Lesiones Si No N/A En caso afirmativo describe _____

Se recolecta evidencia física Si No Cuál? _____

Miembros inferiores: Presenta Lesiones Si No N/A En caso afirmativo describe _____

Se recolecta evidencia física Si No Cuál? _____

Examen genital: establecer la presencia (o ausencia) de lesiones; recuperar evidencia traza a este nivel, evaluar caracteres sexuales secundarios en caso de menores de edad; valorar signos clínicos de embarazo y/o infección de transmisión sexual.

Genitales externos femeninos: Desarrollo: Tanner _____

Posición para el examen: Supina Prona Lateral Otra Cuál? _____

Región púbica: _____

Labios mayores: _____

Labios menores: _____

Horquilla vulvar: _____

Clitoris: _____

Meato urinario: _____

Vagina: _____

Periné: _____

Región inguinal: _____

Himen (forma, integridad, elasticidad):

Forma del himen:

Anular Imperforado Semilunar Cribiforme Festoneado

Coroliforme Rudimentario/Tabicado Carúnculas Mirtiformes

Estado del himen :

Integro No elástico Integro elástico

Desgarrado Desgarrado reciente Desgarrado antiguo

Descripción bordes y desgarros himeneales (utilizar nomenclatura manecillas del reloj): _____

Toma de muestras: Si No Describa: _____

Signos de contaminación venérea

Si No En caso afirmativo describa _____

Genitales externos masculinos: Desarrollo; Tanner : _____

Bolsa escrotal (bilateralmente): _____

Pene y prepucio: _____

Frenillo: _____

Surco balanoprepucial: _____

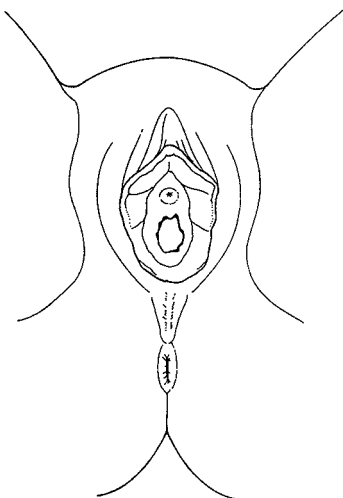
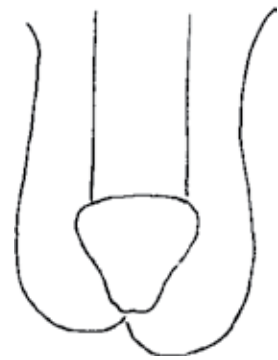
Glándula: _____

Meato urinario: _____

Signos de contaminación venérea

Si No En caso afirmativo describa _____

Se toman muestras? Si No En caso afirmativo describa _____

D. DOCUMENTACIÓN DE HALLAZGOS

Fotografías: _____

Diagramas: _____

Radiografías: _____

Ecografías: _____

Otros: _____

E. MUESTRAS Y ELEMENTOS PARA ESTUDIO

Asegúrese de diligenciar adecuadamente los formatos de cadena de custodia de las evidencias y muestras recolectadas.

F. INTERCONSULTAS

G. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES:

H. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

1. Remisión y/o interconsulta a Salud: _____

2. Remisión a protección: _____

3. Otras recomendaciones: _____

I. NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL MEDICO QUE REALIZA EL EXAMEN

NOMBRE _____ FIRMA Y CÓDIGO _____

J. INFORME

Diligenciar sólo en los servicios de salud: describa el mecanismo utilizado para informar a la autoridad de la ocurrencia del hecho.

1. Informe telefónico a la policía judicial Si No

Nombre de quien recibe la información _____ No. Identificación _____

Institución de Policía Judicial _____ Teléfono _____

Reportado por: Nombre _____

Fecha _____ Hora _____

2. La víctima ingresó acompañada de la Policía o autoridad que solicita el examen médico forense por sospecha de asalto sexual Si No

Nombre de quien solicita el examen _____ No. identificación _____

Institución _____ Teléfono Contacto _____ Fecha _____ Hora _____

Código Único de Caso -NUNC- (si se cuenta con el): _____

3. Otro Cúal? Describa _____

Formato 2. Formato de consentimiento informado para la realización de exámenes médico-legales y procedimientos relacionados, en víctimas de agresiones sexuales y lesiones personales

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION
DE EXAMENES MEDICO-LEGALES Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS,
EN VICTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES Y LESIONES PERSONALES**

DCP-CI-01-2004

Numero de radicación _____ Fecha y hora: _____
día mes año hora

Nombre completo de la persona que examina:

Nombre del Representante Legal: (en casos de examen de menores o personas incapaces)

I. Yo _____ una vez una vez informado sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos para la investigación judicial y las consecuencias posibles que se derivan de la imposibilidad de practicarlos, otorgo de forma libre mi consentimiento

Si No a: _____
(Nombre de la entidad que realiza el examen)

para la realización del examen medico legal de: _____

solicitado por: _____

II. Como parte de la realización de este examen medico legal autorizo efectuar:

Si No La extracción de sangre o muestras biológicas o fluidos corporales necesarios para la realización de análisis forenses complementarios.

Si No La toma de radiografías.

Si No La toma de impresiones dentales para modelos de estudio y registro de mordidas.

Si No La realización de registro fotográfico de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal.

Si No La realización del registro en video de lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal.

Hago constar que el presente documento ha sido leído por mí en su integridad, de manera libre y espontánea.

Firma

Documento de Identidad: _____ No _____ de _____

Formato 3. Diligenciar rótulo de elemento materia de prueba o evidencia física.

Formato 4. Diligenciar el formato de registro de cadena de custodia – resumen de evidencias enviadas.

Formato 5. Diligenciar el registro de continuidad de los elementos materia de prueba o evidencia. En orden cronológico se registran las personas custodias de las evidencias.

Anexo No. 10

Apoyo gráfico al Protocolo del Informe Pericial Integral en la Investigación del Delito Sexual, con modificación para obtener evidencias y muestras en un solo examen, dentro del trato digno no victimizante institucional

- Describir el estado emocional. En las niñas y niños, describa completamente las manifestaciones emocionales: llanto, silencios, tristeza, miedo, bajar la mirada, no quiere hablar inicialmente del tema, entre otros.
- Diligenciar historia clínica. Realizar anamnesis clínica (recuerde la privacidad de la información, sobre todo antecedentes, compañeros sexuales e inicio de actividad sexual)
- Inspeccionar y describir el estado general de la persona y las prendas que lleva puestas





- Buscar y documentar lesiones en todo el cuerpo



Se recolecta evidencia física Sí No Cuál? _____

Signos de embarazo Sí No Describe _____

Espalda:

Presenta Lesiones Sí No N/A En caso afirmativo describe _____

Se recolecta evidencia física Sí No Cuál? _____

Región Glútea:

Presenta Lesiones Sí No N/A En caso afirmativo describe _____

Se recolecta evidencia física Sí No Cuál? _____

Extremidades:

Ante: Presenta Lesiones Sí No N/A En caso afirmativo describe _____

Se recolecta evidencia física Sí No Cuál? _____

En menores de edad describe Caracteres sexuales secundarios (Tanner) _____

Miembros superiores: Presenta Lesiones Sí No N/A En caso afirmativo describe _____

Se recolecta evidencia física Sí No Cuál? _____

Miembros inferiores: Presenta Lesiones Sí No N/A En caso afirmativo describe _____

Se recolecta evidencia física Sí No Cuál? _____

Cara, cabeza (cuero cabelludo, pelo), cuello:

Presenta Lesiones Sí No N/A En caso afirmativo describe _____

Se recolecta evidencia física Sí No Cuál? _____

Cavidad oral: Examine la cavidad oral en busca de lesiones y material extraño (si lo indica el recuento de los hechos)

Presenta Lesiones Sí No N/A

En caso afirmativo describe _____

Se recolecta evidencia física Sí No Cuál? _____

En menores de edad describe último diente erupcionado

tase inicial _____ media _____ completa _____

Tórax:

Presenta Lesiones Sí No N/A En caso afirmativo describe _____

Se recolecta evidencia física Sí No Cuál? _____

Senos:

Presenta Lesiones Sí No N/A En caso afirmativo describe _____

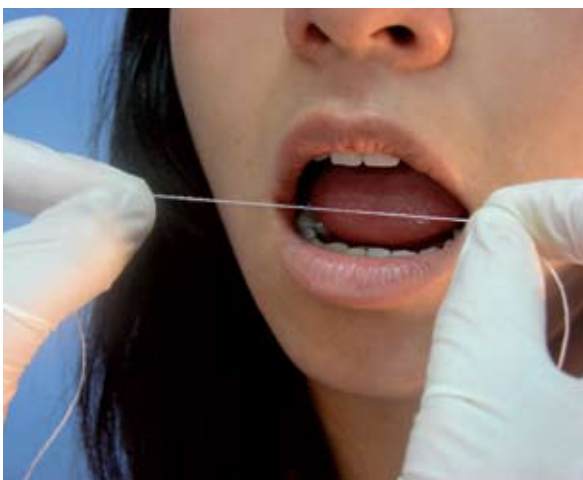
Se recolecta evidencia física Sí No Cuál? _____

En menores de edad describe Caracteres sexuales secundarios (Tanner) _____

Abdomen:

Presenta Lesiones Sí No N/A En caso afirmativo describe _____

- Examen oral: toma de muestras con escobillón, seda dental y/o enjuague con 10 cc de agua destilada en frasco de polipropileno.

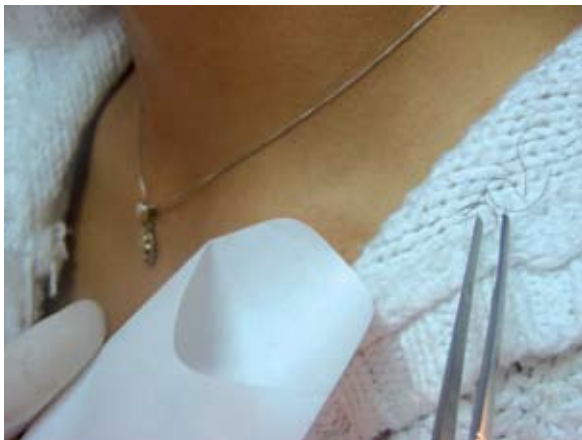


- Realizar búsqueda de saliva del agresor



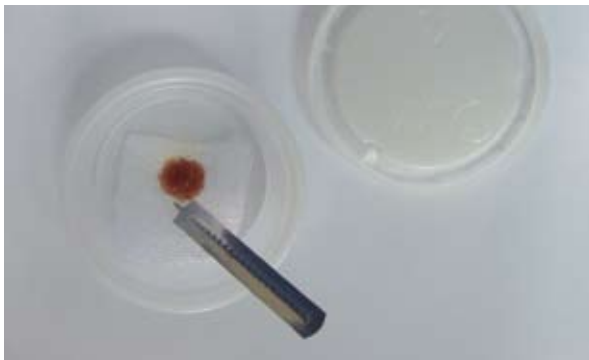


- Identificación genética del agresor. Búsqueda de cabellos del agresor



- Identificación genética del agresor. Sangre





- Búsqueda de otras fuentes de trazas de evidencia del agresor para procesar trazas cuando la víctima se quita las prendas de vestir, la persona debe desvestirse sobre un papel amplio extendido, luego el papel se dobla, se rotula y se embala. Si las prendas están húmedas, deben dejarse secar antes de embalar.



- Búsqueda de semen del agresor





No olvide tomar muestra de cara externa con escobillón y amarrarlo con seda dental antes de introducirlo en el frasco.



- Búsqueda de tóxicos



Psicofarmacos Benzodiacepinas, Fenotiacinas, etc.



• Búsqueda de gestación



• Búsqueda de ITS y VIH/Sida

VIH/Sida



Hepatitis B - Sífilis (VDRL) - Herpes



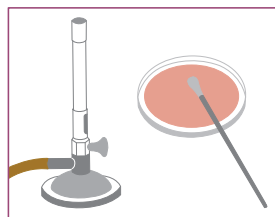
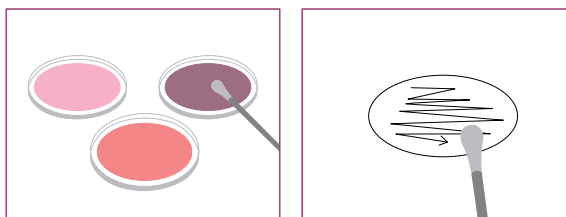
Chlamydia Trachomatis - Condiloma



Cultivo Neiseriae Gonorrhoeae
Frotis en fresco (Trichomona Vaginallis)
Gram (Neiseriae gonorrhoeae, gardenella, vaginallis, hongos).

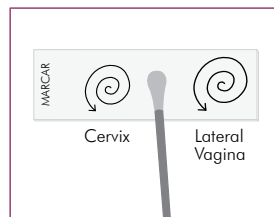
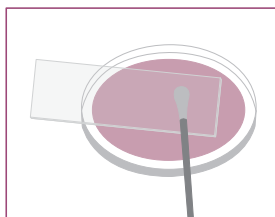
Frotis y Cultivo de flujo vaginal
 3 aplicadores cervix , 3 aplicadores laterales de vagina

Se toman muestras de sitios de penetración o contacto: frotis anal, frotis faringeo, meato uretral y en niñas en vagina y cervix, si no es posible toma cervical, basta con introducir suavemente el escobillón en la vagina.

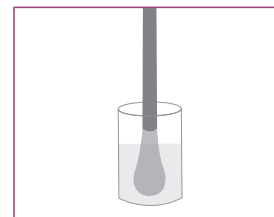
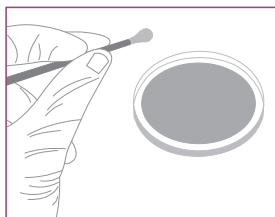


Incubadora

1. Cultivo



2. Gram



3. Caldo BIH
 (agita escobillón en caldo, saca escobillón y tapa caldo, descarta escobillón en guardián)

4. Escobillones en 2cc de Solución Salina

Una vez se terminen la búsqueda de gestación e ITS y VIH/Sida, se deben enviar los hallazgos a Sector Justicia, a la Jefatura Grupo Clínica Forense, Instituto Nacional de Medicina Legal, teléfono: 333 48 06, Kra. 13 No. 7-46, piso 2.

Enviar copia de hallazgos gestación e ITS a Sector Justicia.
Jefatura grupo Clínica Forense Instituto Nacional de Medicina Legal.
Cra 13 7-46 piso 2.
Telefono 4069944/77 ext 1212

- Examen detallado área perineal, anal y tractogenital inferior.



- Registros. Se hacen los debidos registros en el formato "Rótulo elemento materia de prueba o evidencia física" y se procede al embalaje.
- Diligenciar Rótulo de elemento materia de prueba o evidencia física.
- Embalaje. Se procede al embalaje de las evidencias, diligenciando el Registro de cadena de custodia y resumen de evidencias enviadas.



- Diligenciar el formato de registro de cadena de custodia resumen de evidencias enviadas.
- Diligenciar el registro de continuidad de los elementos materia de prueba o evidencia. En orden cronológico se registran las personas custodias de las evidencias.
- Almacenaje de evidencias. Éste debe realizarse a una temperatura menor de 4 grados centígrados, realizando el resgistro de continuidad de los elementos materia de prueba

o evidencia. No olvide la importancia de garantizar la autenticidad de las evidencias.



Una vez todos estos procesos se hallan llevado a cabo, no olvide dar aviso inmediato a la policía judicial, a la línea de atención 123, para que recojan las evidencias.

Dar aviso inmediato a Policía Judicial para que recoja las evidencias, llamando al 123

Bibliografía

- Adams; Harper; Knudson; Revilla, "Examination Findings in Legally Confirmed Child Sexual Abuse: It's Normal to Be Normal", en *Pediatrics*, 94, 1994, pp. 310-317.
- Agudelo Yépez, Martha Cecilia, *Guía práctica para el dictamen sexológico forense*, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Cooperación Alemana al Desarrollo.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect, "Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review", en *Pediatrics*, vol.103, n. 1, January, 1999.
- Arroyo, R.; Tayupanta, L.; Moncayo, G., *Violencia sexual contra las mujeres*. Serie Documentos Técnicos, año 1, Proyecto Regional Corte Penal Internacional y de Justicia.
- Caballero de Aragón, Nora, *Manual de trabajo para la convivencia familiar*, Departamento de Trabajo Social, Cali, Valle, 1993.
- Campanini, Anna María, *Servicio social y modelo sistémico*, Editorial Paidós, Barcelona, España, 1996.
- Centres for Disease Control And Prevention, "Antiretroviral Post Exposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use or Other Non Occupational Exposure To HIV In The United States: Recommendations for The U.S. Department Of Health and Human Services", en *MWWR*, 54 (N RR2), pp. 1-28, 2005.
- Christine, Jamet; Sophie, Maes, *Atención médica a las personas supervivientes de violaciones*, Médicos sin fronteras, junio de 2004.
- Clancy, G., *Emergency Psychiatry Service Handbook*, 2005.
- Clayton, Kieshavarz, "Human Immunodeficiency Virus Postexposure Prophylaxis For Adolescent And Children", *Pediatrics*, vol. 108, No 2, August, pp. 1-13, 2001.
- Comité de Derechos Humanos, en su sesión No. 80 de marzo de 2004.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, *Forensis 2006: Datos para la vida*, Bogotá, 2007.
- Committee on Abuse and Neglect of the Ohio Chapter of the American Academy of Pediatrics. *Ohio Pediatric Sexual Abuse Protocol*, August, 2000, <http://www.cincinnatichildrens.org/go/childabuse>.
- Consejo Distrital para la Atención Integral a Niños y Niñas Víctimas de Abuso y Explotación sexual, Departamento Administrativo de Bienestar Social, *Violencia sexual, un ABC para conocerla*, Serie Cartillas, Bogotá, 2002.
- Consejo Distrital para la Atención Integral a Niños y Niñas Víctimas de Abuso y Explotación sexual, Departamento Administrativo de Bienestar Social, *Guía de atención para la identificación de posibles casos de delitos sexuales*, Serie Cartillas, Bogotá, 2002.
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Artículos 1 y 2.
- Drezett; Junqueira; Pires; Silva, "Contribution to the Study of the Sexual Violence Against the Adolescent: A Perspective of Sexual and Reproductive Health and Violation of Human Rights", en *Adolescencia e saude*, vol. 1, n. 4, 2004, pp. 31-9.
- Drezett, Jefferson, *Atención a sobrevivientes de violencia sexual: el rol de los servicios de salud*, Sao Paulo, Brasil, XIII Congreso Colombiano

- de Prevención y Atención del Maltrato Infantil, Seminario Internacional Responsabilidad del Sector Salud en el Diagnóstico y Atención del Maltrato y Abuso Sexual Infantil, octubre 2005.
- Department of Reproductive Health and Research and Johns Hopkins, Bloomberg School of Public Health, Center for Communications Programs, INFO Project (WHO), *Family Planning: A Global Handbook for Providers*, Baltimore and Geneva, CCP and WHO, 2007.
- Escartin, Maggie, *Abuso sexual hacia los niños y las niñas: Preguntas y respuestas, Una guía para acercarse al tema*, Asociación Afecto, Proyecto VOCES, 2003.
- Everly, G., "Five Principles of Crisis Intervention: Reducing the Risk of Premature Crisis Intervention" en *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(1), pp. 1-4, 2000.
- Feigelson, E.B.; Davis, E.B.; MacKinnon, R., et al., "The Decision to Hospitalize" en *American Journal of Psychiatry*, 135, pp. 354-357, 1978.
- Feinstein, R.; Plutchik, R., "Violence and Suicide Risk Assessment in the Psychiatric Emergency Room" en *Comprehensive Psychiatry*, 31, pp. 337-343, 1990.
- Fino, E.; Cuevas, L., *Mortalidad relacionada con el embarazo. Colombia 1985 -2005*, Tesis de especialización, Universidad de Antioquia, Medellín, 2007.
- Flannery, R.; Everly, G., "Crisis Intervention: a Review" en *International Journal of Emergency Mental Health*, 2 (2), pp. 119 – 125), 2000.
- Friedman, S.; Margolis, R.; David, O.J., et al., "Predicting Psychiatric Admission from an Emergency Room: Psychiatric, Psychosocial, and Methodological Factors" en *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, pp. 155-158, 1983.
- Friedrich, W., et al., "Normative Sexual Behavior in Children: a Contemporary Sample", en *Pediatrics*, vol. 101, n. 4, April 1998, pp. 101-109.
- Fundación Sí mujer, Gobernación de Risaralda, Ministerio de la Protección Social, Fondo Población de Naciones Unidas, "Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas y Sobrevivientes de Violencias Sexuales", en *Guía de actuación para profilaxis postexposición no ocupacional al VIH*, Ministerio de Sanidad y Consumo, España, 2000.
- Gillig, P.M.; Hillard, J.R.; Deddens, J.A., et al., "Clinician's Self-Reported Reactions to Psychiatric Emergency Patients: Effect on Treatment Decisions" en *Psychiatric Quarterly*, 61, pp. 155-162, 1990.
- Glaser, D.; Frosh, S., *Abuso sexual de niños*, Buenos Aires, Paidós, 1997.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, *Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual*, abril, 2004.
- Herrera, J., *Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia*, Universidad del Valle, Ministerio de la Protección Social, UNICEF, FNUAP, 1997.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, "Norma para la profilaxis de la infección por VIH para víctimas de violencia sexual", en *Normas y guías clínicas para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual*, abril del 2004.
- Gómez, P.I., "Anticoncepción de emergencia", en *Texto de obstetricia y ginecología*, Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología, capítulo 165, primera edición, Ed. Distribuna, pp. 844-847, 2004.
- Grupo de Consenso Español sobre Profilaxis Postexposición No ocupacional al VIH, "Recomendaciones para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH", documento de consenso en *Enferm Infecc Microbiol Clin.*, 20, 8, pp. 391-400, 2002.
- Hanson, G.D.; Babigian, H.M., "Reasons for Hospitalization from a Psychiatric Emergency Service". *Psychiatric Quarterly*, 48, pp. 336-351, 1974.
- Holmes, W.; Solomon, P., "Organizational and Client Influences on Psychiatric Admissions" en *Psychiatry*, 44, pp. 201-209, 1981.
- Hornor, "Ano-genital Warts in Children: Sexual Abuse or Not?", en *J Pediatric Health Care*, 18, 2004, pp. 165-170.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, *Promoción de comportamientos pro-sociales en familias, niños y niñas de 3 a 6 años*, Bogotá, 2006.
- Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Conserjería de Servicios Sociales, Comunidad de

- Madrid, *Atención abuso sexual infantil, Programa de Atención al Maltrato Infantil*, 2000.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, *Forensis 2004: Datos para la vida*, Bogotá, 2005.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, *Reglamento técnico para el abordaje integral forense de la víctima en la investigación del delito sexual*, versión 01, noviembre del 2002.
- Johnson, J.H.; Klingler, D.E.; Giannetti, R.A., "A Study of Mental Status and Anamnestic Factors Related to the Decision for Inpatient or Outpatient Treatment" *Journal of Clinical Psychology*, 35, pp. 844-850, 1979.
- Joint ILO/WHO, *Technical Meeting for the Development of Policy and Guidelines. Occupational and Non Occupational Post-Exposure Prophylaxis for HIV Infection*, (HIV-PEP), Geneva, 2005.
- Kaplan, B., et al., *Comprehensive textbook of psychiatry*, 8th ed., 2005.
- Londoño, M.; Ortiz, B.; Gil, Ana, et al. *Embarazo por violación. La crisis múltiple*, Convenio Fundación Servicios Integrales para la mujer, Sí mujer, Colciencias-BID, 3ª edición, Colombia, noviembre, 2004.
- Ludwig, "Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica", en *Arch Pediatric Rug*, 72, 2001, pp. 45-54.
- McCann, Vooris; Simon, Wells, "Perianal-findings in Prepubertal Children Selected for Nonabuse: a Descriptive Study", en *Child Abuse & Neglect*, vol. 13, pp. 179-193, 1989.
- McNiel, D.E.; Myers, R.S.; Zeiner, H.K., et al., "The Role of Violence in Decisions about Hospitalization from the Psychiatric Emergency Room", *American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 207-212, 1992.
- Médicos sin fronteras, *Voluntary Counselling And Testing Policy Msf Holland*, febrero, 2005.
- Médicos sin fronteras, *Profilaxis postexposición (PPE), Procedimientos que hay que seguir en caso de exposición accidental a la sangre u otros fluidos corporales*, MSF-B, MSF-CH-MSF-H, MSF-S, marzo 2005. Traducido por Sandra Bello, 2005-06-07.
- Mezzich, J.E.; Evanczuk, K.J.; Mathias, R.J., et al., "Symptoms And Hospitalization Decisions" en *American Journal of Psychiatry*, 141, pp. 764-769, 1984.
- Mezzich, J.E.; Evanczuk, K.J.; Mathias, R.J., et al., "Admission Decisions and Multiaxial Diagnosis" en *Archives of General Psychiatry*, 41, pp. 1001-1004, 1984.
- Ministerio de la Protección Social, OPS-OMS, *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI*. 2000.
- Ministerio de la Protección Social, Profamilia, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2005*, Colombia, 2005.
- Ministerio de la Protección Social, *Guía de atención del menor maltratado*, Resolución 412 del año 2000.
- Ministerio de la Protección Social. *Guía de atención de la mujer maltratada*. Resolución 412 del año 2000.
- Ministerio de la Protección Social, *Guía para el manejo del VIH-Sida basada en la evidencia*, Colombia, diciembre 2006.
- Ministerio de la Protección Social, *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, 2003.
- OMS, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, 2002.
- OMS, *Guidelines for the Clinical Evaluation of Child and Adolescent Sexual Abuse. Position Statement of the American Academy of Childhood Adolescent Psychiatry*, pp. 655-657.
- OPS-OMS, Ministerio de Salud, *Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI*, 2000.
- Podesta, Marta del Carmen y otra, *Abuso sexual infantil intrafamiliar. Un abordaje desde trabajo social*, Editorial Espacio, Argentina, 2003.
- Polis, C.B.; Schaffer, K.; Blanchard, K.; Glasier, A.; Harper, C.C.; Grimes, D.A., *Advance Provision Of Emergency Contraception For Pregnancy Prevention*, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, 2007.
- Quintero Velásquez, Ángela María, *Trabajo social y procesos familiares*, Editorial Lumen/Humanitas, Argentina, 1997.

- República de Colombia, Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito, *Socialización lineamientos de la intervención en salud mental*, Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de Abuso y Explotación Sexual Infantil, documento preliminar, julio del 2004.
- Richmond, Mary E., *Diagnóstico social*, Editorial Siglo XXI, Madrid, España, 2005.
- Roland, M.E.; Neilands, T.B.; Krone, M.R., et al. "Seroconversion Following Nonoccupational Postexposure Prphylaxis Against HIV" en *Clin Infect Dis* 41, pp. 1507-13, 2005.
- Rose, S.O.; Hawkins, J.; Apodaca, L., "Decision to Admit" en *Archives of General Psychiatry*, 34, pp. 418-421, 1977.
- San Lázaro, Camilla, "Pediatric Assessment of the Sexually Abused Child", en *Representing children*, vol. 10, n. 2, 1997, pp. 101-103.
- Segal, S.P.; Watson, M.A.; Goldfinger, S.M., et al., "Civil Commitment in the Psychiatric Emergency Room: I. The Assessment of Dangerousness by Emergency Room Clinicians" en *Archives of General Psychiatry*, 45, pp. 748-752, 1988.
- Seguro Social Salud, *Documento Guía Maltrato Infantil*, promoción del Buen Trato para la Prevención y Atención del Maltrato Infantil y el Abuso Sexual, 1998.
- Seguro Social Salud, Asociación Afecto, *Enseñando a los niños a evitar el abuso sexual*, Serie cartillas, 3ª edición, 1997.
- Seguro Social Salud, Asociación Afecto, *Intervención en casos de abuso sexual en estado de crisis*, Serie de cartillas, 3ª edición, 1997.
- Seguro Social Salud, Asociación afecto, *Detección precoz del abuso sexual infantil*, Serie de cartillas, 3ª edición, 1997.
- Seguro Social Salud, Asociación Afecto, *El drama de la niñez maltratada en Colombia*.
- Sirotnak, Krugman, "Physical Abuse of Children: An Update", en *Pediatrics*, vol. 15, n. 10, October, 1994.
- Sistema Operacional de las Naciones Unidas en Colombia, *Evaluación conjunta de país*, Bogotá, 14 de noviembre de 2006, p. 19.
- Slagg, N.B., "Characteristics of Emergency Room Patients That Predict Hospitalization or Disposition to Alternative Treatments" en *Hospital and Community Psychiatry*, 44, pp. 252-256, 1993.
- Tischler, G.L., "Decision-Making Process in The Emergency Room" en *Archives of General Psychiatry*, 14, pp. 69-78, 1966.
- UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Violencia contra las niñas y las mujeres. Prioridad de salud pública*, <http://www.unfpa.org>
- UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Hablemos de lo que no se habla*, La cartilla, 2002.
- Urrego-Mendoza, Z., "Las invisibles: una lectura desde la salud pública sobre la violencia sexual contra niñas y mujeres colombianas en la actualidad" en *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(1), pp. 38-44, 2007.
- Way, B.; Banks, S., "Clinical Factors Related to Admission and Release Decisions in Psychiatric Emergency Services" en *Psychiatr Serv*, 52, pp. 214-218, 2001.
- Way, B.; Evans, M.E.; Banks, S.M., "Factors Predicting Referral to Inpatient or Outpatient Treatment from Psychiatric Emergency Services" en *Hospital and Community Psychiatry*, 43, pp. 703-708, 1992.
- World Health Organization, *Child abuse & neglect*, WHO library cataloguing in publication data, 2002.
- World Health Organization. *Integrated Multisectorial Approach to Child Abuse Prevention*, WHO library cataloguing in publication data, 2000.
- World Health Organization, *Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence*, WHO library cataloguing in publication data, 2003.
- World Health Organization, *Sexually Transmitted and other Reproductive Tract Infections*, Library Cataloguing in Publication Data, 2005.
- World Health Organization, *Training Modules for the Syndromatic Management Of Sexually Transmitted Infections*, 2da edición, 2005.
- World Health Organization, *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use*, 2a edición, Geneva, 2005.

World Health Organization, *Randomized Controlled Trial of Levonorgestrel Versus Yuzpe Regimen of Combined Oral Contraceptive for Emergency Contraception*, Lancet, pp. 352 - 428, 1998.

World Health Organization, *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, third edition, 2004.

World Health Organization, *Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections*, WHO library cataloguing in publication data, pp. 10-27, 2005.

World Health Organization, *Training Modules for the Syndromatic Management of Sexually Transmitted Infections*, segunda edición, 2005.

Referencias web:

<http://es.wikihow.com/evitar-la-violencia-sexual-en-la-familia>

[http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument)