

Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual

UNFPA

Enero 26, 2011

Dirección General de Salud Pública



MAURICIO SANTAMARIA

Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELASQUEZ

Director General de Salud Pública

RICARDO LUQUE NUÑEZ

Coordinador Promoción y Prevención

GLORIA ISABEL PUERTA HOYOS

**Referente SSR para la Prevención de la Violencia
Doméstica y Sexual**



Fondo de Población de
Naciones Unidas

TANIA GABRIELLE COOPER PATRIOTA

Representante UNFPA en Colombia

LUCY WARTEMBERG

**Vice Representante Auxiliar UNFPA en
Colombia**

MARY LUZ MEJIA GOMEZ

Asesora en Salud Sexual y Reproductiva

UNFPA en Colombia

AUTORES

ERIKA GIOVANNA VELOZA MARTÍNEZ

Psicóloga. Especialista en Estudios de Género. Mg. Estudios de Familia

NILDA CAROLINA TORRES GUTIERREZ

Psicóloga. Especialista en Derechos de la Infancia

FIDELIGNO PARDO SIERRA

Médico Forense. Especialista en Investigación Criminalística

ARGELIA LONDOÑO VELEZ

Socióloga. Consultora Experta en Derechos Sexuales y Reproductivos

MARIA CRISTINA HURTADO SAENZ

Abogada. Especialista en Política Social.

CLAUDIA PATRICIA GÓMEZ LÓPEZ

Politóloga. Mg. en Derechos Humanos

ALVARO JAVIER GIRON CEPEDA

Médico, Epidemiólogo, Gerente de Servicios de Salud

CRISTINA VILLARREAL

Psicóloga. Directora Ejecutiva Fundación Oriéntame – Bogotá

NATALIA PINEDA L.

Politóloga y Antropóloga. Mg. Políticas y Administración Pública
Directora de la Fundación Si Mujer- Cali.

REVISIÓN Y AJUSTES

ZULMA CONSUELO URREGO MENDOZA

Médica Psiquiatra. Epidemióloga. Magister en Psicología Clínica y de la Familia.
PhD (c) Salud Pública

MONICA VEJARANO

Psicóloga. Mg. Psicología. PHD en Psicología

MIGUEL BARRIOS ACOSTA

Médico Pediatra. PhD (c) Salud Pública.

MIGUEL ENRIQUE CÁRDENAS RODRIGUEZ

Médico Psiquiatra. Psiquiatra Infantil

LILIANA ANDRADE FORERO

Médica Mg. Medicina Tropical y salud Internacional
Experta en VIH /SIDA

MARIA MERCEDES LAFAURIE

Psicóloga. Mg. “Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado”

HELKA ALEJANDRA QUEVEDO HIDALGO

Antropóloga. Mg. (c) Derechos Humanos

RAFAEL VASQUEZ ROJAS

Médico Psiquiatra de niños, niñas y adolescentes.

COLABORADORES 1

OLGA LUCIA BARRAGÁN, Odontóloga forense. Instituto Colombiano de Medicina Legal

DANIEL OTALVARO CORTÉS DÍAZ, Médico ginecólogo, Mg. en Estudios de Género.

LORENZA OSPINO, Consultora SSR, Ministerio de la Protección Social –UNFPA

JULIO CÉSAR VERGEL, Consultor de calidad Ministerio de la Protección Social –UNFPA

GLORIA PUERTA, MPS

MARY LUZ MEJÍA, UNFPA

CARLOS PACHECO, UNFPA

FRANCISCO SIERRA, UNFPA

FERNANDO PINILLA, Clínica Colsubsidio:

JAIRO AMAYA, Clínica Palermo, Universidad Nacional:

CLARA OLGA ESPINOZA, DSSA

JULIETH VÉLEZ, Secretaria de la Mujer Medellín

CARLOS MESA, CAIVAS Medellín

DIANA RODRÍGUEZ, Grupo SM MPS

MARITZA IZASA, Coordinadora SM de Secretaria de Salud de Cali

LAURA MORENO, Coordinadora SM de Secretaria de Salud de Bucaramanga

MARTÍN BARRERA, Coordinadora SM de Secretaria de Salud de Boyacá

MARTHA ISABEL DALLOS, Coordinadora de atención a víctimas de VS – UIS Bucaramanga

LEIDY MARIÑO, Coordinadora de Atención VS en Pasto Salud Nariño

ELENITA MOTTA, ICBF

¹ Un agradecimiento muy especial para quienes participaron de los diferentes momentos de la revisión y discusión del Modelo.

NOHORA SARMIENTO, ICBF

RICARDO SANTACRUZ, ICBF

DORA FINO, Instituto Nacional de Salud

GRACIELA PARDO, Universidad Nacional Facultad de Psicología

MYRIAM RODRÍGUEZ, Universidad Nacional

MARIA CRISTINA CALDERON, Profamilia

CLAUDIA RAMIREZ, SISMA MUJER

MERY BARRAGAN, OIM

ARIADNA TOVAR, WOMEN'S LINK WORLD WIDE

MARCELA ENCIZO, Procuraduría General de la Nación

ESMERALDA RUIZ, UNFPA

FLOR MARIA DIAZ, UNIFEM

ESPERANZA FERNANDEZ, Procuraduría General de la Nación

ANGELA MARIA MEJIA, CICR

OSCAR GARCIA, MSF –FRANCIA

JAIME H. PEDRAZA, MSF –HOLANDA

MARIA CONSUELO ARENAS, OIM

MARIA ALONSO, MSF

XAVIER PUNSET, MSF

RAFAEL CONTRERAS, MSF

JONATHAN NOVOA, MSF

ANGELA MARIA RAMIREZ, MSF

RAQUEL VERGARA, CONSULTORA FUNDACION RESTREPO BARCO

Índice

Contenido

Contenido

Presentación	15
Introducción	17
Capítulo 1.....	19
La Violencia Sexual en Colombia	19
1.1 Violencias por motivos de género y violencia sexual	22
1.2 Cifras de la Violencia Sexual en Colombia	25
1.2.1 Principales Condiciones de Vulnerabilidad Especifica Frente a la Violencia sexual en Colombia:.....	29
1.2.1.1 De acuerdo con grupo de edad: niñas, niños y adolescentes (NNA)	29
1.2.1.2 De acuerdo con condiciones de Sexo/Género: mujeres y personas de la comunidad LGBTI	34
1.2.1.3 De acuerdo con el contexto de conflicto armado interno: Personas habitantes en áreas con fuerte presencia de actores armados y personas en situación de desplazamiento forzado	35
Capítulo 2.....	44
Marco de Derechos y Ético- Conceptual que sustentan el Modelo	44
2.1.Enfoque de Derechos	44
2.1.1. Enfoque de Derechos sexuales y Reproductivos (DSR)	45
2.1.2.La Salud Sexual y Reproductiva	49
2.2. Enfoque desde la Salud Pública	54
2.3. Enfoque de género y orientación sexual	57
2.4. Enfoque diferencial	63
2.4.1.Enfoque diferencial étnico	64
2.4.2.Enfoque diferencial por discapacidad	66
2.4.3. Enfoque diferencial por ciclo vital	68

2.5. Enfoque de Integralidad	72
Capítulo 3.....	74
Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, y Prevención de la Violencia Sexual	74
3.1. Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva	74
3.1.1. Factores protectores frente a la violencia sexual.....	76
3.1.2. Cómo concretar acciones para la promoción de la salud:.....	77
Actividades del primer nivel.....	78
3. 2. Prevención de la Violencia Sexual.....	79
3.2.1 Factores de riesgo.....	80
3.2.2 Prevención en Ámbitos de la Vida Cotidiana.....	83
3.2.3 Elementos clave para la prevención de acuerdo al ciclo vital.	86
3.2.4 La prevención de la violencia sexual en poblaciones especiales.....	88
Capítulo 4.....	92
Detección de la violencia sexual en los servicios de salud	92
4.1 La Detección de Casos de Violencia Sexual	92
4.2 Signos, Síntomas y Factores de Riesgo que deben alertar la sospecha y diagnóstico de situaciones de violencia sexual.....	93
4.3 Elementos Específicos para la Detección de la Violencia Sexual en NNA	96
Condiciones en las cuales se puede establecer con certeza la violencia sexual	97
Condiciones en las que es altamente probable la violencia sexual	97
Condiciones en las que hay posibilidad de violencia sexual.....	98
Comportamientos sexuales de niños y niñas que no se presentan usualmente en el desarrollo que pueden alertar la probabilidad de violencia o abuso sexual	98
Otros comportamientos a tener en cuenta para sospechar abuso sexual	98
4.3.1. Otras consideraciones sobre la detección de casos de violencia sexual en niños y niñas y adolescentes	100
4.4. Signos y síntomas de violencia sexual detectables en salud oral.....	101
4.5. Consideraciones sobre la detección de casos en adultos	102

4.5.1. Violencia sexual contra la mujer.....	102
4.5.2. Violencia sexual al interior de la pareja.....	102
4.5.3. Violencia sexual contra los hombres	103
CAPITULO 5.....	104
Atención Integral de la Violencia Sexual en el Sector Salud.....	104
5.1. Revictimización.....	105
5.2. Lineamientos generales de la atención a las víctimas de violencia sexual	107
5.2.1. Preparación institucional.....	107
5.2.2. Atención clínica a las y los sobrevivientes de la violencia sexual.....	109
5.2.3. Entrevista a Víctimas de Violencia Sexual	110
5.2.3.1. Elementos Específicos de la Entrevista a Víctimas de Violencia Sexual	111
5.4. PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	114
Procesos y Procedimientos.....	114
Recibir y atender de forma INMEDIATA.....	114
Evaluar si se encuentra en peligro inminente la vida del/ la paciente.....	114
Evaluar estado emocional/mental actual del paciente.....	115
Explicar los derechos del sobreviviente y explicar en qué consiste el proceso de atención integral en el sector salud	115
Hacer la asesoría para el proceso de consentimiento informado para los procedimientos clínicos de la atención integral de urgencias, los procedimientos médico legales y los exámenes de VIH/SIDA	116
Realización de la Anamnesis.....	119
Iniciar el proceso de atención médica y médico-legal	123
Realizar examen físico y mental completo, incluido un detallado examen genital y búsqueda clínica de presunción y certeza de embarazo e ITS.....	123
Toma de muestras forenses	125
Establecer el diagnóstico médico	125

Realizar el proceso de cadena de custodia: búsqueda y toma de evidencias físicas, rotulación, embalaje, almacenamiento, llenado de registros.	127
Explicar al paciente el resultado de los exámenes, y procedimientos de seguimiento que se requieren....	127
Se toman pruebas diagnósticas para descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de violencia sexual.....	127
En asalto sexual y antes de que hayan pasado 72 horas desde el momento del evento:	127
Anticoncepción de emergencia (AE) – Profilaxis para embarazo.....	128
Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) producto de la violencia sexual.....	128
Dar manejo integral a otras patologías alternas.	130
Solicitar una interconsulta de urgencia / consulta de urgencia con médico psiquiatra o psicólogo clínico que brinde al paciente una intervención psicoterapéutica inicial.	130
Remitir hacia otros profesionales de salud para el abordaje integral.....	130
Brindar orientación en derechos y procedimientos a seguir dentro del sector salud y fuera del mismo. (Protección, justicia, educación).....	130
Llenar la ficha de seguimiento personal y de vigilancia epidemiológica.....	131
Hacer el proceso de denuncia formal o no formal por el designado en el equipo de atención	131
Entrega de materiales probatorios a policía judicial.....	131
Proceso de seguimiento	131
5.5. FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN	132
5.6. RECOMENDACIONES PARA EFECTUAR EL EXÁMEN FÍSICO DE NNA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	138
5.7. PROTOCOLO PARA EL EXÁMEN Y MANEJO CLÍNICO EN VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL DENTRO DE CONTEXTOS DE CONFLICTO ARMADO INTERNO, DESPLAZAMIENTO FORZADO, PERSONAS ALBERGADAS O REFUGIADAS, Y OTRAS EMERGENCIAS HUMANITARIAS	139
5.8. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)	145
Violación e IVE.....	145
5.8.1. Proceso de atención	146
Procedimientos:.....	153
Capítulo 6.....	159

El Cuidado Integral de la Salud Mental desde el Sector Salud ante la Violencia Sexual	159
6.1. El Cuidado de la Salud Mental desde el Sector Salud.....	159
¿Qué entendemos por Salud Mental?	159
¿Qué tipo de acciones y de orientación esencial son requeridas para desarrollar un proceso de cuidado integral de la salud mental en personas y comunidades que sufren el impacto de la violencia sexual? ..	162
6.2. Implicaciones de la Violencia Sexual para la Salud Mental de las Personas y las Comunidades	164
¿Cuáles son las implicaciones psicológicas y sociales de la violencia sexual para las víctimas?.....	164
¿Cuáles son las implicaciones psicológicas y sociales de la violencia sexual para los grupos sociales de pertenencia de las víctimas?	166
¿Por qué es necesario para las personas víctima de violencia sexual y sus comunidades de pertenencia contar con atención psicosocial y en salud mental?	166
6.3. Abordaje Psicosocial e Intervenciones Colectivas para personas víctimas de violencia sexual: características específicas.	166
¿Cuáles son las características de los primeros auxilios psicológicos generales para víctimas de violencia sexual brindados por el personal de abordaje psicosocial y otros trabajadores /as de la salud ubicados en ámbitos comunitarios?	167
¿Cuáles son los componentes mínimos que debe contener una atención integral en salud mental para víctimas de violencia sexual?.....	171
¿Cuáles son las características generales de la intervención terapéutica inicial no especializada en salud mental dispensada por el médico general a las víctimas de violencia sexual en el contexto de la atención de la urgencia médica?	172
¿Cuáles son las características generales de la intervención psicoterapéutica especializada en salud mental dispensada a las víctimas de violencia sexual en el contexto de la atención de la urgencia médica?	181
¿Cuáles son las características esenciales de la intervención terapéutica por equipo interdisciplinario de salud mental para víctimas de violencia sexual?.....	184
Estructura de la intervención psicoterapéutica por equipo interdisciplinario.....	184
Necesidades especiales del/la niña, niño o adolescente que ha sido víctima de violencia sexual, rol de la familia y del sector salud en perspectiva de ciclo vital en la intervención por equipo interdisciplinario en salud mental.	187
¿Cuáles son las posibles intervenciones psicoterapéuticas del equipo interdisciplinario de salud mental ante el agresor sexual menor de 14 años?	192

¿Cuáles son los cuidados mínimos en salud mental para los trabajadores de la salud que atienden víctimas de violencia sexual?.....	193
Capítulo 7.....	196
Procesos Intersectoriales y Ruta de atención Intersectorial.....	196
Activación de la Ruta de Protección:.....	197
Activación de la Ruta de Acceso a Justicia:	198
SECTORES QUE INTERVIENEN EN EL ABORDAJE INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	199
Competencias Institucionales de los otros sectores:	199
Redes Intersectoriales de atención, redes de Buen Trato y Comités Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual.	202
Rutas de Atención Intersectorial para las víctimas de Violencia Sexual	204
Capítulo 8.....	206
Protección y Recuperación.....	206
ELABORACIÓN DEL PLAN DE PROTECCIÓN.....	207
Pasos para la elaboración del plan de protección desde el sector salud.	208
Capítulo 9.....	212
Atención de la Violencia Sexual en el Marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS	212
9.1 Generalidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	212
El SGSSS.	212
Los regímenes de afiliación del SGSSS.....	214
Los regímenes de excepción.....	214
Los planes de beneficios en el SGSSS.	214
Lo no incluido en el Plan Obligatorio de Salud (NO POS).	215
Lo no incluido en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (NO POS-S)	216
Los niveles de complejidad.....	216
Principios y criterios para la definición y cobertura de contenidos.	217
Población por condición de afiliación y las condiciones de cobertura de su atención.	218

El afiliado.	218
El no afiliado.	218
Los periodos mínimos de cotización y los pagos compartidos: ¿qué son? ¿siempre operan?	219
Los recobros en el Sistema de salud.....	219
Cobertura de servicios de salud.	220
La urgencia y la atención inicial de urgencias.	220
Aspectos generales de la cobertura de servicios de salud y en especial de la atención inicial de urgencias.	221
La cobertura de la atención subsiguiente a la inicial de urgencias y la no urgente.	224
La cobertura del no afiliado.....	224
Población no afiliada, no cubierta por subsidios a la demanda.....	225
Población no afiliada, no objeto de subsidios.	225
Algunos “mitos” en la cobertura de los planes de beneficios.....	226
Marco normativo aplicado a la cobertura de la atención en violencia sexual.....	234
La atención inicial de urgencias en la atención de la violencia sexual y su cobertura de acuerdo con las normas del SGSSS.	234
Aplicación de otras normas a la cobertura de la atención de la violencia sexual.	235
Fundamentos de la decisión.....	238
¿Cómo reducir el plazo de la atención efectiva de la violencia sexual?.....	241
¿En la atención de la violencia sexual esto es POS o NOPOS?	242
Reduciendo el error.....	242
Mecanismos expeditos en el Distrito Capital, para la cobertura de lo no cubierto por los planes de beneficios: ¿una experiencia para adaptar o para adoptar?	242
Las estrategias de centralización.....	247
Anexo. 1.....	250
Oferta de acciones de prevención en el SGSSS	250
Anexo 2.....	257

Signos y síntomas de violencia sexual detectables en salud oral.....	257
ANEXO 6.....	270
CUADRO DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN SGSSS	270

DOCUMENTO EN PROCESO DE PUBLICACIÓN

Presentación

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

El abuso sexual, el asalto sexual y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes son los tipos más frecuentes de la violencia sexual. Cada tipo de violencia genera consecuencias físicas, emocionales y sociales diferentes y cada persona y grupo familiar la experimentan de forma distinta. Por ello, dar respuesta a las necesidades especiales de las víctimas de violencia requiere conocimiento, preparación y una adecuada disposición personal para minimizar las posibles victimizaciones secundarias surgidas de los procesos de intervención. Por ello, la Atención en Salud para personas que han sido víctimas de violencia sexual es generalmente una de las experiencias más retadoras para el personal de salud, debido a que no solo requiere de éste conocimientos técnicos específicos en el abordaje clínico del caso, sino también del despliegue de habilidades de comunicación, manejo de crisis, trabajo interdisciplinario, consejería y sobre todo ética, sensibilidad y solidaridad.

La atención integral a una víctima de violencia sexual necesita de trabajo sectorial e intersectorial estructurado, en el que los sectores de salud, protección y justicia tienen competencias complementarias. Actuando de una manera articulada y no victimizante se busca garantizar desde el sector salud que la persona víctima de violencia sexual reciba una atención de calidad que le ayude a restaurar su autonomía y dignidad y que le ayude en su recuperación física y emocional; y desde los otros sectores a que cuente con las garantías de protección y no repetición del hecho violento y de acceso a justicia para que el delito no quede impune.

El Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual fue desarrollado para apoyar el trabajo de los equipos de salud y de los actores del SGSSS, quienes con frecuencia tienen dificultades en el abordaje integral de estos casos. El modelo brinda herramientas técnicas, conceptuales y prácticas sobre cómo atender de manera integral y reparadora desde el sector salud a las víctimas de violencia sexual. Fue construido a través de un trabajo de revisión nacional e internacional de los elementos técnicos y conceptuales para generar buenas prácticas de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, y ha contado para su construcción con la participación de profesionales e instituciones con amplia experiencia y formación en el abordaje integral a víctimas.

Es el interés del Ministerio de la Protección Social y del Fondo de Población que este documento se convierta en una herramienta valiosa para los profesionales e instituciones que en algún momento de su práctica profesional estén en contacto con esta problemática y que al contar con las herramientas conceptuales, con un genuino interés, habilidades personales y profesionales, y con el sustento de una institucionalidad preparada y competente, estén en capacidad de brindar una respuesta eficaz y humana que se constituya en el elemento fundamental para minimizar riesgos asociados a la situación

de violencia, y dar una atención de calidad a una persona que se ha sufrido la violencia sexual y que se encuentra en un momento de vulnerabilidad extremo.

A continuación encontrarán ampliamente desarrollados los elementos conceptuales, técnicos y normativos que sustentan la atención de las violencias sexuales, los elementos para la prevención, detección, atención (física y en salud mental), activación de procesos intersectoriales, protección y recuperación, y el abordaje en la atención de la violencia sexual en el marco del SGSSS.

Introducción

La atención integral en salud a víctimas de violencias sexuales constituye un importante reto para los profesionales de la salud y para las instituciones.

El Ministerio de la Protección Social en el año 2000 desarrolló la Guía del Menor maltratado y la Guía de la Mujer Maltratada (Resolución 412 de 2000). Estas Guías que a la fecha se encuentran vigentes, indican las acciones que el sector salud debe realizar frente a la atención de problemáticas de violencia intrafamiliar, sexual y de pareja, y deben ser retomadas o adaptadas a través de Protocolos en cada una de las instituciones de salud del país para la atención de estos diferentes tipos de violencia. A pesar de su existencia y de los permanentes procesos de capacitación realizados por las Entidades Territoriales y el mismo Ministerio, en muchas instituciones del país no son aplicadas y en algunos casos incluso son desconocidas. Esto ha tenido como consecuencia que los procesos y procedimientos que son aplicados en la atención de los casos de violencia sexual no cuenten con la calidad y oportunidad que una víctima de violencia sexual requiere.

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

Para brindar una atención integral y de calidad los actores del SGSSS deben contar con capacidad de respuesta ante estos eventos, entre otras tendrán que contar con personal calificado y capacitado, designar un responsable / comité institucional que dirija y actúe en el abordaje del caso, establecer procesos de capacitación permanente para personal de atención y administrativo, identificar posibles barreras de acceso a la institución y desarrollar planes para disminuirlas, establecer procedimientos de actuación adaptados a la institución (en el marco de los procesos intersectoriales de la localidad, comuna, municipio), tener claridad en los procedimientos e insumos para dar una atención con calidad, garantizar los elementos para realizar profilaxis post exposición para ITS, VIH, Hepatitis B, Embarazo; establecer los procesos de remisión intersectorial: rutas de protección, rutas de acceso a justicia, definir y garantizar acciones de seguimiento.

A los profesionales de salud, el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, les permitirá contar con herramientas conceptuales y prácticas para el abordaje integral de la violencia sexual y para las acciones de prevención, detección y atención integral que tendrán a su cargo.

La violencia sexual es una problemática frente a la cual cualquier niño, niña, adolescente, mujer y hombre puede estar expuesto. Es una problemática tan común y cercana que muchas veces para la sociedad es invisible, cotidiana o fuente de resignación e indignación. Para la víctima siempre será una condición que le degrada y deshumaniza y que puede dejar consecuencias negativas que puede tener que afrontar de por vida. Quienes realicen la atención podrán contar con la oportunidad de apoyar a una persona y a su familia en un momento de alta vulnerabilidad, de generar condiciones de atención humana y profesional que

minimicen estas consecuencias, y el compromiso de iniciar acciones para la protección y no repetición de otras formas de violencia. Atender con calidad, oportunidad se constituye en una oportunidad de impactar positivamente en la vida de estas personas y de cumplir con las responsabilidades que como seres humanos, profesionales y como sector tenemos ante las víctimas de violencia sexual.

DOCUMENTO EN PROCESO DE PUBLICACIÓN

Capítulo 1

La Violencia Sexual en Colombia

La violencia sexual, en todas sus manifestaciones, constituye una de las más graves afectaciones a los derechos fundamentales de las personas, atentando particularmente contra los derechos a la vida, la libertad, la seguridad, la integridad física y psicológica, la libre expresión y libertad de circulación y el libre desarrollo de la personalidad, dificultando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y que se alcancen estándares deseables de salud física y mental.

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

Retomando la definición de la Organización Mundial de la Salud, se entiende la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos en hogar, y el lugar de trabajo”². Se constituye además en un acto deliberado, consciente, intencional, y racional; claramente instrumental y orientado a la consecución de unas metas a corto plazo que son deseadas por el sujeto agresor, sin tomar en cuenta las necesidades o derechos de quién es agredido.³

Al igual que otras formas de violencia, la violencia sexual pone en escena una serie de asimetrías de poder propias de una determinada estructura social, en medio de la cual es posible que unos individuos situados en una posición privilegiada efectúen ejercicios de poder y control sobre otros sujetos en desventaja, quienes ven transgredidos sus derechos y se ven enfrentados a asumir obstáculos potenciales para su desarrollo en virtud del ejercicio violento impuesto en su contra.

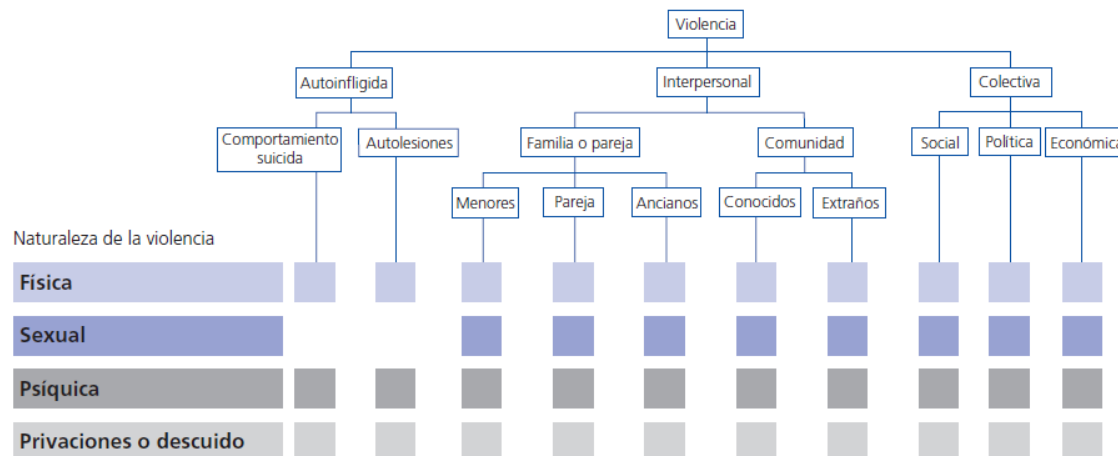
De acuerdo con la OMS, la violencia sexual se produce en el marco de relaciones ecológicas entre distintos niveles de la realidad social (macrosocial – mesosocial- microsocal), y se expresa transversalmente a lo largo del continuo de la violencia de tipo interpersonal y colectiva; aunque la tipología de la OMS en su “Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud” no lo expresa de manera explícita, la violencia sexual también se ha relacionado con la violencia autoinflingida y la violencia homicida⁴:

² OPS – OMS (2003) “Informe Mundial sobre la violencia y la salud” *Publicación Científico Técnica No. 588*. Washington, D.C., Organización Mundial de la Salud. http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm [Citado de: 19/01/11]

³ Arent, H (1970) Sobre la violencia. Cuadernos de Joaquín Mortíz. México. Joaquín Mortíz S.A. Pág. 93

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003) La Violencia Sexual. IN ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (Ed.) *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud 2003. Publicación Científico Técnica No. 588*. Washington, D.C., Organización Mundial de la Salud. http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm [Citado de: 19/01/11].

Una tipología de la violencia



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2003)

Dentro del marco legal colombiano, la violencia sexual “Se define como cualquier contacto, acto, insinuación o amenaza que degrade o dañe el cuerpo y la sexualidad de una niña, niño, adolescente, hombre o mujer y que atenta contra su libertad, dignidad, formación e integridad sexual; concepto que obviamente abarca cualquier daño o intento de daño físico, psicológico o emocional”.⁵

La Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, define el daño o sufrimiento sexual⁶ como las consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considera daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

Según Profamilia y la Defensoría del Pueblo de Colombia, por *violencia sexual* se entiende todo acto que atenta contra la libertad, integridad y formación sexual mediante fuerza física o psíquica o la amenaza de usarla, con el fin de obligar a alguien a tener relaciones sexuales o imponerle un comportamiento sexual específico, en contra de su voluntad⁷.

La violencia sexual les ocurre a niñas, adolescentes, mujeres adultas y ancianas, niños, hombres adultos y ancianos; no obstante, las víctimas más frecuentes son las mujeres, las niñas y adolescentes, y las personas que ejercen sexualidades no normativas. Se da en el marco de *relaciones abusivas* de poder en donde se somete a la víctima a situaciones de violencia sexual de manera repetitiva y muchas veces crónica, y expresa así mismo en interacciones en las que el agresor ejerce sus ejercicios de control y poder con *la amenaza o el uso de la fuerza*⁸.

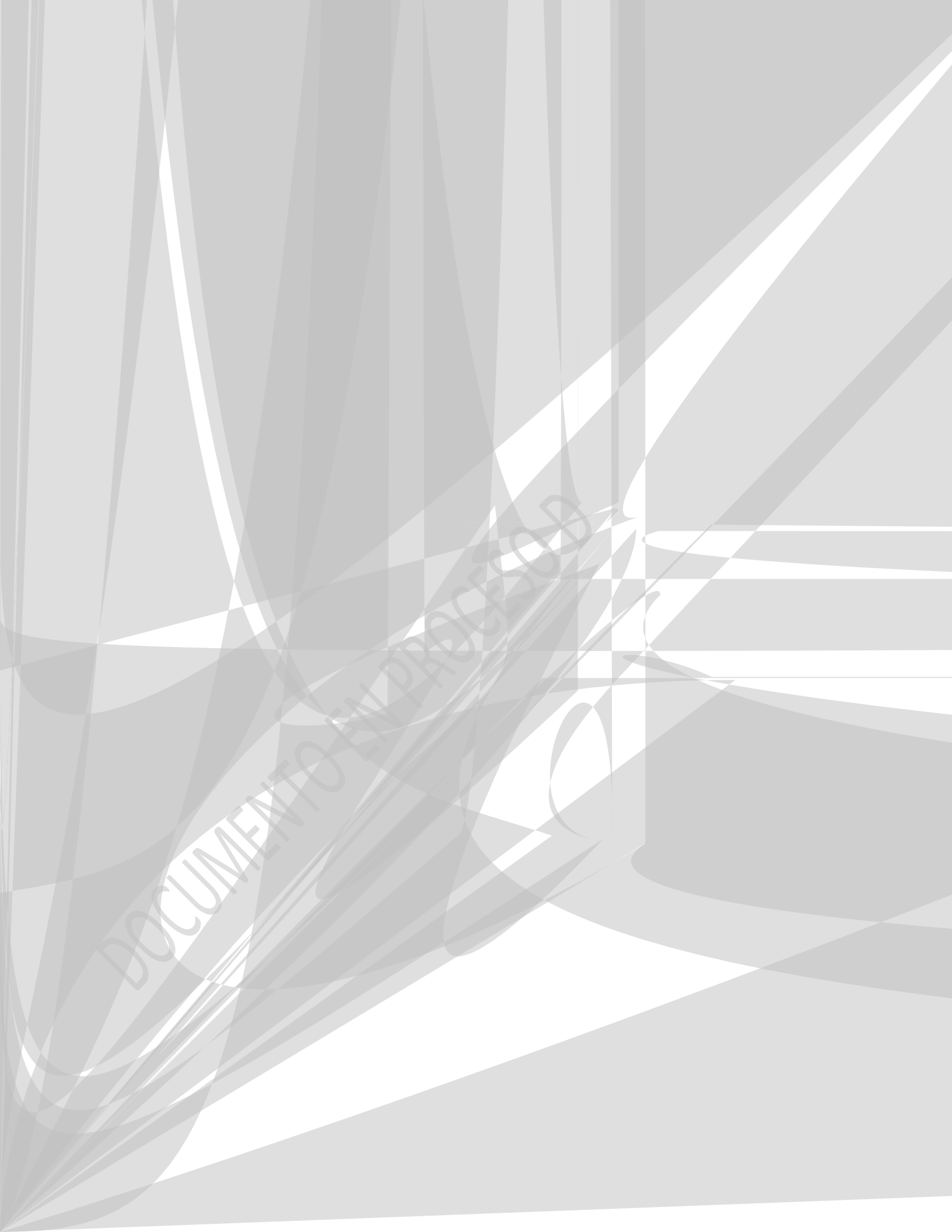
⁵Fiscalía General de la Nación. (2010). Centros de Atención Ciudadana.

⁶ Congreso de la República de Colombia. Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de Violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.

⁷Defensoría del Pueblo de Colombia y Profamilia, “Modulo de la A a la Z en Derechos sexuales y reproductivos para funcionarios y funcionarias con énfasis en violencia intrafamiliar y violencia sexual, 2007, Bogotá.

⁸Estas manifestaciones pueden darse incluso dentro de una relación de pareja.

DOCUMENTO EN PROCESO DE PUB



DOCUMENTO EM PROCESSO

tardío e insuficiente su reconocimiento como una afectación adicional, indebida, y especialmente gravosa que los tiempos de guerra imponen sobre éstos grupos humanos que ya desde tiempos de paz se encuentran en posiciones especialmente desprovistas de poder dentro de la estructura social imperante^{23,24,25}.

Los repertorios de violencia sexual contra las mujeres y las niñas durante los conflictos armados incluyen modalidades como la violación, la tortura sexual, la mutilación de genitales y caracteres sexuales secundarios, el feminicidio sexual, la extracción de fetos a las embarazadas, la trata de mujeres, la esclavitud sexual, los abusos sexuales, el incesto forzado, el embarazo y aborto forzados, el sexo transaccional, los matrimonios por abducción y otras modalidades de uniones forzadas, la obstaculización del acceso a métodos de control de la natalidad y otros servicios de salud sexual y reproductiva de alta prioridad, el sometimiento a desnudez, las exploraciones genitales rutinarias y degradantes para las prisioneras de guerra, el establecimiento de pautas para regular la conducta pública y privada de las mujeres dentro de los territorios controlados por algunos actores armados, y los castigos degradantes con contenidos sexuales ante el incumplimiento de tales normas, junto con la explotación sexual de niñas, adolescentes, y mujeres desplazadas internas o refugiadas, entre otras^{26,27,28,29,30}.

En la última década, también se ha constatado la existencia de violencia de carácter sexual contra hombres y niños –que incluye la violación, tortura sexual, mutilación de genitales, esclavitud sexual, incesto obligado y violación forzada– en 25 conflictos armados de todo el mundo. Si se amplía este recuento para incluir los casos de explotación sexual de los niños desplazados por conflictos violentos, la lista abarca la mayor parte de los 59 conflictos armados identificados en el reciente Informe sobre Seguridad Humana³¹.

La violencia sexual como un tipo particular de las VBG es en definitiva un delito deshumanizante que transgrede los derechos humanos, porque quien lo comete considera que su víctima carece de valor humano, a causa de su orientación sexual, género y/o identidad de género. Cuando ocurre en el marco del conflicto armado interno se constituye además en una violación grave al Derecho Internacional Humanitario, y puede configurar tanto un delito de lesa humanidad como de guerra, según el Estatuto de Roma, sí se comete de manera sistemática y generalizada.

²³ Brownmiller, S (1975) "Against Our Will: Men, Women, and Rape" New York. Fawcett books. 476 p.

²⁴ Moreyra, M (2007) "Conflictos Armados y Violencia Sexual contra las mujeres". Buenos Aires, Editores del Puerto. 207 p.

²⁵ Vigarello, G (1999) "Historia de la Violación. Siglos XVI – XX". Madrid. Cátedra. 394 p.

²⁶ Ofer, D; Weitzman, L (2004) "Mujeres en el Holocausto. Fundamentos teóricos para un análisis de género del Holocausto". Plaza y Valdéz. México. 60 p.

²⁷ Pappé, I (2006) "La limpieza étnica de Palestina". Barcelona, Memoria crítica. 414p.

²⁸ Defensoría del Pueblo República de Colombia (2008) Promoción y monitoreo de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencia intrafamiliar y sexual. Defensoría del Pueblo – Organización Internacional para las Migraciones, Bogotá. 342 p.

²⁹ Moreyra, M (2007) "Conflictos Armados y Violencia Sexual contra las mujeres". Buenos Aires, Editores del Puerto. 207 p.

³⁰ Corporación Humanas (2009) "Guía para llevar casos de violencia sexual. Propuesta de argumentación para enjuiciar crímenes de violencia sexual cometidos en el marco del conflicto armado colombiano". Corporación Humanas – Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género, Bogotá. 179 p.

³¹ www.humansecurityreport.info/index.php?option=content&task=view&id=28&Itemid=63

1.2 Cifras de la Violencia Sexual en Colombia

Las cifras de los casos denunciados no dan cuenta de la real magnitud del fenómeno de la violencia sexual. Se estima que solo uno de cada 20 delitos sexuales es denunciado.³² De acuerdo con el Informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS (2003), sólo una pequeña parte de los casos es denunciada, una parte más extensa es visibilizada por las encuestas realizadas en el tema, y aún así la mayor parte de los casos permanecen invisibles y por tanto no son cuantificables.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2005 evidenció que el 6% de las mujeres encuestadas entre los 15 y 49 años fueron forzadas a tener relaciones sexuales por parte de personas distintas a sus esposos o compañeros. En el 47% del total de estos casos, las mujeres, fueron violadas por primera vez antes de los 15 años; en el 76% de los casos, por una persona conocida de la mujer, siendo un amigo el violador más común. Los grupos con porcentajes más altos de mujeres violadas fueron el de las mujeres entre los 20 y los 39 años de edad, las que se encuentran en unión libre y las que anteriormente fueron casadas o unidas, las de las zonas urbana, en las regiones Central y en la Amazonía y Orinoquía, las que tienen los niveles más bajos de educación, las mujeres desplazadas por el conflicto armado, y las del nivel más bajo de riqueza³³.

En las mujeres casadas o con unión se encontró que el porcentaje de violaciones sexuales provenientes del compañero o esposo alcanzó el 11.5%, porcentaje que hace parte de un 39% que habían sufrido agresiones físicas por parte de su esposo o compañero³⁴. El orden por porcentajes, de los diferentes tipos de violencia física fue: la ha empujado o zarandeado (33 %), la ha golpeado con la mano (29 %), la ha pateado o arrastrado (13 %), la ha violado (12 %), la ha golpeado con un objeto duro (9 %), la ha amenazado con armas (8 %), ha tratado de estrangularla o quemarla (5 %), la ha atacado efectivamente con armas (4 %) y la ha mordido (3 %). La sumatoria de los totales es mayor de 100, debido a que una mujer puede haber sufrido más de un tipo de violencia física.³⁵

En año 2009 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, realizó 21.612 exámenes sexológicos; estos corresponden a un incremento del 0.74%, respecto al 2008. De los 21.612 casos, 84.25% le fueron practicados a mujeres y el 15.75% a hombres.

Entre el año 2007 y el año 2009 se realizaron en el país 49711 dictámenes sexológicos por violencia y abuso sexual a niños, niñas y adolescentes. La cifra total de exámenes sexológicos se ha incrementado año a año, evidenciando el incremento de los fenómenos de denuncia y del fenómeno en sí mismo.

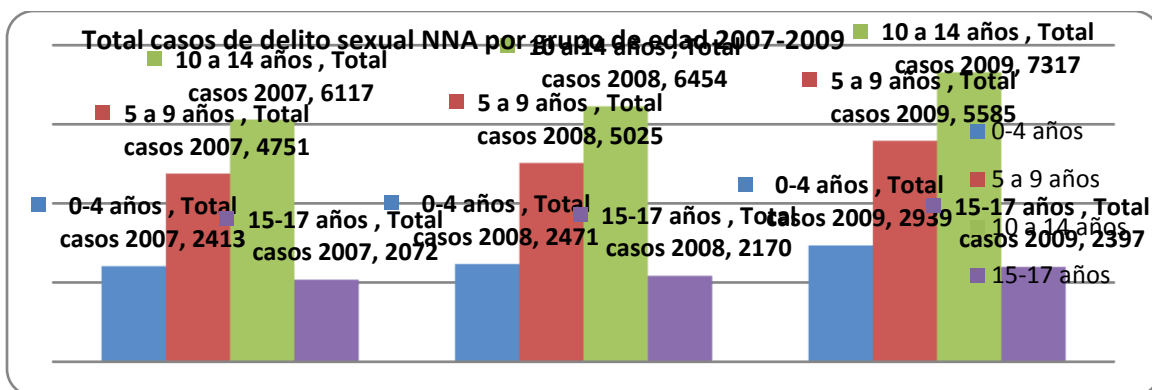
Sobre el total de exámenes Sexológicos realizados entre el 2007 y 2009, los exámenes realizados a niños, niñas y adolescentes (NNA) son en promedio el 85% del total de los casos (42.254 casos promedio, en tres años).

³² Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2004. Datos para la vida, Bogotá 2005

³³Ibídem., p. 335.

³⁴ Este resultado representa una disminución de solamente dos puntos porcentuales cuando se compara con el obtenido en la ENDS 2000.

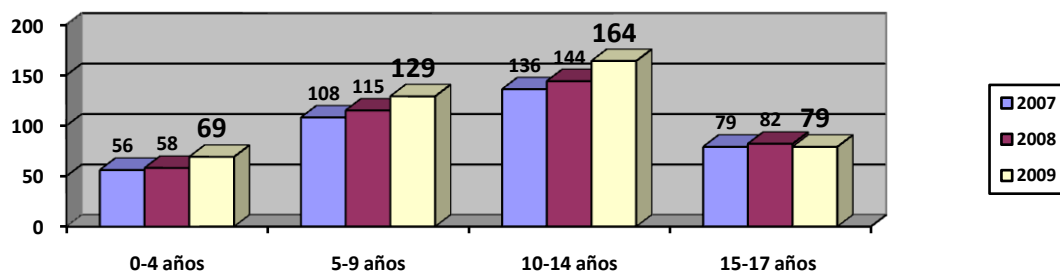
³⁵ Encuesta Nacional Demografía y Salud: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/pdf_2005/capitulo_XIII.pdf.



Fuente: Datos Forensis 2007, 2008, 2009

En cuanto a la tasa de ocurrencia, se evidencia un importante incremento entre el 2007, 2008 y 2009. En el 2008 y 2009 aumentaron todas las tasas en todos los grupos de edad. Evidenciándose un mayor incremento entre los 5 y 9 años y entre los 10 y los 14 años.

Tasa Total Delitos Sexuales en NNA



Fuente: Datos Forensis 2007, 2008, 2009

Del porcentaje total de casos atendidos en NNA el mayor porcentaje corresponde al de niñas y adolescentes femeninas. Por cada niño, se atienden 5 niñas y por cada persona adulta se atienden 5,8 menores de edad.

Para los casos de violencia sexual contra NNA el 68% de los casos correspondió a informes periciales sexológicos cuya valoración por el perito determinó la presencia de un presunto abuso sexual³⁶. En estos casos el 65% el presunto agresor fue un familiar o conocido de la víctima. El 21% (4.751 casos) fueron clasificados como presuntos asaltos sexuales³⁷. Finalmente, cabe anotar que la vivienda es el escenario en el que más agresiones se dan (62,43%) y por ello son los familiares y conocidos los principales agresores. En los agresores se encuentran personas conocidas por las víctimas, en especial el padre o el padrastro³⁸

³⁶ El abuso sexual es entendido desde el punto médico legal, como el contacto entre un menor y un adulto, en el que el menor de edad es utilizado para satisfacción sexual de un adulto o de terceros, desconociéndose su nivel de desarrollo psicosexual. Forensis 2009: Datos para la vida. Instituto Nacional de Medicina Legal.

³⁷ Estos informes periciales sexológicos fueron aquellos en los que a partir de la valoración médica forense, se determinó la presencia de presuntos actos de violencia física y o psicológica ejercidos por un actor que puede ser conocido o desconocido sobre una víctima de cualquier edad o sexo, con un propósito sexual definido.

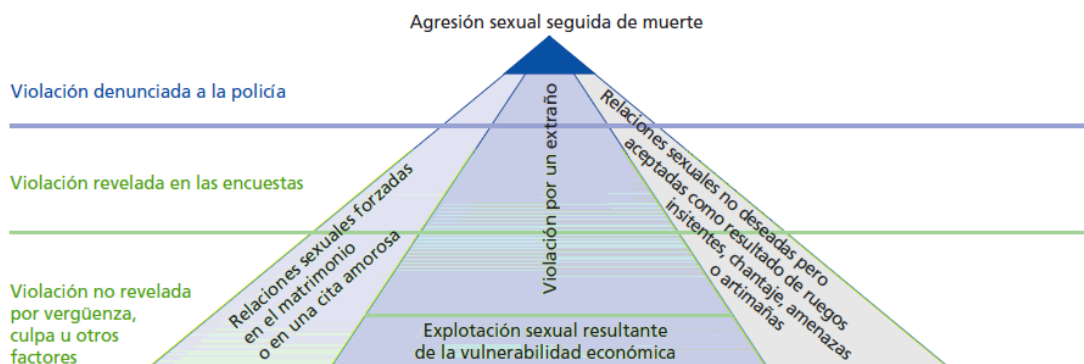
DOCUMENTO EN PROCESO DE

trata de personas que implica a Colombia, se estima que entre 45.000 y 50.000 mujeres colombianas ejercen la prostitución fuera del país, gran parte de las cuales lo hacen en calidad de víctimas de trata de personas ⁴¹.

En torno a las cifras presentadas hay que tomar en cuenta que, con seguridad, la problemática de violencia sexual es mucho mayor de lo que éstas logran reflejar, pues como ya ha sido mencionado antes los datos sobre victimización sexual obtenidos a partir del contexto forense y otras fuentes oficiales no poblacionales no dan cuenta completa de la frecuencia y distribución de la violencia sexual dentro de las comunidades colombianas, sino más bien hace referencia a patrones de denuncia propios de un contexto cultural concreto, en el cual por ejemplo casos de victimización sexual poco frecuentes pero ejercidos sobre personas con alto valor social de acuerdo con las estructuras sociales imperantes, pueden ser denunciados en alta proporción, mientras que ante agresiones sexuales muy frecuentes sobre grupos humanos desempoderados o considerados culturalmente como con bajo valor social, la misma sociedad puede reaccionar normalizando la agresión, y desincentivando la denuncia.

Esto queda bien expresado el siguiente gráfico de la OMS publicado en el ya citado informe sobre la violencia y la salud en el mundo:

Magnitud del problema de la violencia sexual



Grupos humanos que pueden estar gravemente afectados por violencia sexual dentro del contexto colombiano pueden estar quedando invisibilizados desde las estadísticas oficiales debido a procesos de invisibilización mediados por la cultura, las estructuras sociales imperantes, la inseguridad, y el estigma social. Esa podría ser la situación de personas pertenecientes a la comunidad LGBTI, de mujeres adultas en general y particularmente de aquellas rurales y habitantes en zonas afectadas por conflicto armado interno, de mujeres viviendo en situación de desplazamiento forzado interno o en calidad de retornada, entre otros grupos humanos que exhiben condiciones de vulnerabilidad manifiesta para ser afectados por violencia sexual, pero suelen verse subrepresentados por las estadísticas forenses, en otras fuentes institucionales, y aún en las encuestas poblacionales sobre el tema.

⁴¹Organización Internacional de las Migraciones – OIM – (2006) “Dimensiones de la Trata de Personas en Colombia”. Bogotá. OIM. 52 p. Disponible en: http://white.oit.org.pe/ipec/documentos/oim_trata_col.pdf

1.2.1 Principales Condiciones de Vulnerabilidad Específica Frente a la Violencia sexual en Colombia:

1.2.1.1 De acuerdo con grupo de edad: niñas, niños y adolescentes (NNA)

Como se resaltó en el numeral anterior, las cifras de violencia y abuso sexual disponibles en el país a partir de fuentes forenses muestran que la población infantil en todas sus edades y condiciones, aunque con preponderancia de las niñas y las adolescentes femeninas, se constituye en un grupo vulnerable ante la violencia sexual.

Por las características del delito y el fenómeno, la mayoría de las niñas y los niños que son víctimas del mismo, están expuestas a situaciones de abuso repetitivo, que muchas veces no saben identificar y que por lo tanto, no ponen en conocimiento de otras personas, sumado al hecho de que la gran mayoría de situaciones de abuso sexual son ejercidas por personas conocidas y familiares, y en lugares conocidos por la víctima.

La severidad de las consecuencias y el impacto de la violencia sexual serán diferentes en cada caso, y dependerán del tipo de violencia, la calidad y oportunidad de los apoyos sociales recibidos, el tiempo de ocurrencia, la cercanía con el agresor, entre otros factores.

Una adecuada atención en salud física y mental, la orientación a la familia, los mecanismos y medidas de protección y de restablecimiento de derechos y el acompañamiento protector de personas significativas en la vida del NNA, serán acciones fundamentales para definir y aportar en el proceso de recuperación de la víctima, que le permitirán sobreponerse a la difícil situación.

De acuerdo con la legislación colombiana, todo tipo de actividad sexual realizada con un menor de 14 años será considerado como delito.

En menores de 18 años a quienes se utiliza como objeto sexual, mercancía negociable a cambio de una transacción monetaria o en especies, se tipifica el delito de ESCNNA. En ambos casos se deberá hacer la respectiva denuncia para que se inicie su investigación.

El uso genérico de la categoría **abuso sexual** cuando se hace alusión a la violencia sexual sobre niños, niñas y adolescentes (NNA), se debe a la adopción de la definición de la OMS, la cual define abuso sexual “como la utilización de un niño o niña en una actividad sexual que no comprende, para la cual no está en capacidad de dar su consentimiento, o no está preparado evolutivamente”. Esta categoría ha sido de uso común y generalizado en el sector salud y forense. Sin embargo, para efectos del presente Modelo y con base en la perspectiva de derechos de la infancia y de la adolescencia, se considera de suma importancia usar categorías mucho más integrales y comprehensivas del fenómeno, que recogen luchas que se han dado desde la promoción, defensa, protección, garantía y restitución de los Derechos Humanos de los NNA. Éstas se han traducido en la construcción de tipos penales diversos que dan cuenta de las principales afectaciones a la identidad e integridad sexual de esta población, donde el cuerpo, la vida, la integridad y dignidad de los NNA se constituyen en bienes jurídicos de suprema valía, entrando así en la categoría de los llamados delitos sexuales.

Por tal razón, a continuación se brindan elementos legales y normativos que el sector salud debe conocer y adoptar frente al abordaje de la violencia sexual de la que son víctimas NNA; categorías jurídicas mucho más claras que visibilizan y desnaturalizan graves violencias sexuales sobre esta población. Es así como el Código Penal (Ley 500 de 2000) contempla una tipología compleja donde el abuso sexual que se traduce en el tipo penal de “**actos sexuales abusivos**”, es solo una clasificación más dentro de los delitos sexuales:

Código Penal Colombiano. Título IV, Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales. Capítulo Segundo. De los **actos sexuales abusivos**, Artículo 208.- El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de sesenta y cuatro (64) a ciento cuarenta y cuatro (144) meses.; Artículo 209.- El que realice actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de cuarenta y ocho (48) a noventa (90) meses. INC. 2° - Si el agente realice cualquiera de las conductas descritas en este artículo con personas menores de catorce años por medios virtuales, utilizando redes globales de información, incurrirá en las penas correspondientes disminuidas en una tercera parte; Artículo 210.- El que acceda carnalmente a persona en estado de inconsciencia, o que padezca trastorno mental o que esté en incapacidad de resistir, incurrirá en prisión de sesenta y cuatro (64) a ciento cuarenta y cuatro (144) meses. Si no se realice el acceso sino actos sexuales diversos de él, la pena será de cuarenta y ocho (48) a noventa (90) meses de prisión⁴².

De acuerdo con la legislación colombiana, todo tipo de actividad sexual realizada con un menor de 14 años será considerado como delito y se deberá hacer la respectiva denuncia para que se inicie la investigación de la conducta delictiva. No obstante si el /la adolescente tiene 14 años o más y accede voluntariamente a la actividad sexual el delito no se tipifica. Sin embargo, en menores de 18 años en los se da la utilización, de la niña, niño o adolescente como objeto sexual, mercancía negociable a cambio de una transacción monetaria o en especies, se tipifica el delito de ESCNNA.

Además de las acciones de carácter preventivo que debe adelantar el Estado, con el apoyo de la sociedad y la familia para evitar la ocurrencia de hechos de violencia, vale la pena hacer mención que el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006) contiene dos avances significativos en el juzgamiento de delitos cuando el sujeto pasivo es un niño, niña o adolescente. Por un lado, en su artículo 199, limita los beneficios y subrogados penales a favor del agresor cuando se cometan delitos de homicidio o lesiones personales bajo modalidad dolosa, **delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales**, o secuestro en contra de los menores de edad. En estos eventos no se otorgará el beneficio de casa por cárcel, no procederá la extinción de la acción penal en aplicación del principio de oportunidad⁴³, ni la suspensión condicional de la ejecución de la pena, ni la libertad condicional, el beneficio de sustitución de la ejecución de la pena, ni procederán las rebajas de pena con base en los “preacuerdos y negociaciones entre la Fiscalía y el imputado o acusado”.

Adicionalmente, otra de las ganancias significativas lo constituye el artículo 200 del Código de la Infancia y la Adolescencia que modifica el Código Penal al aumentar las penas cuando se cometen delitos contra menores de edad de la siguiente manera:

⁴² Ley 599 de 2000. Código Penal Colombiano

⁴³ Ley 1312 de 2009. Artículo 323 Aplicación del Principio de Oportunidad. La Fiscalía General de la Nación, en la investigación o en el juicio, hasta antes de la audiencia de juzgamiento, podrá suspender, interrumpir o renunciar a la persecución penal, en los casos que establece este código para la aplicación del principio de oportunidad. El principio de oportunidad es la facultad constitucional que le permite a la Fiscalía General de la Nación, no obstante que existe fundamento para adelantar la persecución penal, suspenderla, interrumpirla o renunciar a ella, por razones de política criminal, según las causales taxativamente definidas en la ley, con sujeción a la reglamentación expedida por el Fiscal General de la Nación y sometido a control de legalidad ante el Juez de Garantías.

ARTÍCULO 200. (Nuevo) El artículo 119 de la Ley 599 de 2000 quedará así:

ARTÍCULO 119. CIRCUNSTANCIAS DE AGRAVACIÓN PUNITIVA. Cuando con las conductas descritas en los artículos anteriores, concorra alguna de las circunstancias señaladas en el artículo 104 las respectivas penas se aumentarán de una tercera parte a la mitad.

Cuando las conductas señaladas en los artículos anteriores se cometan en niños y niñas menores de catorce (14) años las respectivas penas se aumentaran en el doble.

“Este articulado permite enviar un mensaje contundente a la sociedad, a la familia y al Estado de que la vida, la dignidad y la integridad de los niños, niñas y adolescentes son bienes de superior y mayor jerarquía que deben ser tutelados con especial consideración y superioridad, y particularmente los delitos sexuales los cuales constituyen una clara expresión de las violencias de género, no son <<delitos de bajo impacto>> sino delitos de altísimo impacto ya que atentan contra la posibilidad de construir un proyecto democrático de convivencia, y de inclusión y ejercicio real de los derechos de nuestra infancia y adolescencia”⁴⁴.

Una de las manifestaciones del abuso sexual es la Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA). Se caracteriza por la utilización, generalmente por parte de un adulto, de la niña, niño o adolescente como objeto sexual, mercancía negociable a cambio de una transacción monetaria o en especies.

La explotación sexual comercial de los NNA es una violación de sus derechos fundamentales, y es uno de los comportamientos sexuales abusivos contra las NNA, en el que se les despoja de sus más elementales derechos humanos. Esta grave vulneración de los derechos humanos de la infancia, puede ser visualizada entonces como una forma contemporánea de esclavitud⁴⁵.

Toda persona menor de edad está en riesgo de ser explotada sexualmente, sin embargo, algunas poblaciones pueden estar en mayor grado de vulnerabilidad por sus condiciones sociales e individuales. Ellas son:

- Niñas y niños en situación de calle
- Niñas y niños que trabajan
- Niñas con hijos
- Niñas y niños en situación de desplazamiento
- Niñas y niños habitantes dentro de zonas especialmente afectada por el conflicto armado.
- Niñas y niños con dependencia de drogas
- Niñas y niños con orientación sexual no convencional.
- Niñas y niños con trastornos o retardo mental

⁴⁴Adicionalmente da la oportunidad de cumplir con uno de los objetivos primordiales del derecho penal, el cual pretende enviar un mensaje pedagógico a nuestra sociedad donde los derechos de la niñez, particularmente el bien jurídico de la integridad, dignidad y formación sexual de las niñas y los jóvenes principales víctimas de delitos sexuales no sea menos valioso que el de la propiedad o la seguridad nacional entre otros.

⁴⁵Se habla de explotación comercial porque se produce en una lógica de mercado donde la oferta existe en la medida que hay una demanda; el cuerpo del niño o niña es utilizado como una mercancía y se produce una transacción. Este mercado se caracteriza por ser ilegal y clandestino e implica actividades sexuales bien sea con contacto físico o sin contacto físico (por ejemplo producir material pornográfico con el niño o niña, mostrarles a ellos y ellas material pornográfico). María Cristina Hurtado Sáenz. Delegada para los Derechos de la Niñez, la Juventud y la Mujer de Colombia. Ponencia presentada al Encuentro Internacional Cartagena Abre Tus Ojos: “El Turismo Sexual y su afectación a los Derechos. Cartagena, 2006.

rem/MCID 710A7 59 BDC G81.76 5711 379.7 c52292.667u5(ut81)-4(x)7e)5(m)(l)6(e)s f)81)-4()5(m021692.38 T

DOCUMENTO EN PROCESO DE PUBLICACIÓN

El Código Penal colombiano no tipifica como delito a la mal llamada “prostitución infantil” que conllevaría un carácter de voluntariedad y autonomía, sino a la “inducción” (Art.213), el “constreñimiento” (Art.214) y el “estímulo a la prostitución de menores de edad” (Art.217), es decir que alude al beneficio de un tercero/a; a la erotización y explotación del cuerpo de las niñas-os en beneficio de un tercero. El sujeto activo de la conducta es el adulto y las víctimas son las niñas-os⁵².

Las conductas de quienes compran sexo de una persona menor de 18 años, como la de quien facilita o participa de la explotación sexual, al igual que las conductas de producción, posesión y comercialización de pornografía con menores de edad, se encuentran tipificadas en el Código Penal en el capítulo IV del Título IV, “De los delitos contra la integridad, formación y libertad sexuales”, el cual fue reformado recientemente a través de la ley 1329 de 2009, denominado al Capítulo “De la Explotación Sexual”, y recogiendo en estos delitos todas las conductas que constituyen una grave vulneración a la dignidad de niñas, niños y adolescentes.

De otra parte y en cuanto a las medidas administrativas y policivas para combatir la explotación sexual, las Leyes 679 de 2001 y 1336 de 2009, por medio de las cuales se expidió y robusteció un estatuto contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes estipularon, entre otras, (i) el establecimiento de obligaciones y prohibiciones a los proveedores o servidores, administradores y usuarios de redes globales de información en la transmisión y publicación de material relacionado con la explotación sexual de menores de edad; y (ii) la obligatoriedad para todos los agentes relacionados con los viajes y el turismo, tales como, hoteles, agencias de viaje, aerolíneas, café internet, de adoptar códigos de autorregulación para prevenir, desestimular y combatir la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes, especialmente en modalidades como la pornografía y la asociada al turismo.

Esta ley también permitió la ampliación de la figura de extinción de dominio a todos aquellos servicios de hospedaje en los cuales se facilite la utilización sexual de niños, niñas y adolescentes y le dio competencia a los Comandantes de Estación y Subestación para cerrar temporalmente los establecimientos de hospedaje que permitan la explotación sexual de acuerdo a los procedimientos del Código de Policía, sin perjuicio de las demás sanciones de ley.

La situación de niñas, niños y jóvenes (41.5% de la población total de Colombia⁵³) muestra elevados niveles de pobreza, violencia en la familia, deserción escolar (tasa del 35% en los primeros tres años), aumento del trabajo infantil y desprotección efectiva del trabajo juvenil, desplazamiento hacia a lugares considerados más prósperos o con más oportunidades, con consecuencias profundas en la desestructuración familiar.

Los anteriores factores se convierten en factores de riesgo para que las familias no ejerzan funciones de protección, sino que muchas veces se conviertan en expulsoras de las niñas, niños y jóvenes, pudiendo acudir a su explotación en variadas formas, ya que ven en ellas y ellos la posibilidad de ingreso económico, sin importar el tipo de actividad que realicen para obtenerlo.

⁵² Alcaldía Mayor de Bogotá. Departamento Administrativo de Bienestar Social. Consejo Distrital para la Atención Integral a Niños y Niñas Víctimas de Abuso y Explotación Sexual. Plan Distrital para la atención integral a los niños y niñas víctimas de abuso y explotación sexual, Bogotá, 2002.

⁵³ DANE. Encuesta Continua de Hogares 2001-2002 (Enero –Diciembre), Abril 2003.

1.2.1.2 De acuerdo con condiciones de Sexo/Género: mujeres y personas de la comunidad LGBTI

La mayor prevalencia de agresiones sexuales identificadas mediante encuestas poblacionales efectuadas durante el período 2000 – 2005 estuvo en mujeres urbanas de población general ubicadas entre 20 – 39 años, en unión libre, con baja escolaridad y altos niveles de pobreza⁵⁴. Durante el mismo período, los delitos sexuales denunciados predominaron en niñas de 10 a 14 años (Tasa de 182, 7/100.000 hb); un 84% de todos éstos delitos denunciados en 2005 correspondió a víctimas de género femenino, siguiendo la tendencia del quinquenio anterior, y también la del quinquenio posterior hasta 2010, tal como se ha mostrado anteriormente en las estadísticas forenses de los últimos años expuestas en secciones anteriores^{55,56}. Todo ello nos deja claro que las mujeres de cualquier grupo de edad (niñas, adolescentes, adultas o ancianas) se constituyen en un grupo especialmente vulnerable ante la violencia sexual en Colombia.

Una mención especial merecen las mujeres en prisión, quienes en su condición de personas reclusas viven dentro de un contexto de relaciones autoritarias, en donde carecen de autocontrol y autonomía; tales características las vuelven especialmente vulnerables para sufrir violencia sexual, o reexperimentar los traumas psicológicos debidos a experiencias pasadas de tal estilo a través de rutinas carcelarias habituales, como las requisas corporales. Las visitas íntimas están especialmente controladas y sujetas a restricciones para la población carcelaria femenina colombiana, en especial en el caso de parejas lésbicas, a pesar de pronunciamientos de la Corte Constitucional en favor de la protección de éstas personas. Así mismo, son frecuentes los reportes de casos de contactos sexuales entre reclusas y personal masculino de guardia, en condiciones inequívocas de inequidad en el poder de decisión presente en quienes participan de dichas interacciones sexuales, predisponiendo a las reclusas a ser víctimas de explotación y violencia. Todo lo anterior se constituye en formas muy específicas de violencia sexual contra ésta población, que no puede ser favorecida desde las instituciones y las estructuras del Estado⁵⁷. En cuanto a la violencia sexual contra las mujeres de la tercera edad, faltan en nuestro país estudios nacionales específicamente orientados hacia dicho segmento poblacional que exploren las diversas modalidades de violencia sexual que les afectan de manera específica, a saber, abuso sexual por la pareja, violación sexual por extraños, negación de su sexualidad, burlas y críticas sobre su sexualidad⁵⁸, aunque se reportan víctimas femeninas de violencia sexual en la tercera edad dentro de todas las series forenses de los últimos años.

Aludiendo a la violencia sexual contra poblaciones LGBTI, múltiples reportes sobre violencia sexual en el marco del conflicto armado interno testimonian que, junto con las mujeres y las niñas, este grupo poblacional es uno de los más afectados, tal como se expone en una sección siguiente dedicada a las manifestaciones de violencia sexual en la guerra.

⁵⁴PROFAMILIA (2005) *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005*, Bogotá, Profamilia.

⁵⁵VILLEGAS V ET AL (2003) El devenir de normas y valores tradicionales sobre la sexualidad en Colombia. En: FORENSIS, (Ed.) *Forensis. Datos para la vida*. Bogotá, INML y CF.

⁵⁶RAMIREZ L Y SORIANO, M. (2005) Dictámenes sexológicos Colombia 2005. IN FORENSIS (Ed.) *Forensis. Datos para la Vida 2005*. Bogotá, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

⁵⁷PROCURADURÍA DELEGADA EN LO PREVENTIVO PARA DERECHOS HUMANOS Y ASUNTOS ÉTNICOS - GRUPO DE ASUNTOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS (2006) *Mujeres y prisión en Colombia: análisis desde una perspectiva de derechos humanos y de género*. <http://www.procuraduria.gov.co/descargas/publicaciones/mujeresyprisionencolombia.pdf> [Citado de: Enero 11 de 2011] Bogotá, Procuraduría Nacional de la República de Colombia.,

⁵⁸LUCIANO FERDINAND, D. (2005) Dimensionando la violencia sexual en las Américas. En: OPS/OMS - IPAS (Ed.) *Reunión de expert@s "Alternativas de atención en el sector salud para mujeres sobrevivientes de violencia sexual"* 2-4 de Agosto Washington D.C., OPS/OMS.

Por otra parte, existen otras manifestaciones de violencia sexual que afectan específicamente a personas de la comunidad LGBTI, tales como algunas modalidades de violación con supuestos “fines correctivos” dirigidas hacia mujeres lesbianas; agresión hacia personas homosexuales que son seguidas desde sitios de encuentro hasta sus residencias, donde son atacadas con prácticas de violencia sexual que van desde fotografiarles en situaciones sexuales para extorsionarles, hasta someterles a asesinatos acompañados por torturas sexuales tales como la cercenación de genitales. Sin embargo no existe información sistemática que dé cuenta de estas situaciones; tampoco son registradas diferencialmente en Colombia las muertes violentas de travestis, ni se investiga en tales casos de manera habitual si hubo violencia sexual asociada^{59,60,61}. Todo ello contribuye a la invisibilización numérica de la violencia sexual sufrida por éste específico grupo poblacional colombiano, que no obstante resulta especialmente vulnerable para ser afectada en virtud de los mecanismos de poder subyacentes a la violencia sexual que ya han sido especificados en secciones anteriores.

1.2.1.3 De acuerdo con el contexto de conflicto armado interno: Personas habitantes en áreas con fuerte presencia de actores armados y personas en situación de desplazamiento forzado

El contexto particular de conflicto armado interno en el que se encuentra el país desde hace varias décadas, provee un desafortunado escenario de afectaciones específicas sobre la vida, la libertad, la seguridad y en general sobre el goce y ejercicio pleno de los derechos de las mujeres colombianas, especialmente de los derechos sexuales y reproductivos⁶². “Durante 2003, más de una mujer murió cada día en Colombia a causa de la violencia sociopolítica. Del total de muertes registradas en ese año, 491 personas eran mujeres. De ellas 442 fueron muertas o desaparecidas en hechos no relacionados directamente con el desarrollo del conflicto armado, es decir en su casa, en la calle o en su lugar de trabajo. 315 fueron víctimas de homicidios políticos o ejecuciones extrajudiciales, 40 fueron desaparecidas y 87 murieron a causa de la violencia contra personas socialmente marginadas. En medio de combates 49 mujeres perdieron la vida”⁶³.

La violencia colectiva (social, política o económica) “no puede, desde ningún punto de vista, desvincularse de la violencia que se vive en el interior de los hogares colombianos y que seguramente se constituye en una de las principales causas de la primera. La violencia genera más violencia y las personas que la han padecido en el seno de sus hogares de origen, tienen la tendencia a reproducirla en sus propios hogares, en la escuela, en el lugar de trabajo y en cualquier otra situación de la vida cotidiana en la que entren en contacto con otras personas. Esto es especialmente válido para una sociedad con presencia de conflicto armado. “Una de las características del conflicto interno y de la mayoría de las guerras hoy, es el involucramiento cada vez mayor de la población civil como blanco de los ataques. Estas prácticas han terminado con cualquier distinción

⁵⁹ AMNISTÍA INTERNACIONAL (2004) Colombia: Cuerpos marcados crímenes silenciados” Violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado. Índice AI: AMR 23/040/2004/2. <http://www.amnistiainternacional.org/publica/colombia/indice.pdf> [Citado:22/01/2011].Amnistía Internacional.

⁶⁰ CONFLUENCIA NACIONAL DE REDES DE MUJERES (2007) *Informe Sombra al comité de la CEDAW - Naciones Unidas*, Bogotá, Confluencia Nacional de Redes de Mujeres.

⁶¹ RINCÓN, G. (2004) “Más que invisibles: Derechos de homosexuales, bisexuales y transgeneristas”. Bogotá, Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.

⁶² Defensoría del Pueblo de Colombia. Informe Defensorial. Promoción y Monitoreo de los Derechos Sexuales y Reproductivos de Mujeres víctimas de Desplazamiento forzado con énfasis en Violencia Intrafamiliar y Sexual, Bogotá, 2008, p. 36.

⁶³ Comisión Colombiana de Juristas. Colombia: en contravía de las recomendaciones internacionales sobre derechos humanos, agosto de 2004. Pág. 12. Citado en Sisma Mujer: Las Mujeres Colombianas Frente al Conflicto Armado. Justicia para las Mujeres, Bogotá, 2005, pág.14

entre los combatientes y los civiles. Durante la segunda guerra mundial la mitad de las bajas fueron civiles; en las guerras recientes estos representan el 90% de las bajas totales”⁶⁴.

“Los estudios sobre impacto de las crisis sociales, económicas y políticas sobre las mujeres en el mundo han evidenciado que, cuando se produce una situación de profundización de inequidades sociales, o una confrontación armada, las poblaciones que experimentaban condiciones de privación anteriores a esta situación, sufren mayores afectaciones que las demás poblaciones. Este fenómeno se ha hecho evidente en Colombia, en donde la discriminación y exclusión tradicional que experimentaban las mujeres a través de la historia, se ha agravado con la degradación del conflicto armado que sitúa en la actualidad a las mujeres, especialmente a los sectores rurales, indígenas y marginales, en una especial condición de vulnerabilidad”⁶⁵.

Las dinámicas sociales y culturales le asignan en cada comunidad roles, papeles y comportamientos a cada persona en función de su sexo. “Esto tiene grandes efectos frente al conflicto armado, ya que en él se reproducen los estereotipos y prejuicios y se agudizan las formas de discriminación de género, lo cual implica situaciones que favorecen la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y, sobre todo, se exacerba la violencia basada en el género. Si bien los conflictos armados implican peligros y desventajas, tanto para hombres como para mujeres, los efectos a largo plazo tienden a afectar más a las mujeres”⁶⁶.

El uso de la violencia sexual como arma de guerra en la confrontación armada en Colombia es cada vez más evidente; ésta hace parte de un repertorio conjunto de prácticas común en el contexto de las guerras. El control físico de las mujeres (retención, violación, prostitución y explotación sexual de niñas, adolescentes y niños) hace parte del control simbólico de un territorio y su población. Por lo general la intimidación y la amenaza directa obligan a las mujeres a guardar silencio y a no denunciar estas prácticas atroces e invisibles de la guerra⁶⁷. Otras posibles causas asociadas a la enorme falta de información pública sobre éste tipo de violencia que afecta a las mujeres y las niñas están relacionadas con la minimización sobre la importancia de ese tipo de hechos por parte de mujeres y hombres, el pudor culturalmente inculcado a las mujeres en torno a todo lo atinente a su sexualidad, el miedo a la estigmatización que debe adicionalmente afrontar aquella que han sido victimizadas sexualmente, la desconfianza hacia el sistema judicial por parte de las víctimas, y el desconocimiento por parte de algunas autoridades sobre la gravedad de éstos hechos de guerra y la necesidad de actuar decididamente ante ellos a favor de las víctimas⁶⁸.

Cabe resaltar que entre las modalidades de violencia sexual ejercida en el marco del conflicto armado interno se encuentra también la restricción del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que se plantea a las mujeres habitantes en áreas de confrontación armada, en comunidades confinadas, con alta presencia de actores armados, o con alta contaminación por minas antipersona o munición sin explotar; todo ello agravado porque dichas zonas suelen coincidir con áreas rurales en donde también las grandes distancias, los obstáculos naturales y la ausencia de medios o vías de transporte, suelen hacer de por sí difícil el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios específicos que pueden requerir en virtud de su condición de

⁶⁴ “Haucher, Engomar y Kennedy, Paul M. 1994 Global Trenches. New York: Continuum Publishers. Citado por Cinthia Cockburn en “Género conflicto armado y violencia política” Traducción Yoana Nieto y Luz María Londoño. Serie Traducciones. Instituto de Estudios Regionales – INER. Medellín. Marzo de 2005. www.iner.udea.edu.co.

⁶⁵ Hurtado, María Cristina. Exdefensora Delegada para los derechos de la niñez, la juventud y la mujer. Ponencia “Violencias de Género y acceso a la justicia, un enfoque desde la perspectiva de Género”. Primer encuentro de las defensoras de los derechos de mujeres de las Defensorías del Pueblo del área andina. Quito, Ecuador Septiembre de 2005.

⁶⁶ Defensoría del Pueblo de Colombia. Op. Cit., 2008., p. 37.

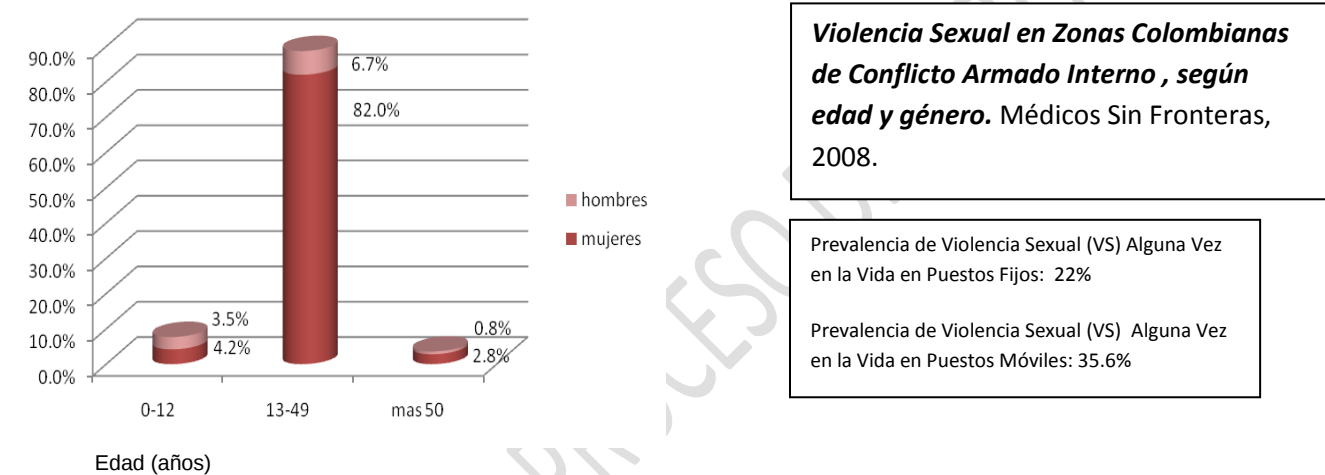
⁶⁷ Hurtado. Op. Cit. 2005.

⁶⁸ Restrepo, O (2007) “¿El silencio de las inocentes?: Violencia sexual a mujeres en el contexto del conflicto armado”. Opinión Jurídica, Vol. 6, No. 11, pp. 87 – 114.

sexo/género, incrementando los riesgos de que enfermen o mueran por motivos sexuales o reproductivos, y por otras causas^{69,70}.

Un estudio llevado a cabo en el 2008 por la organización no gubernamental de ayuda humanitaria en salud Médicos Sin Fronteras (MSF) dentro de zonas fuertemente afectadas por el conflicto armado interno colombiano, incluyendo los departamentos de Chocó, Valle del Cauca, Caquetá, Arauca, Sucre y Bolívar, indagó por la prevalencia de violencia sexual en población clínica asistente a sus servicios de salud, y encontró que un 35.6% de los usuarias y usuarios generales de sus puestos móviles de salud, así como el 22% de las usuarias/os de los puestos fijos, consultantes por cualquier motivo, reportaban haber sufrido violencia sexual. Las personas más afectadas por violencia sexual en esas localizaciones eran las mujeres ubicadas en el rango de edad entre 13 y 45 años, seguidas por las niñas y los niños entre 0 y 12 años, quedando en el último lugar de afectación las personas mayores de 45 años⁷¹.

Proporción VS



La prevalencia de violencia sexual en ésta población clínica fue mucho mayor entre personas usuarias de puestos móviles de salud (35.6%), con predominio de violencia sexual extrafamiliar entre los casos allí detectados; los puestos móviles son los operados por MSF dentro de zonas rurales de muy difícil acceso que se encuentran fuertemente afectadas por el conflicto armado interno colombiano. La siguiente tabla resume la composición por grupo de edad y género de las personas afectadas por violencia sexual que fueron identificadas por MSF sus puestos móviles de salud .

Prevalencia de Violencia Sexual en Población Clínica de Usuarios de Servicios Móviles de Salud MSF en Zonas Afectadas por Conflicto Armado Interno, Colombia 2008.			
Género Edad (años)	Femenino	Masculino	Frecuencia y Proporción de casos positivos / 253 encuestados
0 – 9	0	1	1 (0.4%)
10 – 19	31	1	32 (12.6%)
20 – 29	37	0	37 (16.6%)
30 y más	20	0	20 (6%)
TOTAL	88	2	90 (35.6%)

⁶⁹MESA DE TRABAJO MUJER Y CONFLICTO ARMADO (2006) IV Informe sobre violencia sociopolítica contra mujeres, jóvenes y niñas en colombia 2002 - 2006. Informe de seguimiento a las recomendaciones emitidas por la relatora especial de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra las mujeres, sus causas y consecuencias en su misión a Colombia. Diciembre 2006., Bogotá, Diakonia.

⁷⁰ Médicos Sin Fronteras (2010) “Acceder a la salud es acceder a la vida: 977 voces”. Bogotá. MSF. 43 p.

⁷¹ Médicos Sin Fronteras (2008) “Violencia Sexual en Colombia: Una mirada integral desde los proyectos de ayuda humanitaria en salud de Médicos Sin Fronteras”. Bogotá. MSF. 15 p.

Complementando ésta visión, en el año 2010 la organización OXFAM publicó los resultados de una encuesta de prevalencia de violencia sexual en el contexto del conflicto armado colombiano durante los años 2001 - 2009, realizada a mujeres de población general habitantes en zonas afectadas directamente por CAIN, en la cual se documentó la frecuencia de casos de violación sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada, acoso sexual, servicios domésticos forzados que incluyeron actividades sexuales y regulación de la vida social de las mujeres habitantes durante dicho período dentro de municipios colombianos con presencia de fuerza pública, guerrilla, paramilitares u otros actores armados, ubicados en 11 departamentos colombianos (Antioquia, Nariño, Caldas, Valle, Putumayo, Huila, Caquetá, Córdoba, Magdalena, Meta, y Cundinamarca)⁷².

Prevalencia Poblacional según Tipos de Violencia Sexual Afectando a Mujeres de 14 – 49 años Habitantes en Municipios con Presencia de Actores Armados, Colombia 2001 – 2009.
Encuesta OXFAM 2010.

TIPO DE VIOLENCIA SEXUAL	Número estimado	% sobre total de víctimas	% sobre el total mujeres
Violación	94.565	19,31	3,40
Prostitución forzada	7.754	1,58	0,28
Embarazo forzado	26.353	5,38	0,95
Aborto forzado	27.058	5,53	0,97
Esterilización forzada	19.422	3,97	0,70
Acoso sexual	175.873	35,92	6,31
Servicios domésticos forzados	48.554	9,92	1,74
Regulación de la vida social	326.891	66,76	11,74
TOTAL DE MUJERES VÍCTIMAS DE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA SEXUAL	489.687	100	17,58

Fuente: Encuesta ENVISE Colombia 2001-2009. Cálculos del estudio.

La encuesta de OXFAM permitió estimar que un 17.58% de las mujeres de 15 a 44 años habitantes en las zonas encuestadas (un total de 489.687 mujeres) fueron víctimas directas de violencia sexual en esos nueve años, lo cual indica que un promedio de 6 mujeres cada hora fueron víctimas directa de esos tipos de violencia en los territorios descritos, con un resultado de 26.453 mujeres embarazadas como fruto de violencia sexual. La misma publicación indica que “de lo anterior, es posible inferir que la violencia sexual constituye una práctica habitual y frecuente en el marco del conflicto armado y por lo mismo, puede ser calificada como generalizada de conformidad con el derecho internacional”. El 64.26 de las mujeres consideró que la presencia de los actores armados en los municipios incrementa la violencia sexual en el espacio público, mientras que el 49.28% encontró que éste incremento se dio también por la misma causa dentro del espacio privado, con lo cual se infiere que en contextos colombianos afectados por CAIN⁷³ existe una continuidad de la violencia sexual contra las mujeres, que en los espacios públicos es protagonizada por actores armados y otros agresores, mientras que en los espacios privados es ejecutada por la pareja y familiares⁷⁴.

El 82,15% de esas mujeres víctimas de violencia sexual (402.264 mujeres) no denunciaron los hechos de violencia sexual que sufrieron; un 73,93% de las mujeres consideró que la presencia de los actores armados en dichos municipios constituye el principal obstáculo para interponer sus denuncias. Adicionalmente, 4 de cada 10 víctimas de violencia sexual identificadas no reconocían haber sido víctimas antes de indagar descriptivamente por cada uno de los tipos de hechos que constituyen la categoría de violencia sexual

⁷² OXFAM (2010) “Primera Encuesta de Prevalencia Violencia Sexual en Contra de las Mujeres en el Contexto del Conflicto Armado Colombiano. Colombia 2001 - 2009” Campaña Violaciones y otras Violencias. Saquen Mi Cuerpo de la Guerra.30p.

⁷³ Conflicto Armado Interno Nacional

⁷⁴ OXFAM (2010) “Primera Encuesta de Prevalencia Violencia Sexual en Contra de las Mujeres en el Contexto del Conflicto Armado Colombiano. Colombia 2001 - 2009” Campaña Violaciones y otras Violencias. Saquen Mi Cuerpo de la Guerra.30p.

utilizada en ésta investigación, lo cual evidencia que en territorios colombianos marcadamente afectados por el conflicto armado existe una naturalización y normalización de las agresiones sexuales hacia mujeres que hace aún más difícil su identificación y visibilización, en especial en los casos de regulación de la vida social, servicios domésticos forzados acompañados por actividad sexual, acoso sexual y esterilización forzada⁷⁵. Aunque ésta encuesta no lo indagó numéricamente, constató a través de testimonios aquellos ya existentes desde otras fuentes sobre la práctica frecuente de feminicidios sexuales acompañado por torturas contra mujeres, ejecutados por actores armados en territorio como los descritos.

En cuanto a violencia contra personas LGBTI en contextos afectados por el CAIN, a la fecha no existen disponibles estudios de prevalencia en poblaciones clínicas o generales dirigidos específicamente a identificar la frecuencia del fenómeno en éste grupo poblacional; no obstante, abundan los reportes de casos de violación sexual “correctiva” contra mujeres lesbianas por parte de actores armados, entre otras formas en que se concreta la homofobia en contra del colectivo LGBTI dentro de éstos territorios, que van desde la exposición a vergüenza pública obligando a las personas en contra de su voluntad a evidenciar su orientación sexual diversa, hasta la imposición de normas de conducta sexual para “controlar” las manifestaciones de sexo/género no heteronormativas, la violación sexual y el asesinato en relación con sus opciones sexuales diversas^{76,77,78}.

El conflicto armado y el desplazamiento forzado constituyen una catástrofe humanitaria que afecta al conjunto de la sociedad dado que impacta negativamente el desarrollo humano, la calidad de vida y el ejercicio de los derechos humanos y en especial de la población civil⁷⁹.

En el marco del conflicto armado, como se ha descrito desde datos empíricos, se agravan las violaciones a los derechos humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario. Además, “El desplazamiento forzado por la violencia se acompaña con rupturas del tejido social del lugar de origen, quiebres emocionales y simbólicos. Las personas desplazadas han perdido referentes, arraigos, memorias, afectos, familias, patrimonio. En sus vidas se han instalado desconfianzas, miedos, incertidumbres su psiquismo se ha fragilizado, tienen, con frecuencia, la sensación de no tener futuro, resistencias emocionales hacia el cambio y dificultades de inclusión y ajuste a los sistemas comunitarios y sociales existentes que los reciben. Las personas en situación de desplazamiento son instaladas forzosamente en un limbo cultural por el traslado violento de sus lugares de origen a la ciudad, que se acompaña de la pérdida de confianza en sí mismo/as y en el entorno psicosocial que los /las rodea”.⁸⁰

⁷⁵ OXFAM (2010) “Primera Encuesta de Prevalencia Violencia Sexual en Contra de las Mujeres en el Contexto del Conflicto Armado Colombiano. Colombia 2001 - 2009” Campaña Violaciones y otras Violencias. Saquen Mi Cuerpo de la Guerra.30p.

⁷⁶ PROYECTO COLOMBIA DIVERSA (2004) Reflexiones en torno a los derechos humanos de personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en Colombia año 2004. Bogotá, Proyecto Colombia Diversa.

⁷⁷ COMISIÓN COLOMBIANA DE JURISTAS - AVRE - FCSPP (2004) Violencia Estatal en Colombia, un informe alternativo presentado al Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas. http://www.omct.org/pdf/Prev_Torture/2004/stateviolence_colombia_04_esp.pdf [Citado: Junio 10/07].

⁷⁸ AMNISTÍA INTERNACIONAL (2004) Colombia: Cuerpos marcados crímenes silenciados” Violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado. Índice AI: AMR 23/040/2004/2. <http://www.amnesty.org/es/library/asset/AMR23/040/2004/es/f49b819e-d598-11dd-bb24-1fb85fe8fa05/amr230402004es.pdf> [Citado:21/01/011].Amnistía Internacional.

⁷⁹ Según la Ley 387 de 1997 desplazado es “toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público”.

⁸⁰ Londoño V. Argelia. Desplazamiento y dignidad. UNFPA. Bogotá. 2007

DOCUMENTO EN PROCESO D/

- El **18,3%** de las mujeres manifestaron haber tenido relaciones sexuales en su vida antes de los 14 años. Es decir fueron víctimas de violencia sexual.
- En el **60%** de los casos estudiados, fueron adultos los que tuvieron actos sexuales abusivos con niñas menores de 14 años, adultos que nunca fueron investigados ni denunciados. Estos hechos aportan a la impunidad e invisibilización de este tipo de violencias de género.
- El **15,8%** de las mujeres en situación de desplazamiento a quienes se les aplicó la encuesta, han sido víctimas de violencia sexual. En el **8,5%** de los casos las personas encuestadas respondieron que alguna vez a un miembro de la familia o a alguno de sus hijos o hijas les habían forzado físicamente a tener relaciones o actos sexuales en contra de su voluntad.

Debido a que el conflicto armado y el desplazamiento forzado son escenarios propicios para la violación de derechos, es preciso considerar a las víctimas del conflicto y a las personas en situación de desplazamiento como población vulnerable. Es así como, en seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004 que estableció las deficiencias de la atención del Estado colombiano en la atención a la población desplazada, y ante la denuncia de 183 crímenes sexuales en el marco del conflicto armado y de 600 casos de violencia de género producto del desplazamiento forzado, la Corte Constitucional a través del Auto 092 de 2008 constató “que la situación de las mujeres, jóvenes, niñas y adultas mayores desplazadas por el conflicto armado en Colombia constituye una de las manifestaciones más críticas del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025 de 2004, por ser sujetos de protección constitucional múltiple y reforzada cuyos derechos están siendo vulnerados en forma sistemática, extendida y masiva a lo largo de todo el territorio nacional”⁸³.

El Auto 092 ordena acciones puntuales para la protección de los derechos fundamentales de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado, que adopten medidas comprehensivas para la protección de los derechos fundamentales de las mujeres desplazadas y para la prevención del impacto de género desproporcionado del conflicto armado y del desplazamiento forzado. La Corte imparte directrices puntuales para la incorporación del enfoque diferencial y de la perspectiva de género en la política de atención a la población en situación de desplazamiento forzado, a saber:

En el ámbito de la Prevención:

- Establece 10 riesgos de género, es decir de **vulnerabilidad** específicos a los que están expuestas las mujeres por causa del conflicto armado.
- Notifica a la Fiscalía General y comunica a la Procuraduría General de la Nación de 183 relatos de crímenes sexuales cometidos en el marco del conflicto armado interno colombiano.

Riesgos de Género en el marco del conflicto armado
Actos de violencia sexual perpetrados como parte integrante de otras operaciones violentas - tales como masacres, tomas, pillajes y destrucciones de poblados-, cometidos contra las mujeres, jóvenes, niñas y adultas de la localidad afectada, por parte de actores armados.
Actos deliberados de violencia sexual cometidos ya no en el marco de acciones violentas de mayor alcance, sino individual y premeditadamente por parte de los actores armados que toman parte en el conflicto, que en sí mismos forman parte (i) de estrategias bélicas enfocadas en el

⁸³Corte Constitucional de Colombia. Auto 092 de 2008. MP: Manuel José Cepeda

DOCUMENTO EN PROCESO DE

Capítulo 2

Marco de Derechos y Ético- Conceptual que sustentan el Modelo

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

2.1. Enfoque de Derechos

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

Según la Carta Universal de los Derechos Humanos (1948), los **derechos humanos** se definen como un conjunto de garantías legales universales que protegen a los individuos y a los grupos sociales frente a acciones u omisiones por parte de los estados, gobiernos, grupos o personas, que puedan llegar a afectar sus libertades y su dignidad humana. Los derechos humanos son bienes o merecimientos individuales y sociales, materiales o espirituales cuya realización es fundamental para el desarrollo integral del individuo y las comunidades dado que les permite desarrollar plenamente sus capacidades y potencialidades. La realización de los derechos humanos busca el bienestar y el desarrollo de las personas y las comunidades.

Es así como, según la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, el propósito del enfoque de derechos es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo⁸⁶.

Los derechos humanos han sido producto de largas luchas de la humanidad y son expresión de sus aspiraciones éticas más elevadas, han emergido de la tradición de oposición o forma de limitar el ejercicio de relaciones abusivas de poder y dominación y de restablecer opciones de convivencia respetuosas entre los individuos y entre estos y los Estados. Pero además, los derechos humanos están resguardados por mecanismos eficaces de garantía, protección y sanción que los hacen exigibles ante

⁸⁶ Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Nueva York, Ginebra, 2006.

los demás y ante el Estado que se expresan en los diversos instrumentos jurídicos adoptados por la comunidad internacional y por los Estados. **Todas las personas están obligadas a respetar los derechos humanos pero a los servidores públicos y a las instituciones del estado competentes para la atención, en particular, para el caso que nos ocupa, de las violencias basadas en género y de las violencias sexuales, les cabe una mayor responsabilidad y observancia dado que son representantes del Estado o son autoridades gubernamentales.**

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

En el sentido en que lo expresa la Corte Constitucional, respetar la dignidad en nuestra propia persona y en los demás significa que debemos tratar a los humanos siempre como fines y nunca como medios. En el campo de la sexualidad y la reproducción la dignidad significa que todas las personas por el solo hecho de existir tienen derecho a ser respetadas en su realidad corporal, psíquica y moral. Ni los hombres ni las mujeres pueden considerarse instrumentos, ni ser usados como objetos o como cosa sexual o como instrumentos de procreación.⁸⁷ “Es decir, ningún ser humano puede ser usado, vendido, comprado, traficado o explotado sexualmente. Se consideran vulneraciones a la dignidad humana en el terreno de la sexualidad, todas las formas de violencia sexual, incluidas la trata de personas, la pornografía y la prostitución”⁸⁸.

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

Los cuadros presentados dentro de las secciones siguiente priorizan los instrumentos internacionales, nacionales y de política pública que dan sustento al enfoque de Derechos base del presente Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia sexual.

2.1.1. Enfoque de Derechos sexuales y Reproductivos (DSR)

La sexualidad como condición humana y el ejercicio de la sexualidad son campos de ejercicio de derechos humanos. Esto significa que una sexualidad sana, orientada al disfrute y al desarrollo personal

⁸⁷ Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos*. Módulo pedagógico para formadores N° 2. Bogotá, 1999.

⁸⁸ Ibídem

debe estar precedida por el respeto de la dignidad humana y de las libertades y derechos y orientada a la realización del proyecto de vida personal.

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

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

En cuanto al carácter de derecho fundamental de la dignidad humana, en la sentencia T-881 de 2002, afirmó la Corte Constitucional que este derecho tiene “un objeto de protección más o menos delimitado (autonomía, condiciones de vida, integridad física y moral)”. Así mismo, la corte concluye que “el referente concreto de la dignidad humana está vinculado con tres ámbitos exclusivos de la persona natural:

- La autonomía individual (materializada en la posibilidad de elegir un proyecto de vida y de determinarse según esa elección),
- Unas condiciones de vida cualificadas (referidas a las circunstancias materiales necesarias para desarrollar el proyecto de vida) y
- La intangibilidad del cuerpo y del espíritu (entendida como integridad física y espiritual, presupuesto para la realización del proyecto de vida).⁸⁹
- Autonomía, integridad y condiciones de vida son los ejes de la dignidad humana que deben aplicarse al terreno de la sexualidad y de la reproducción.

Las conferencias internacionales del Cairo y Beijing señalan que los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, en las leyes nacionales y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente acerca de la sexualidad y la reproducción lo que incluye el derecho a decidir acerca de si se tienen o no hijos, el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También se incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos⁹⁰En este sentido el ser humano es sujeto de su auto-biografía sexual, escribe su historia sexual como sujeto de libertades y derechos, en razón de lo cual puede orientarla y resignificarla. Los derechos sexuales y reproductivos constituyen la concreción del vínculo de la sexualidad con la ética.

⁸⁹ Corte Constitucional Colombiana. Sala Plena De Constitucionalidad. Sentencia T-410/03. (mayo 22 de 2003). Referencia: expediente T-697667. http://www.superservicios.gov.co/basedoc/corte_constitucional.shtml?x=54571

⁹⁰ CIPD

Por su parte, la Federación Internacional de Planificación Familiar IPPF hace referencia a que los derechos sexuales incluyen la libertad, igualdad, privacidad, autonomía, integridad y dignidad de todas las personas. Los derechos sexuales ofrecen un enfoque que incluye, pero que trasciende, la protección de identidades particulares. Los derechos sexuales garantizan que cada persona tenga acceso a las condiciones que permitan la realización y expresión de sus sexualidades, de manera libre de coerción, discriminación o violencia, y dentro de un contexto respetuoso de la dignidad”⁹¹.

La sexualidad es un concepto en evolución que comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Está constituida mediante la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones⁹².

Derechos Sexuales
1. El derecho de hombres y mujeres a ser reconocidos como seres sexuados. 2. El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad. 3. El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual. 4. El derecho a vivir la sexualidad sin sometimiento a violencia, coacción, abuso, explotación o acoso. 5. El derecho a escoger las y los compañeros sexuales. 6. El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales. 7. El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no, o si se quiere ser sexualmente activo o activa o no. 8. El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas. 9. El derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si se permanece solo o sola. 10. El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual. 11. El derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual. 12. El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad. 13. El derecho a contar con información oportuna, veraz y completa sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, por ejemplo, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino y cuáles son las infecciones que se pueden adquirir a través de las relaciones sexuales.

Por su parte, los derechos reproductivos permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear, de regular la fecundidad y de disponer de la información y medios para ello. También implica el derecho a tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, a la prevención de embarazos no deseados y a la prevención y tratamiento de dolencias del aparato reproductor como el cáncer de útero, mamas y próstata. Estos derechos se apoyan en dos principios fundamentales: la autodeterminación reproductiva, entendida como el derecho básico de todas las personas de decidir sobre su posibilidad de procrear o no, y en ese sentido planear su propia familia y la atención de la salud reproductiva, que incluye medidas para promover una maternidad sin riesgos, tratamientos de infertilidad, acceso a toda la

⁹¹ IPPF. Derechos Sexuales. Una declaración de la IPPF, en: http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/5EDABB51-4827-439C-9722-A78A35900910/0/Declaration_Spanish.pdf

⁹² Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Declaración de los Derechos Sexuales en: www.worldsexualhealth.org/about_sexualrights_spanish.asp

gama de métodos anticonceptivos (incluyendo la anticoncepción de emergencia) y programas de atención de cáncer uterino, de mamas y de próstata⁹³.

Derechos Reproductivos
1. El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo. 2. El derecho de hombres y mujeres de decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres. 3. El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar. 4. El derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia). 5. El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en el estudio, trabajo o dentro de la familia. 6. El derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia, y se brinde las máximas posibilidades de tener hijos sanos. 7. El derecho de contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva. 8. El derecho a tener acceso a los beneficios del progreso científico para contar con servicios accesibles que satisfagan las necesidades dentro de los mejores estándares de calidad. 9. Derecho a decidir interrumpir voluntariamente el embarazo en los casos permitidos por la Ley⁹⁴

Son titulares de los derechos sexuales y reproductivos, todas las personas sin distinción de etnia, sexo, orientación sexual, condición social o económica. Los derechos sexuales y reproductivos están dirigidos a garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, homosexuales y heterosexuales, y entre adultos, niños y niñas, en los ámbitos de la sexualidad y a lograr el máximo nivel de su salud sexual y reproductiva. La vigencia y garantía de los derechos sexuales y reproductivos se aplica a todos los campos de la vida social de las personas, tanto en el ámbito público como privado, en la relación con su pareja, en la familia, en la escuela, en el trabajo, en la vida comunitaria, en la calle y en la relación con el Estado⁹⁵. En ese orden de ideas, es de suma importancia atender a los principios generales establecidos por la IPPF para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos:

Principios generales de los Derechos Sexuales y Reproductivos
Principio 1. La sexualidad es una parte integral de la personalidad de cada ser humano. Por esta razón, debe crearse un medio ambiente favorable en el cual cada persona pueda disfrutar de sus derechos sexuales como parte del proceso de desarrollo Principio 2. Los derechos y protecciones garantizados para las personas menores de dieciocho años difieren de los de los adultos y deben tomar en cuenta las capacidades evolutivas del menor como individuo para ejercer sus derechos en su propio nombre. Principio 3. La no discriminación es subyacente a la protección y protección de todos los derechos humanos. Principio 4. La sexualidad y el placer derivado de ella es un aspecto central del ser humano, independientemente de si la persona elige reproducirse o no hacerlo. Principio 5. La garantía de los derechos sexuales para todas las personas incluye un compromiso con la libertad y la protección del daño. Principio 6. Los derechos sexuales pueden estar sujetos solamente a las limitaciones que determine la ley, con el propósito de asegurar el debido reconocimiento y respeto por los derechos y libertades de los demás y del bienestar general en una sociedad democrática. Principio 7. Las obligaciones de respetar, proteger y garantizar su ejercicio son aplicables a todos los derechos y libertades sexuales.

Defensoría del Pueblo y Profamilia, Op. Cit, 2007., p. 28

⁹⁴ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006. MP. Manuel José Cepeda

⁹⁵Defensoría del Pueblo y Profamilia, Op. Cit, 2007., p. 28

2.1.2. La Salud Sexual y Reproductiva

De acuerdo con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva “La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital”.⁹⁶

Esta mirada de la salud sexual y reproductiva esta centrada en la persona no en la enfermedad, en su carácter relacional, y en la consideración de que la sexualidad está humanamente construida. La SSR dice de la capacidad de las personas de disfrutar su vida sexual y reproductiva sin riesgos, daño, discapacidad, muerte, embarazos no deseados, forzados e inoportunos.

La SSR es un derecho central a la realización de los derechos sexuales y reproductivos que sirve a la calidad de vida que favorece u obstaculiza la realización de la misma. Este derecho se materializa a través de servicios específicos para la atención de la salud sexual y reproductiva a través de satisfacer las necesidades de hombres y mujeres en las distintas fases del ciclo vital.

Sin embargo, hay una distancia o tensión entre las aspiraciones éticas de una vivencia respetuosa en la sexualidad y en la reproducción que se expresan en los derechos sexuales y reproductivos y la vida real, dado que existen desencuentros y desigualdades simbólicas, históricas y estructurales que se manifiestan entre los sexos y las generaciones, que lesionan los derechos sexuales y reproductivos y se expresan como daño, amenaza de daño, sufrimiento, enfermedad, discapacidad y muerte evitable. Las diversas violencias sexuales constituyen vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos⁹⁷.

La Política Nacional de SSR parte del reconocimiento de que “la violencia sexual está íntimamente relacionada con problemas de SSRtales como alteraciones ginecológicas, aborto inseguro, complicaciones de embarazo, aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y enfermedad pélvica. Por otra parte, quienes viven una relación abusiva frecuentemente tienen dificultades para rechazar las relaciones sexuales que no desean, para negociar el uso del condón o para utilizar otros métodos anticonceptivos, por lo tanto, están en riesgo de embarazos no planeados y de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA”⁹⁸.

⁹⁷ Aunque hombres y mujeres pueden ser lesionados en sus derechos sexuales y reproductivos, muchas de estas violaciones específicas suelen estar referidas a la vida sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, dada la construcción de feminidades y masculinidades que favorecen las relaciones de dependencia, las asimetrías y abusos de poder, en especial en la vida privada y en el terreno de la sexualidad.

⁹⁸ Política Nacional de SSR (2003). Ministerio de la Protección Social.

instrumentos internacionales, nacionales y de política pública que dan sustento al enfoque de Derechos base del presente Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia sexual	
Instrumentos Internacionales	Descripción
Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU (1948)	Proclamada el 10 de Diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Artículo 2. “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en ésta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión...” Artículo 7. “Todos son iguales ante la ley y tienen sin distinción, derecho a igual protección de la ley...”
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la ONU (1966)	Proclamado el 16 de diciembre de 1966 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Aprobado por la ley 74 de 1968. Preámbulo: “Considerando que, conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables...” Artículo 26. “Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social...”
Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)	Aprobado por la Asamblea General, mediante Resolución 2200 A (XXI) del 16 de Diciembre de 1966. Ratificado el 29 de octubre de 1969 en virtud de la Ley 74 de 1968.
Convención Interamericana de Derechos Humanos (1972)	Proclamada el 22 de Noviembre de 1969. Aprobada por la Ley 16 de 1972. Artículo 1. “Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social...” Artículo 6. “Nadie puede ser sometido a esclavitud o servidumbre, y tanto éstas, como la trata de esclavos y la trata de mujeres están prohibidas en todas sus formas...”
La Declaración y Programa de Acción de Viena (1993)	“Los derechos humanos constituyen los valores esenciales que sustentan la convivencia en la comunidad humana y que los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales”. “La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexual, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas, son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas.
Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo.	probada en 1994 en el Cairo. Definió como objetivos: 1. Acceso universal a servicios de salud reproductiva; 2. Educación primaria universal; 3. Reducción de la mortalidad materna; 4. Reducción de la mortalidad infantil; 5. Aumento de la esperanza de vida; 6. Reducir las tasas de contagio de VIH/SIDA. Se reconocieron conceptualmente los derechos reproductivos como parte integrante e indivisible del conjunto de derechos humanos universales. El Plan de Acción reitera a los gobiernos participantes su obligación de adoptar medidas contundentes para proscribir todas las formas de discriminación y de violencia contra las mujeres, las adolescentes y las niñas, incluidas la violencia en el ámbito doméstico, la violación y todas las formas de explotación y hostigamiento, mediante las siguientes acciones: prohibir el tráfico y la prostitución de mujeres, adolescentes y niñas, incluidas las mujeres migrantes y las escolares, apoyar el debate abierto acerca de la necesidad de proteger a las mujeres del abuso, la explotación y la violencia sexual, establecer condiciones y procedimientos necesarios para alentar a las víctimas a denunciar toda violación y promulgar y aplicar la legislación para hacer frente a estos problemas, y adoptar medidas preventivas y de servicios de rehabilitación para las víctimas de la violencia.
	Adoptada por la Asamblea General en Resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor para Colombia el 28 de enero de 1991 en virtud de la Ley 12 de 1991. establece que “el entorno que un menor necesita para desarrollar sus capacidades físicas, intelectuales o cognitivas, emocionales, sociales y de autoestima, requiere tanto de una atención médica o una educación adecuadas, como de un medio social y familiar sano y seguro, una alimentación equilibrada (...) instando a los gobiernos de todos los países a que dicho

Convención Internacional sobre los Derechos del Niño	desarrollo saludable de los niños y las niñas esté entre las prioridades de cada una de las naciones integrantes. En el Artículo 24 de la Convención establece que Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: Artículo "... proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir: a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal; b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales; c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.
Cumbre Mundial en Favor de la Infancia New York - 2002	ratificada en Nueva York en 2002. Se ratifica el compromiso de la comunidad de naciones con los niños y las niñas del mundo, razón por la cual su documento final fue denominado "Un mundo Justo para los Niños". El pacto acordado por consenso por parte de los Estados fue el de dar toda la prioridad a los niños, niñas y adolescentes en políticas públicas. Se definió poner a los niños siempre de primero y, entre otros, los siguientes principios: Erradicar la pobreza e invertir en la infancia; educar a todos los Niños; proteger a los niños de la violencia y la explotación; proteger a los niños de la guerra.
Instrumentos Nacionales	Descripción
Constitución Política de Colombia (1991)	Artículo 5°. El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad. Artículo 13°. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan. Artículo 43°. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.
Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003	En cuanto al objetivo general plantea mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas. ...Las metas, por su parte, apuntan a la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual.
Resolución 412 de 2000	Sector salud. Guía de Menor Maltratado. Guía de Mujer Maltratada.
Ley 360 de 1997	Considera la violencia sexual como "Delitos Contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana" y no contra la libertad y el pudor sexual precisando el bien jurídico a tutelar en el marco de las libertades individuales. Artículo 15. Los derechos de las víctimas de los delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana así: a. Toda persona víctima de los delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana tiene derecho a: Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social; b. Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible; c. Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito; d. Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado; y, e. Tener acceso gratuito a los siguientes servicios: Examen y tratamiento para la prevención de enfermedades venéreas incluido el VIH/SIDA. Examen y tratamiento para trauma físico y emocional. Recopilación de evidencia médica legal. Ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados

	con el delito. Artículo 16. En todo el país se crearán Unidades Especializadas de Fiscalía con su Cuerpo Técnico de Investigación para los Delitos contra la libertad Sexual y la Dignidad Humana. Ellas conocerán de las infracciones consagradas en el título XI del Código Penal. Cada una de las Unidades Especializadas de que trata el presente artículo. Deberá contar con un Psicólogo de planta, para que asesore a los funcionarios en el manejo de los casos entreviste y oriente a las víctimas, y rinda su concepto al fiscal.
Ley 599 de 2000. Código Penal	Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales: La violación Acceso carnal violento (Art. 205). El que realice acceso carnal con otra persona mediante violencia, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Acto sexual violento (Art. 206). El que realice en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal mediante violencia, incurrirá en prisión de ocho (8) a dieciséis (16) años. Acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir (Art. 207). 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 síquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Si se ejecuta acto sexual diverso del acceso carnal, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años. Actos sexuales abusivos Acceso carnal abusivo con menor de catorce años (Art. 208). El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Actos sexuales con menor de catorce años (Art. 209). El que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de nueve (9) a trece (13) años. Acceso carnal o acto sexual abusivos con incapaz de resistir (Art. 210). El que acceda carnalmente a persona en estado de inconsciencia, o que padezca trastorno mental o que esté en incapacidad de resistir, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Si no se realizare el acceso, sino actos sexuales diversos de él, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años. Acoso sexual (Art 210 A). El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años. Circunstancias de agravación punitiva (Art 211). Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando: La conducta se cometiere con el concurso de otra u otras personas. El responsable tuviere cualquier carácter, posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima o la impulse a depositar en él su confianza. Se produjere contaminación de enfermedad de transmisión sexual. Se realizare sobre persona menor de catorce (14) años. La conducta se realizare sobre pariente hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto de afinidad o primero civil, sobre cónyuge o compañera o compañero permanente, o contra cualquier persona que de manera permanente se hallare integrada a la unidad doméstica, o aprovechando la confianza depositada por la víctima en el autor o en alguno o algunos de los partícipes. Para los efectos previstos en este artículo, la afinidad será derivada de cualquier forma de matrimonio o de unión libre. Se produjere embarazo. Si se cometiere sobre personas en situación de vulnerabilidad en razón de su edad, etnia, discapacidad física, psíquica o sensorial, ocupación u oficio. Si el hecho se cometiere con la intención de generar control social, temor u obediencia en la comunidad. En la sentencia C-521 de 2009, la corte declara inexecutable el agravante de 14 años en los casos de acto sexual abusivo con menor de 14 años y acceso carnal abusivo con menor de 14 años, por el principio legal Non bis in Ídem, que se refiere a no acusar dos veces por el mismo delito a una persona Proxenetismo Inducción a la prostitución (Art 213). El que con ánimo de lucrarse o para satisfacer los deseos

	de otro, induzca al comercio carnal o a la prostitución a otra persona, incurrirá en prisión de diez (10) a veintidós (22) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Constreñimiento a la prostitución (Art 214). El que con ánimo de lucrarse o para satisfacer los deseos de otro, constriña a cualquier persona al comercio carnal o a la prostitución, incurrirá en prisión de nueve (9) a trece (13) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Circunstancias de agravación punitiva (Art 216). Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando la conducta: Se realizare en persona menor de catorce (14) años. Se realizare con el fin de llevar la víctima al extranjero. Se realizare respecto de pariente hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto de afinidad o primero civil, sobre cónyuge o compañera o compañero permanente, o contra cualquier persona que de manera permanente se hallare integrada a la unidad doméstica, o aprovechando la confianza depositada por la víctima en el autor o en alguno o algunos de los partícipes. Para los efectos previstos en este artículo, la afinidad será derivada de cualquier forma de matrimonio o de unión libre. Se cometiere sobre personas en situación de vulnerabilidad en razón de su edad, etnia, discapacidad física, psíquica sensorial, ocupación u oficio. Estímulo a la prostitución de menores (Art 217). El que destine, arriende, mantenga, administre o financie casa o establecimiento para la práctica de actos sexuales en que participen menores de edad, incurrirá en prisión de diez (10) a catorce (14) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes. La pena se aumentará de una tercera parte a la mitad cuando el responsable sea integrante de la familia de la víctima. Pornografía con menores (Art 218). El que fotografíe, filme, venda, compre, exhiba o de cualquier manera comercialice material pornográfico en el que participen menores de edad, incurrirá en prisión de diez (10) a catorce (14) años y multa de ciento treinta y tres (133) a mil quinientos (1.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes. La pena se aumentará de una tercera parte a la mitad cuando el responsable sea integrante de la familia de la víctima. Para efectos de determinar los miembros o integrantes de la familia habrá de aplicarse lo dispuesto por el artículo 35 y siguientes del Código Civil relacionados con el parentesco y los diferentes grados de consanguinidad, afinidad y civil. Omisión de denuncia (Art 219 B). El que, por razón de su oficio, cargo, o actividad, tuviere conocimiento de la utilización de menores para la realización de cualquiera de las conductas previstas en el presente capítulo y omitiere informar a las autoridades administrativas o judiciales competentes sobre tales hechos, teniendo el deber legal de hacerlo, incurrirá en multa de diez (10) a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Si la conducta se realizare por servidor público, se impondrá, además, la pérdida del empleo. Delitos contra personas y bienes protegidos por el DIH Acceso carnal violento en persona protegida (Art 138). El que, con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, realice acceso carnal por medio de violencia en persona protegida incurrirá en prisión de diez (10) a dieciocho (18) años y multa de quinientos (500) a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Actos sexuales violentos en persona protegida (Art 139). El que, con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, realice acto sexual diverso al acceso carnal, por medio de violencia en persona protegida incurrirá en prisión de cuatro (4) a nueve (9) años y multa de cien (100) a quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
	Establece normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, así: “Atención Integral en Salud. En caso de abuso

Ley 1146 de 2007	sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. La no definición del estado de aseguramiento de un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual no será impedimento para su atención en salud, que en todo caso incluirá como mínimo lo siguiente: 1. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Salud tales como EPS, IPS, ARS previamente mencionadas, de manera inmediata y en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo estos casos como de urgencia médica; 2. Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso; 3. Provisión de antirretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/Sida; 4. Durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y psicológica del niño, niña o adolescente víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias; 5. A que se recoja de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia; 6. Se dará aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF; y, 7. Se practicarán de inmediato las pruebas forenses, patológicas y psicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.” (Art 9).
Ley 1098 de 2006. Código de Infancia y Adolescencia	Artículo 20. Derechos de Protección: Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra: La violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de la persona menor de edad. El secuestro, la venta, la trata de personas y el tráfico y cualquier otra forma contemporánea de esclavitud o de servidumbre. Las guerras y los conflictos armados internos.
Ley 1329 de 2009. Por medio de la cual se modifica el Título IV de la Ley 599 de 2000 y se dictan otras disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.	Artículo 219. El que utilice o facilite el correo tradicional, las redes globales de información, telefonía o cualquier medio de comunicación para obtener, solicitar, ofrecer o facilitar contacto o actividad con fines sexuales con personas menores de 18 años de edad, incurrirá en pena de prisión de 10 a 14 años y multa de 67 a 750 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las penas señaladas en el inciso anterior se aumentarán hasta en la mitad (1/2) cuando las conductas se realizaren con menores de catorce (14) años
Ley 1336 de 2009. Por medio de la cual se adiciona y robustece la Ley 679 de 2001, de lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes.	Artículo. 219. Turismo sexual. El que dirija, organice o promueva actividades turísticas que incluyan la utilización sexual de menores de edad incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años. La pena se aumentará en la mitad cuando la conducta se realizare con menor de doce (12) años

2.2. Enfoque desde la Salud Pública

El modelo se enmarca en elementos de tres perspectivas teóricas y conceptuales en salud pública: el manejo social del riesgo, el enfoque de determinantes sociales en salud, y la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APS – R).

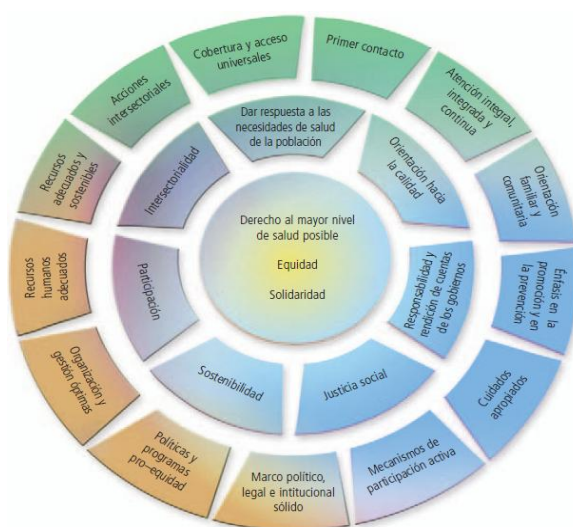
Desde una perspectiva del manejo social del riesgo, aplicable en general al campo de la protección social, se plantea que han de incluirse tres estrategias para abordar los riesgos: la prevención, la mitigación y la superación de eventos negativos; junto con tres niveles de formalidad en el manejo de dicho riesgo: informal, de mercado y público; organizando lo anterior mediante la participación coordinada de varios actores a cargo: personas, hogares, comunidades, organizaciones no

gubernamentales (ONG), diversos niveles de gobierno y organizaciones internacionales. Este enfoque para manejo del riesgo se centra principalmente en las personas empobrecidas, entendidas como los más vulnerables a los riesgos y quienes habitualmente carecen de herramientas efectivas para enfrentarlos⁹⁹.

Las estrategias emplear para manejar el riesgo en los grupos sociales empobrecidos son aquellas que reducen al mínimo sus probabilidades de pérdida de bienestar; por ejemplo, los servicios de atención primaria en salud. Por lo tanto, la planificación de acciones sanitarias tomando en cuenta el manejo social del riesgo ha de emplear estrategias coordinadas de prevención (para reducir la probabilidad del riesgo), de mitigación (para disminuir el posible efecto de un futuro riesgo de deterioro), y estrategias de superación (para aliviar el impacto del riesgo una vez producido), con especial énfasis en que beneficien a quienes se encuentran empobrecidos¹⁰⁰.

La estrategia de atención primaria en salud (APS – R) renovada es entendida como una estrategia integral para la acción en salud, basada en la participación coordinada de recursos y tecnologías ubicados en distintos niveles de complejidad, desde las acciones individuales de autocuidado hasta las atenciones médicas altamente especializadas. Un modelo de atención en salud basado en ésta estrategia se basa en los siguiente valores, principios y elementos esenciales^{101,102}:

Valores, Principios y Elementos Esenciales de un Modelo de Atención en Salud Basado en APS



Fuente: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008)

⁹⁹Holzmann, R. "Manejo Social del Riesgo. Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2003, 21 (1): 73 – 106.

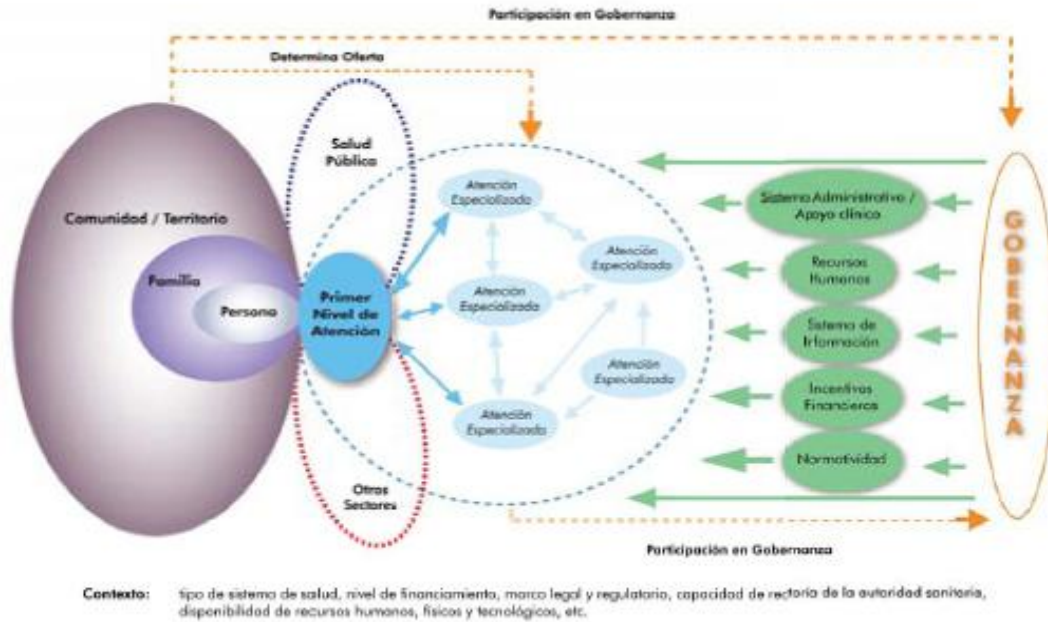
¹⁰⁰Holzmann, R. "Manejo Social del Riesgo. Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2003, 21 (1): 73 – 106.

¹⁰¹ Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008) "Sistemas de salud basados en la atención primaria en salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS". Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas No. 1. Biblioteca OPS. Washington D.C. 46 p.

¹⁰² Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008) "La Renovación de la Atención Primaria en Salud en la Región de Las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Biblioteca OPS. Washington D.C. 48 p.

A la vez, los modelos de salud basados en la estrategia de APS – R han de basarse en redes de salud funcionalmente integradas y altamente coordinadas, tal como ilustra el esquema:

Características de las Redes Integradas de Servicios de Salud en APS



Fuente: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008)

La APS – R surgió como estrategia operativa de las acciones de salud en concordancia con los planteamientos para comprender la causación en los procesos de salud enfermedad, a partir del trabajo del Comité de Determinantes Sociales en Salud de la OPS – OMS. Para la agencia canadiense de salud pública el enfoque de determinantes sociales en salud expresa: “un complejo conjunto de factores o condiciones que determinan el nivel de salud” de una colectividad; especialmente se aluden a condiciones socio – económicas que afectan la salud de las personas, y se establece que en su conjunto los contextos sociales, políticos y económicos definen la situación de salud de las personas porque definen la estratificación social, de modo que en el nivel individual se concretan determinantes específicos (condiciones de vida, exposición, vulnerabilidad diferencial); los servicios de salud operan así mismo respondiendo de manera desigual a los daños, de modo que en conjunto, se inducen resultados desiguales sobre la salud de las personas. La acción sanitaria implica entonces la identificación detallada de los procesos de determinación social (estructurales, intermediarios y proximales), de modo que se pueda actuar para reducir inequidades, mediante alianzas estratégicas entre el Estado y la Sociedad Civil¹⁰³.

Desde ésta versión anglosajona de los procesos de determinación social de la salud, los determinantes sociales son equiparables a los factores de riesgo del modelo epidemiológico clásico, aunque

¹⁰³ Hernández, M. Seminario Distrital sobre la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, Bogotá. Citado por: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá – Corporación Grupo Guillermo Fergusson. La estrategia promocional de calidad de vida y salud, una vía hacia la equidad y el derecho a la salud. Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud, 2008. 39 p.

organizados en niveles interactuantes con similar jerarquía en el proceso de causación dentro del cual se implican:

quedef(inen)12(c)-4(r)-3euen92(c)-4(ie)13(s)-4, c.

Fuente: CMDS – OMS (2007)

2.3. Enfoque de género y orientación sexual

El enfoque de género¹⁰⁴ en el desarrollo de éste modelo busca evidenciar como la problemática de la violencia sexual tiene sus raíces y manifestaciones en la estructura machista y patriarcal de nuestra sociedad, en la que hombres y mujeres, lo masculino y lo femenino, se encuentran en desigualdad e inequidad.

Las diferencias biológicas entre los sexos, se constituyen en el primer eslabón sobre el cual hombres y mujeres son socializados diferencialmente¹⁰⁵, 3cid73(o)5(s)-4()-3o3(en)-129(pa)4(i)11(r)-3(o)5nes cu(tu1)5(r)-3aleos

la vida, en el marco de una sexualidad controlada por los hombres y en el control social y religioso de una vida casta y distante del placer; y a los hombres el espacio de lo público, con funciones productivas, en las que se planteaban elementos de control y poder sobre la sexualidad y el cuerpo de las mujeres.

Estas diferencias convertidas en desigualdades e inequidades, mantuvieron la noción del cuerpo y la sexualidad femenina bajo el control de lo masculino. Y a lo masculino, en la idea de una sexualidad masculina incontrolable, insaciable y en la que todo era válido en torno a la satisfacción.

En particular, en el terreno de la sexualidad y de la afectividad las creencias machistas/patriarcales sustentan que las mujeres y la feminidad se fundamenta en el deber de agradar, depender afectivamente y aún económicamente y ser validadas en la vida familiar y social por los hombres. En razón de tales creencias las mujeres deberán socialmente disponerse a ser conquistadas mientras que de los hombres se espera que sean audaces sexualmente, dominantes; el culto al machismo favorece o estimula que el varón tenga múltiples relaciones sexuales desde temprana edad, sin preguntarse por las consecuencias de sus actos; se le estimula a la vivencia de la sexualidad acción frente a la sexualidad relación o compromiso y la agresividad sexual suele ser reconocida como un valor asociado a la masculinidad.

La cultura patriarcal socializa a las mujeres como objetos naturales de posesión masculina y a los hombres como normal y necesariamente agresivos; esta cultura ha desarrollado también el concepto de que el fenómeno de la violencia sexual depende de determinadas conductas femeninas, como no portarse bien, provocar, andar en la calle, vestirse seductoramente, entre otras.¹⁰⁶

Estas diferencias persisten en la cultura pese a que en la vida real las mujeres han traspasado muchas fronteras y roto muchos paradigmas y estén cada vez más articuladas a la producción económica, a la generación de ingresos y a procesos de participación social y política. Persisten brechas de género que es necesario salvar en especial las referidas a la ciudadanía plena de las mujeres y a la eliminación de múltiples formas de violencia, en especial las violencias sexuales, que se ejercen en su contra por el solo hecho de ser mujeres.

El movimiento internacional de las mujeres, los movimientos de defensa de los derechos de la infancia, las organizaciones sociales, el Sistema de Naciones Unidas y los gobiernos en las últimas décadas han logrado desarrollos importantes que se expresan en la adopción de un conjunto de instrumentos jurídicos internacionales, avances legislativos nacionales (normas de derecho interno) para prevenir, sancionar y eliminar las distintas formas de violencia contra las mujeres, la violencia doméstica, la violencia intrafamiliar y la violencia sexual. Actualmente las violencias sexuales empiezan a posicionarse como un asunto de interés público, de interés para la salud pública tanto por su magnitud como por su impacto en el desarrollo humano, la salud de las personas y la convivencia social.

El conocimiento de estos avances normativos y de derechos sustenta el quehacer de los diferentes niveles de atención y de los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y entrega suficientes argumentos a los trabajadores de salud y al personal médico para el restablecimiento de derechos de las víctimas a través de la prestación de servicios y de la entrega de respuestas integrales en el marco de los derechos humanos en los diferentes componentes de la integralidad: promoción, prevención, detección, atención, reparación, recuperación, de acuerdo a las competencias de ley.

En esta misma dirección es necesario contemplar los derechos que tienen las víctimas de violencias basadas en el género, lo cuales son enunciados por la Ley 1257 de 2008¹⁰⁷ y que son de obligatorio cumplimiento para los operadores/as de justicia, administrativos, de policía y para las y los prestadores de servicios de salud, estos son:

- A. **Recibir** atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad.
- B. **Recibir** orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado desde el momento en el que el hecho constitutivo de violencia se ponga en conocimiento de la autoridad.
- C. **Recibir** información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos y con los mecanismos y procedimientos.
- D. **Dar** su consentimiento informado para los exámenes médico-legales en los casos de violencia sexual y escoger el sexo del facultativo para la práctica de los mismos dentro de las posibilidades ofrecidas por el servicio.
- E. **Recibir** información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva
- F. **Ser tratada** con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o asistencia social respecto de sus datos personales, los de sus descendientes o de los de cualquier otra persona que esté bajo su guarda o custodia.
- G. **Recibir** asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico para ellas y sus hijos
- H. **Acceder** a los mecanismos de protección y atención para ellas y sus hijos
- I. **La verdad**, la justicia, la reparación y garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia
- J. **La estabilización** de su situación conforme a los términos previstos en la Ley
- K. **A decidir** voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los de procedimientos administrativo, judiciales o de otro tipo

Es preciso advertir que, teniendo en cuenta la noción de Bloque de Constitucionalidad desarrollado en jurisprudencia reiterada de la Corte Constitucional frente a la interpretación del artículo 93 de la Constitución Política, los tratados y convenios de derechos humanos ratificados por Colombia prevalecen en el orden interno y deben ser tenidos en cuenta para interpretar los derechos establecidos en la Constitución Política.

La región de América Latina cuenta con la Plataforma Jurídica más garantista respecto del ejercicio de los derechos de las mujeres, esta normatividad denominada Convención de Belém Do Pará o Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer fue ratificada por Colombia mediante la Ley 248 del 29 de diciembre de 1995.

Por lo tanto, el presente Modelo toma como marco de referencia desde la perspectiva de derechos y de género lo contenido en esta Convención. La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer establece el derecho de toda mujer a vivir una vida libre de violencia y regula los compromisos asumidos por los Estados americanos frente a la violencia contra la mujer. Además define este tipo de la violencia como: “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”. Adicionalmente, este instrumento jurídico internacional, amplió los escenarios de violencia contemplando:

- Violencia física, sexual y psicológica en la familia
- Violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general

¹⁰⁷ Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de las formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal y de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

- Violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra por acción o por omisión.
- Violaciones de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado, en particular los asesinatos, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados.
- Esterilización forzada y el aborto forzado, la utilización coercitiva o forzada de anticonceptivos, el infanticidio de niñas y la determinación prenatal del sexo.

Algunos instrumentos internacionales y nacionales ofrecen, desde el principio del siglo XX el marco jurídico para la lucha contra las diversas formas de violencia sexual. A continuación se mencionan los más destacados y se precisa en su contenido lo relativo a la violencia sexual:

Instrumentos Internacionales	Descripción
Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños.	Proclamada el 15 de noviembre del año 2000 por las Naciones Unidas. Entrada en Vigor 25 de Diciembre de 2003.El Protocolo establece que por s

Latina y el Caribe.	desagregadas por sexo; k. Cooperación Internacional; l. Fortalecimiento institucional; y, m. Migrantes.
Instrumentos Nacionales	Descripción
Ley 1257 de 2008	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres , se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 194 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Se crea el tipo Penal de Acoso Sexual: “El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años”. (Artículo 29); se definen medidas de protección para víctimas de violencia sexual y derechos de víctimas de delitos sexuales. Se definen circunstancias de agravación punitiva para delitos sexuales cuya víctima sea una mujer, es así como el Artículo 27 establece que “La pena prevista en este artículo se aumentará de la tercera parte a la mitad cuando se cometiere contra una mujer por el hecho de ser mujer”.

La orientación sexual es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva por individuos de sexo/género diferente, del mismo sexo/género o de más de un sexo/ género, así como de tener relaciones íntimas y sexuales con esas personas.

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

La orientación sexual es diferente de la conducta sexual porque se refiere a los sentimientos y el concepto de orientación sexual, abarca los deseos, sentimientos, prácticas e identificación sexuales. La orientación sexual puede ser hacia personas del mismo sexo o de diferente sexo (orientación homosexual, heterosexual o bisexual)¹⁰⁸.

Por su parte, la identidad de género se refiere a la compleja relación entre el sexo y el género en referencia a la experiencia de autoexpresión de una persona respecto a las categorías sociales de masculinidad o feminidad (género). Una persona puede sentir subjetivamente una identidad de género distinta de sus características sexuales o fisiológicas. La corrección vale solo si no es textual

Los términos concretos que las personas usan y con los que se identifican en cuestiones de orientación sexual e identidad de género varían mucho de una cultura a otra. No obstante, las categorías que comúnmente constituyen a la población LGBTI¹⁰⁹ son¹¹⁰:

- Lesbianas: Mujer que es atraída afectiva y/o sexualmente por personas del mismo sexo/género. No precisa haber tenido, necesariamente, experiencias sexuales con otras mujeres para identificarse como lesbiana. . El término viene desde la isla griega Lesbos, en donde vivía la poeta “Safo” quien enseñaba su arte a otras mujeres.
- Gays: Término que se usa para hacer relación a los hombres que sienten atracción erótico afectiva exclusivamente por otros hombres y viven su vida en esa dirección. Proviene del latín gaudium, alegres.
- Bisexuales: Hombres y mujeres cuyas manifestaciones afectivo eróticas están dirigidas a personas de ambos sexos/géneros. Estas personas han sido objeto de múltiples consideraciones,

¹⁰⁸ Amnistía Internacional en: <http://www.amnesty.org/es/sexual-orientation-and-gender-identity>

¹⁰⁹ Sigla utilizada para referirse a la población de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas

¹¹⁰ Profamilia. Módulo Profamilia Educa. Diversidad Sexual, 2010.

pero en todo caso no significa que tengan relaciones al mismo tiempo con personas de ambos sexos.

- **Transgeneristas:** Esta categoría tiene que ver más con la identidad sexual que con la orientación, aquí se incluyen a travestis, transexuales y transformistas quienes podrán tener una orientación sexual heterosexual, homosexual y bisexual. Terminología empleada para describir personas que transitan entre los géneros. Son personas cuya identidad de género trasciende las definiciones convencionales de la sexualidad. Según la psicóloga Marina Talero Monroy (2007)¹¹¹, la definición de transgeneristas, incluye personas que construyen una subjetividad genérica masculina en el cuerpo de una mujer, llamándose a si mismo un “hombre transgenerista” o que igualmente construye una subjetividad genérica femenina en el cuerpo de un hombre, llamándose a si misma mujer transgenerista
- **Transexual::** Persona que tiene una identidad de género diferente del sexo que le fue descrito en el nacimiento. Los hombres y las mujeres transexuales pueden manifestar el deseo de someterse a intervenciones médicas y/o quirúrgicas para realizar la adecuación de sus características físicas de nacimiento (inclusive genitales) a su identidad de género constituida. Estas personas pueden tener una orientación heterosexual, homosexual o bisexual, dependiendo de cómo se identifiquen.
- **Intersexuales:** Personas que tienen desde su nacimiento características físicas de ambos sexos. Anteriormente conocidas como personas hermafroditas, es el término general adoptado para referirse a una variedad de condiciones (genéticas y/o somáticas) con las que una persona nace, presentando una anatomía reproductiva y sexual que no se ajusta a las definiciones típicas de lo femenino o de lo masculino.
- **DragQueen:** Se refiere a un hombre que viste prendas femeninas bajo un enfoque teatral, su esencia es la ironía y la sátira y hasta la ridiculización de lo femenino, se nota en los maquillajes y vestuarios. No necesariamente es gay o lesbiana o bisexual.
- **Drag King:** Se denomina así a una mujer que viste prendas masculinas, con una mirada teatral, su esencia es la burla, el humor y la exageración.
- **Transformista:** Individuo que se viste con ropa del género opuesto movido por intereses artísticos.
- **Homofobia:** Es un concepto que ha sido usado ampliamente. Es utilizado para describir una variada gama de fenómenos sociales relacionados con el prejuicio, la discriminación y la violencia contra las personas homosexuales ya sean hombres o mujeres, que se expresa en el lenguaje a través de descalificaciones, burlas o injurias, a través de actitudes de asco, incomodidad o franco rechazo, o a través de acciones de franca discriminación que pueden llevar a la exclusión, a la vulneración de derechos humanos tales como el derecho a la educación o al trabajo, a la violencia física o psicológica y en no raras ocasiones a crímenes de odio.

¹¹¹Talero, M.; Página principal de Trans-ser. Red de apoyo a transgeneristas. Colombia (2007)
http://www.trans-ser.org/transser_contenido.html

- Lesbofobia: Palabra creada para representar el rechazo y/o la aversión a las lesbianas.
- Transfobia: Palabra creada para representar el rechazo y/o aversión a transexuales.

Toda persona tiene una orientación sexual y una identidad de género. Cuando éstas no coinciden con las de la mayoría, se considera a menudo a la persona objetivo de discriminación o abuso. Toda persona debe poder disfrutar de todos los derechos humanos consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Y sin embargo, millones de personas de todo el mundo se enfrentan a la ejecución, el encarcelamiento, la tortura, la violencia y la discriminación por su orientación sexual o identidad de género. La variedad de abusos es ilimitada¹¹²:

- Mujeres violadas para “curarlas” de su lesbianismo, a veces a instancias de sus progenitores;
- Personas procesadas porque sus relaciones privadas mantenidas de mutuo acuerdo se consideran un peligro social;
- Pérdida de la custodia de los hijos e hijas;
- Palizas de la policía;
- Agresiones y a veces homicidios en la calle (“crímenes de odio”);
- Insultos frecuentes;
- Acoso escolar;
- Denegación de empleo, domicilio o servicios de salud;
- Denegación de asilo a personas que han conseguido escapar de abusos;
- Violación y otras torturas bajo custodia;
- Amenaza por hacer campaña en favor de sus derechos humanos;
- Incitación al suicidio;
- Ejecución estatal.

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

2.4. Enfoque diferencial

El enfoque diferencial pone de presente el hecho de que ciertas personas tienen vulnerabilidades especiales en razón de su pertenencia a diferentes grupos poblacionales y establece que, por tanto, tales especificidades deben verse reflejadas en los mecanismos legales y de política pública contruidos para su beneficio¹¹³, a la vez que el desarrollo de acciones y procesos de atención ajustados a sus necesidades específicas que incluyen entre otras usos y costumbres. Por tal razón el presente Modelo responde a la pretensión de la transversalización para la atención integral de las víctimas de las violencias sexuales¹¹⁴.

¹¹²Op. Cit. Amnistía International.

¹¹³ACNUR. Guía para incluir el enfoque diferencial en la atención a población desplazada en Santander, Bucaramanga, 2008.

¹¹⁴Ibídem., p.5

El enfoque diferencial propone que las personas o grupos de población que tengan vulnerabilidades especiales (físicas, psíquicas, sociales o ambientales) frente a diversas formas de discriminación y violencia y en particular de violencia sexual, reciban una atención acorde a su situación, características y necesidades especiales; y que estas necesidades puedan abordarse a través de mecanismos legales, servicios y de política pública diferenciales. En ese sentido el enfoque diferencial, basándose en el **principio de la equidad**, busca la igualdad real y efectiva; por lo tanto, disminuir situaciones de inequidad y dificultad en el goce efectivo de sus derechos fundamentales, buscando lograr la equidad en el **derecho a la diferencia**¹¹⁵.

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

2.4.1. Enfoque diferencial étnico

Según el DANE en Colombia existen 87 etnias indígenas, tres grupos diferenciados de población afro y el pueblo ROM o gitano; se hablan 64 lenguas amerindias, el bandé, lengua de los raizales del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; el palenquero, lengua criolla de las comunidades de San Basilio de Palenque y el Romanís o Romanes, lengua de los pueblos ROM¹¹⁶. Lo anterior hace de Colombia un país multiétnico y pluricultural, tal y como lo establece la Constitución Política.

Según el Censo de 2005 el 13,8% pertenece a comunidades étnicas (3,36% indígenas; 10,40% afrocolombianos; y 0,01% ROM), las cuales se constituyen en una minoría poblacional de especial importancia en la definición de nuestra cultura y de la nacionalidad. Estas minorías hoy se ven fuertemente afectadas por el conflicto armado, la violencia, el despojo, el desplazamiento¹¹⁷ e históricamente víctimas de la discriminación y de crímenes como la violencia sexual.

Según la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (CNRR) dentro del universo de víctimas, estas se encuentran en mayor situación de riesgo, ya que están ubicadas en zonas estratégicas importantes que sirven como corredores de paso de los grupos armados. El Tercer Informe sobre la Situación de Derechos Humanos en Colombia de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de 1999 y el Informe del Relator Especial sobre la situación de los Derechos Humanos y las Libertades fundamentales de los Indígenas (Rodolfo Stavenhagen, Misión en Colombia, 2004), algunos de los hechos más recientes son: la muerte de dirigentes, autoridades tradicionales y líderes indígenas; la desaparición forzada, invasión y dominación del territorio; daños a los lugares sagrados, ejecuciones extrajudiciales, tortura, masacres, bombardeos por la Fuerza Aérea, efectos mortíferos de artefactos

¹¹⁵ Ibídem., p.5.

¹¹⁶ Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Colombia una nación multicultural: su diversidad étnica. Dirección de censos y demografía. Mayo de 2007.

¹¹⁷ ACNUR, Op.Cit. 2008., p. 9.

explosivos y minas antipersonal, secuestros, homicidios, terrorismos, confinamiento, reclutamiento forzado, desplazamientos individuales y colectivos; y violencia sexual¹¹⁸.

Respecto a las comunidades afro está cabe anotar que estas también están localizadas en zonas deprimidas, escenarios propicios para el actuar de los actores armados. Esta población se localiza principalmente en el litoral pacífico, en donde habita el 455 del total, así: en Chocó (82,68%), Valle (27,21%), Cauca (22,19%) y Nariño (18,82%); en el litoral del Caribe se destacan Bolívar (27,57%), y en ciudades como Cartagena, Cali, Barranquilla, Medellín y Bogotá (29%).

De acuerdo con el Documento CONPES 3310 de 2004, los indicadores de bienestar social, condiciones y calidad de vida, entre otros, ubican a la población afro colombiana por debajo de la media nacional. La tasa de analfabetismo en comunidades afro estaba por debajo del promedio nacional, 86% frente al 88%; la afiliación al Sistema de Salud es del 35% frente a la del resto del país que es del 51%. El porcentaje de personas afro que ingresa a la educación superior es del 145 mientras que el promedio nacional es del 26%. Estos datos son un ejemplo de la situación de inequidad, marginalidad y alto grado de vulnerabilidad que presentan las comunidades afro e indígena frente al resto de la población colombiana.

La Corte Constitucional ha reconocido a las comunidades indígenas y afro como sujetos colectivos y como tales, gozan de derechos que recaen en la comunidad, entendida como la unidad, más allá de los sujetos que la conforman. Por lo tanto, los grupos étnicos gozan tanto de los derechos individuales como de los colectivos. Aunque primen los derechos colectivos no se desconocen los derechos individuales y es imperativo que la reparación integral por los daños sufridos, bien sea por el desplazamiento, las violaciones al territorio o los lugares sagrados, así como por la perpetración de actos sexuales no consentidos a cualquier miembro de la comunidad, debe propender por la complementariedad entre los derechos individuales y colectivos.

En lo que respecta a la prevención, la atención integral y al restablecimiento de derechos de las víctimas de la violencia sexual pertenecientes a comunidades indígenas y/o afro, es de suma importancia atender a particularidades culturales tales como la cosmovisión sobre el cuerpo y la sexualidad, así como el lugar que ocupan, los roles y las funciones que ejercen las mujeres, niñas y adolescentes al interior de dichas colectividades.

Un ejemplo de claro de lo anterior es la ablación o mutilación genital femenina (A/MGF) entendida como una práctica ancestral de las comunidades indígenas. De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se estima que entre 120 y 140 millones de mujeres han sido sometidas a esta práctica nociva y peligrosa y que 3 millones de niñas siguen estando en riesgo cada año. La práctica persiste en parte por la percepción social, ya que todavía se piensa que si las niñas renuncian a la ablación, tanto ellas como sus familias se arriesgan a padecer vergüenza y exclusión social, al tiempo que verán reducidas las perspectivas de matrimonio.

Dicha práctica tal como lo evidenció la Defensoría del Pueblo de Colombia y el Fondo de Población de Naciones Unidas, en un acercamiento a la comunidad Embera en el municipio de Dosquebradas, ha sido históricamente practicada por esta comunidad, como una forma de control del placer y de la sexualidad de las mujeres, legitimada y naturalizada por los varones de la comunidad. La A/MGF tiene consecuencias inmediatas y a largo plazo en la salud de las mujeres y las niñas, y constituyen una violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

¹¹⁸ Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación. Área de Género y poblaciones específicas. Enfoque diferencial

Sí bien en el capítulo sobre el diagnóstico de la violencia sexual en Colombia se hablaba de las dificultades para dimensionar este fenómeno debido a las debilidades del sistema de información y a la poca denuncia de los hechos violentos por parte de las víctimas, por miedo a las retaliaciones por parte del agresor, al desconocimiento de sus derechos y de las rutas de atención; y la poca credibilidad en las autoridades competentes; las comunidades afro e indígenas no son ajenas a dicho panorama.

Por ser grupos poblacionales históricamente vulnerables, el registro de la violencia sexual presenta mayores vacíos. Las víctimas de violencia sexual indígenas y afro tienden a naturalizar los episodios violentos, no cuentan con red de apoyo ni conocen las instituciones del Estado a cargo de la atención a las víctimas; los sistemas de información no cuentan con las categorías desagregadas para dar cuenta del fenómeno en dichas comunidades; y adicionalmente, el hecho de que las comunidades indígenas cuenten con una legislación autónoma, hace que muchas de las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos queden por fuera de la legislación ordinaria, contribuyendo así a invisibilizar la violencia sexual y a crear espacios de impunidad basados en los principios de diversidad étnica y cultural y de autonomía de los pueblos indígenas.

2.4.2. Enfoque diferencial por discapacidad

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York. Esta Convención se concibió como un instrumento de derechos humanos con una dimensión explícita de desarrollo social. En ella se adopta una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales¹¹⁹

La OMS define discapacidad como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia), de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. De otro lado, la funcionalidad se refiere a la capacidad que tiene un individuo de realizar sus actividades básicas de forma independiente y serían sus alteraciones o limitaciones, sin importar la edad del que las padezca, las que llevarían a un individuo a ser persona con discapacidad.

La Constitución Nacional en su artículo No 47 establece que “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”. La Corte Constitucional ha afirmado que una de las características más relevantes del Estado social de derecho es la defensa de quienes por su condición de debilidad e indefensión pueden verse discriminados o afectados por acciones del Estado o de particulares. Los discapacitados tradicionalmente se han considerado sumamente vulnerables, y en consecuencia, se les ha otorgado gran protección¹²⁰. Mediante la Ley 1145 de 2007 se creó en Colombia el Sistema Nacional de Discapacidad.

El Enfoque Diferencial de Discapacidad está orientado a “Analizar las diferentes intervenciones y las rutas de atención que articulan el ciclo de vida de las personas con discapacidad, teniendo en cuenta el

¹¹⁹Organización de las Naciones Unidas. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad.
<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

¹²⁰Defensoría del Pueblo. Observatorio de Justicia Constitucional.

http://www.defensoria.org.co/?_es=0&_s=ojc&_palabra=Constituci%F3n&_a=5&_b=2293

enfoque diferencial desde el individuo en situación de discapacidad, su entorno familiar, comunitario y social".¹²¹

Según el DANE (2005)¹²², la tasa de prevalencia de discapacidad para el total de la población colombiana es de 6.3%, siendo mayor en hombres (6,6%:6,1%), además los datos arrojaron que los departamentos de Huila, Boyacá, Quindío, Tolima, Nariño, Cauca y Caldas, presentan el mayor número de municipios con índices de intensidad de población con limitaciones permanentes. En contraste, el Distrito Capital y los departamentos de Amazonas, Vaupés, Córdoba y Guajira, presentan los menores.

El Censo además reportó que de cada 100 personas con limitaciones, el 43.3% las tienen en la visión, en forma permanente; 29.5% para caminar o moverse; el 17.4% para oír; 14.9% para usar brazos y piernas; 13.2 para hablar%; 12.3% para aprender o entender; 10.1% para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales; el 9.9% para su autocuidado y, el 18.8% presentan otra limitación¹²³.

6

Se ha deter,)probid()-32(lo)5(s)-4fpobla auendlosquap5(s)o(vnfo)lacioprtalrn losoveronlos coe discorls

violenta o abusiva perpetrada contra una de estas mujeres forma parte de la percepción errónea que en numerosos casos se tiene de la vivencia de la propia discapacidad. Las propias mujeres no detectan que se trata de comportamientos violentos o abusivos, denunciables y que violan sus derechos humanos. En el caso de mujeres y niñas con discapacidad intelectual, éstas suelen confiar más en desconocidos y presentan más dificultades para discriminar estas conductas. A menudo, no tienen ni siquiera consciencia de anormalidad en lo que viven a diario.

- La severidad de un déficit y la falta de habilitación o rehabilitación adecuadas pueden provocar en las personas con discapacidad situaciones de grave indefensión ante la posibilidad de repeler y afrontar situaciones de abuso, violencia sexual o maltrato.
- Finalmente, la falta de información sobre la sexualidad y las relaciones personales unido a la falta de oportunidades sociales, el aislamiento y su mayor proclividad a dar y recibir afecto, generan situaciones ambivalentes para ellas que pueden derivar en formas de violencia sexual.

2.4.3. Enfoque diferencial por ciclo vital

2.4.3.1. Niños, niñas, y adolescentes

Tal y como se hizo referencia en el capítulo anterior, de acuerdo con las cifras de violencia sexual disponibles en el país, encontramos que la población infantil en todas sus edades y condiciones, constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad a estos tipos de violencia.

Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, “la intervención de la violencia sexual debe realizarse desde el enfoque diferencial”¹²⁵ el cual reconoce la existencia de grupos poblacionales que por sus condiciones y características étnicas, culturales, socio demográficas, su sexo, su orientación sexual y su ciclo vital, son más vulnerables y requieren un abordaje ajustado a sus necesidades y particularidades, para disminuir situaciones de inequidad y dificultad en el goce efectivo de sus derechos fundamentales, buscando lograr la equidad en el derecho a la diferencia”¹²⁶.

El enfoque del ciclo vital se caracteriza por tener en cuenta que cada etapa en el desarrollo del individuo es un momento fundamental en la estructuración física, psicológica y social de los seres humanos. Con tal propósito se tendrán en cuenta etapas como la infancia y la adolescencia, en las que niños, niñas y adolescentes comienzan a adquirir habilidades intelectuales y desarrollar competencias emocionales para relacionarse asertivamente con el mundo, para conocerse a sí mismos y aprender a manejar los recursos adquiridos para desenvolverse en sociedad. Este aprendizaje explica la necesidad de que niños, niñas y adolescentes crezcan en entornos seguros y protectores con el ánimo de que les brinden herramientas oportunas para afrontar situaciones para las que aún no están listos ni física ni emocionalmente¹²⁷.

¹²⁵Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual. Documento en construcción. (2010). Ministerio de la Protección Social.

¹²⁶ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lineamiento Técnico Administrativo para el restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Bogotá, 2010., p. 3

¹²⁷Ibidem., p. 3

Adicionalmente, en Colombia el ejercicio de los derechos humanos de la niñez y la adolescencia experimenta particulares afectaciones con ocasión del conflicto armado interno. En tanto población civil, niños, niñas y adolescentes están expuestos a ser víctimas de amenazas, masacres, homicidios, delitos sexuales, desapariciones, torturas, ataques indiscriminados, accidentes e incidentes por minas antipersonal y/o armas de uso convencional, enfrentamientos armados, desplazamiento, reclutamiento forzado, restricciones a la circulación de bienes e insumos indispensables para su supervivencia, entre otras acciones calificadas como infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH) inclusive como crímenes de guerra y crímenes de lesa humanidad según el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional.

Sumado a las anteriores formas de victimización, la violencia sexual es utilizada de manera recurrente como estrategia de guerra, como forma de control territorial y como forma de sometimiento de la población civil.

Las afectaciones más frecuentes a los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes caracterizadas como violencia sexual ya han sido analizadas en detalle en este documento en el capítulo de diagnóstico, por tal razón se considera que desde la perspectiva diferencial de los derechos de la infancia y la adolescencia la atención integral a esta población debe basarse en la identificación de los riesgos y vulnerabilidades, la promoción de acciones de protección, orientación y cuidado, la prevención de los diferentes tipos de violencia sexual, la atención basada en sus necesidades y su nivel de desarrollo, la garantía de acceso a servicios, la orientación e intervención con padres o cuidadores, y el abordaje integral desde los derechos de las víctimas.

- Garantizar sus derechos, brindarles un tratamiento digno y humano, teniendo en cuenta siempre su condición de víctima.
- Apoyar a las autoridades competentes en la protección de los niños, las niñas y los adolescentes y de su familia, y trasladarlos cuando sea procedente, a los hogares de paso o a los lugares en donde se desarrollen los programas de atención especializada de acuerdo con la orden emitida por estas autoridades.
- Informar a las víctimas sobre sus derechos y sobre el proceso, considerar sus opiniones. Proteger debidamente su intimidad e identidad; y evitar las demoras innecesarias.
- Velar por la seguridad de las víctimas, así como familias y testigos a su favor.
- El hecho de haber dudas acerca de la edad real de la víctima no impedirá la iniciación de las investigaciones penales, incluidas las investigaciones encaminadas a determinar la edad de la víctima.

2.4.3.2. Adultos mayores

El envejecimiento de la población mundial es sin duda, un triunfo del desarrollo del último siglo; sin embargo trae consigo una serie de retos. En el 2045 en todo el mundo, las personas mayores de 60 años serán más numerosas que los niños menores de 14 años. Según el último censo de 2005, las personas mayores de 60 años constituían casi el 9% de la población colombiana⁸, un total de 3, 721,943 de adultos mayores sobre la población total censada de 41, 468,384. Sin embargo de acuerdo con la proyección del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE a junio 30 de 2009, el total de la población colombiana ha crecido a casi 45 millones, de los cuales se estima que los adultos mayores corresponden al 14 por ciento de los colombianos.

Cabe destacar que las personas mayores representan no sólo el grupo poblacional que más rápido crece en Colombia, sino que también demuestran altos índices de pobreza, 60.2% de ellos se categorizan en SISBEN I y II y con un nivel de analfabetismo de 23.4%, especialmente en áreas rurales¹²⁸. Las personas mayores enfrentan múltiples dificultades en su vida diaria dada la pobreza en que viven, la discriminación y exclusión social por la edad y la falta de acceso a servicios.

De otro lado, el “Primer Foro de la Sociedad Civil” en Brasilia, Madrid +5 (2000)¹²⁹ reconoce el impacto diferenciado que tienen en los adultos mayores algunas situaciones de emergencia entre las que se destaca el desplazamiento interno, de igual manera, resalta la prioridad que ellos y ellas deben recibir por parte del Estado en la construcción y ejecución de programas y políticas en dicha situaciones de emergencia humanitaria:

“En las situaciones de emergencia, tales como los desastres naturales y otras situaciones de emergencia humanitaria, las personas de edad son especialmente vulnerables y ellos debe reconocerse, ya que pueden estar aisladas de sus familias y amigos y les resulta más difícil hallar alimento y resguardo. También pueden tener que asumir la responsabilidad principal en la prestación de cuidado. Los gobiernos y los organismos de socorro humanitario deben reconocer que las personas de edad pueden hacer un aporte positivo en las situaciones de emergencias y promover la rehabilitación y la reconstrucción”.

De igual manera, respecto al enfoque diferencial por ciclo vital en relación a los adultos mayores es preciso hacer referencia a que debido a su condición particular de vulnerabilidad ya que generan relaciones de dependencia, abandono y rechazo, están en riesgo de ser víctimas de violencia sexual. Si bien los adultos/as mayores son considerados/as como aquella población a la que se le tiene que dar prioridad en la atención (junto con poblaciones tan vulnerables como los niños, niñas, adolescentes, mujeres y grupos étnicos), particularmente en situaciones de emergencia o de conflicto armado interno, la temática del adulto/a mayor y la violencia sexual no ha sido suficientemente desarrollada en profundidad en el país.

A pesar del altísimo subregistro de delitos sexuales en adultos mayores debido a las condiciones anteriormente analizadas, el informe Forensis 2009 reporta 8 casos de violencia sexual en adultos mayores hombres y 69 casos en mujeres mayores de 60 años. Estos datos son indicativos de la impunidad y la invisibilidad de estos delitos en este grupo poblacional.

2.4.4. Enfoque diferencial por género y orientación sexual:

Tal como ha sido ampliamente expresado en una sección anterior, la pertenencia al género femenino en cualquier grupo de edad, así como al colectivo LGBTI, confieren una vulnerabilidad especial para sufrir violencia sexual dentro de nuestro país, replicando lo observado en muchas otras sociedades occidentales.

¹²⁸ Ibidem.

¹²⁹El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, Madrid 2002 es el único acuerdo internacional que reconoce el potencial de las personas adultas mayores para contribuir al desarrollo de sus sociedades. Es un compromiso de los gobiernos de incluir el envejecimiento en todas las políticas de desarrollo sociales y económicas, inclusive en programas de reducción de la pobreza bajo tres áreas prioritarias: Las personas mayores y el desarrollo, el fomento a la salud y al bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable.

Esta vulnerabilidad particular ha de ser tomada en cuenta para planear servicios asistenciales en salud que resulten fácilmente accesibles y sensibles a las necesidades particulares que mujeres, niñas, adolescentes femeninas, y personas LGBTI manifiestan cuando han sido víctimas de violencia sexual.

Igualmente, es necesario que los equipos de salud encargados de la atención de éstas personas hagan conciencia de los dispositivos de poder que se ponen en juego dentro de la sociedad para hacer más vulnerables a éstos grupos humanos ante la violencia sexual, los cuales ya han sido discutidos en secciones anteriores, de modo que las intervenciones sanitarias generales y específicas que se les provean (en salud mental, en salud sexual y reproductiva, entre otras) no reproduzcan tales dispositivos de poder intrínsecos a los actos de victimización sexual, sino que más bien resulten liberadores para las víctimas, contribuyendo a su empoderamiento ante ellos.

2.4.5. Enfoque diferencial por ubicación dentro de un grupo humano en posición socio – económica desventajosa:

Aunque se conoce que la violencia sexual puede llegar a afectar a cualquier tipo de personas, ubicada en cualquier posición socio – económica, también ha quedado ilustrado hasta el momento que en Colombia existen algunos grupos humanos que suelen estar especialmente afectados por éste problema, a saber, las mujeres, las niñas, los niños, las y los adolescentes, las personas LGBTI, las habitantes rurales y aquellas personas que viven dentro de territorios especialmente afectados por el conflicto armado interno, o que han sido desplazadas forzosamente.

En el entrecruzamiento de vulnerabilidades ante la violencia sexual dada por la pertenencia a un determinado género o grupo de orientación sexual, a una étnia indígena o afrodescendiente, a un grupo de edad, o a la condición de habitar en el área rural o de estar en situación de especial afectación por el CAIN, habrá que agregar las desventajas propias de pertenecer a un grupo social especialmente desempoderado por ausencia de los recursos socio – económicos suficientes para satisfacer adecuadamente las necesidades básicas de sus miembros, para disminuir su exposición a riesgos de enfermar o morir, o para atender las necesidades específicas e incrementadas de recursos y apoyo social que alguno de sus miembros puede requerir cuando enfrenta adversidades como la enfermedad, o la exposición a cualquier tipo de victimización, tal como la victimización sexual ¹³⁰.

En el caso de la atención integral a víctimas de violencia sexual es muy importante tomar en cuenta para la atención sanitaria su ubicación dentro de grupos humanos que se encuentran en posiciones de desventaja socio – económica, incluyendo su pertenencia a grupo sociales sometidos a pobreza, a estigma social, a condiciones de desarraigo por desplazamiento forzado y otras causas, o a alteración severa de sus modos de vida habituales por sometimiento a los rigores del conflicto armado o las catástrofes naturales, por cuanto numerosos estudios han mostrado que la recuperación exitosa de las víctimas depende tanto de la calidad de las respuestas sociales e institucionales desplegadas en torno a sus necesidades sanitarias integrales, como del mejoramiento en general de las condiciones de vida que rodean a la víctima, las cuales fomentan procesos protectores que promueven la restauración de su salud¹³¹; tomando en cuenta que, tanto las respuestas sociales habitualmente disponibles como las

¹³⁰ Breilh, J (1996) “El género entre fuegos: inequidad y esperanza”. Quito. Centro de estudios y asesoría en salud – CEAS -

¹³¹ Sanmartín, J (Coord.) “Violencia contra niños” Ariel. Barcelona. 225 p.

condiciones de vida, suelen ser precarias cuando la víctima pertenece a grupos humanos en desventaja socio – económica, una meta central en los servicios integrales de atención en salud para el tipo de víctimas descrito ha de ser facilitar su acceso a la totalidad de los recursos asistenciales que requieran para proteger y recuperar su salud amenazada por la victimización sexual, acorde con los principios ya planteados en la sección dedicada al enfoque en salud pública tomado en cuenta para éste modelo.

2.5. Enfoque de Integralidad

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

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

Dar una respuesta integral al problema de la violencia sexual significa ir más allá de la recuperación física de las heridas o lesiones. Significa crear los medios que garanticen la seguridad física, emocional, sexual, social, legal de las víctimas y apoyen los esfuerzos de éstas por retomar el control de sus vidas y avanzar en los procesos de curación, justicia y reparación. En el caso de la violencia sexual el abordaje integral compromete una mirada interdisciplinaria desde la salud, las ciencias sociales, la atención jurídica y psicológica que de cuenta de las diferentes necesidades (bio-psico-sociales) de las víctimas/sobrevivientes y la sanción de los agresores.

La atención integral es el escenario propicio para la interacción de todos los enfoques descritos para éste modelo; ya que posibilitan responder a las necesidades particulares de cada una de las víctimas/sobrevivientes en aras del restablecimiento de sus derechos.

Es decir, debe atender las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y a las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo. La atención integral supone llevar a cabo acciones de promoción, prevención, atención y restablecimiento de derechos que respondan a las necesidades particulares de los niños, niñas y adolescentes, de los y las adultos mayores, de las víctimas pertenecientes a comunidades indígenas o afro; o a las personas LGBTI.

La atención integral supone ante todo estar atentos y atentas a las manifestaciones de patriarcal de nuestra sociedad, en la que hombres y mujeres, lo masculino y lo femenino, se encuentran en desigualdad e inequidad; manifestaciones que legitiman e invisibilizan la violencia sexual

Además, en consideración de que los procesos de violencia sexual ocurren en entornos familiares y sociales, la atención integral deberá dar cuenta tanto de lo personal, lo familiar y lo comunitario que incluye, por ejemplo: la escuela y el barrio o comunidad rural. Esto se debe a que el impacto de la violencia sexual es de carácter radial y envolvente, es decir compromete el entorno relacional, afectivo y social de la persona sobreviviente.

El modelo invita a los servicios, equipos y agentes de salud a avanzar desde lo biomédico a lo bio-psico-social y de lo individual a lo familiar y comunitario. En lo familiar es preciso incorporar una mirada crítica sobre el mundo de los afectos, sobre las relaciones y asimetrías de poder al interior de la pareja y la familia. Por ello, la atención integral no se agota en la atención médica y psicológica; comprende el conjunto de acciones de promoción de la salud sexual reproductiva orientadas a estimular una vivencia de la sexualidad y de la reproducción fundada en los derechos humanos sexuales y reproductivos; comprende, también, el conjunto de estrategias, programas y acciones dirigidas a potenciar factores personales, familiares, comunitarios e institucionales para la prevención de todas las formas de violencia y en especial de las violencias sexuales y al conocimiento e identificación oportuna de los signos y síntomas físicos, psíquicos y del comportamiento que faciliten la detección temprana.

La estrategia fundamental para lograr intervenciones sanitarias enmarcadas por el enfoque de integralidad es el trabajo en equipo de salud, a través del cual se integran no solo diferentes saberes y disciplinas, sino recursos humanos y tecnológicos pertenecientes a diferentes niveles sanitarios de atención, que no obstante se articulan en torno a la solución de las necesidades de un mismo caso clínico, en concordancia con los principios de las redes de servicios y con las características de la estrategia de APS que se constituyen en guía central desde la salud pública para el funcionamiento de éste modelo^{132,133}.

Para la OPS – OMS, cualquier modelo de atención en salud basado en APS debe brindar una atención integrada, integral y continua, lo cual implica que las opciones de servicios disponibles para atender las necesidades de salud de cada persona han de abarcar la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo al autocuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud, e implica una atención integrada expresada en la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades en salud, y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención, sin interrupciones. Para las personas, la atención integral implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida, y que cuenta con sistemas de referencia y contrareferencia a través de todos los niveles del sistema de salud, y en ocasiones, también hacia los servicios sociales requeridos en torno al cuidado de la salud de un caso particular¹³⁴.

¹³² Pinheiro, R; et al (2007) “Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas”. Rio de Janeiro. IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO. 208 p.

¹³³ Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008

r v clu 2 ade la hgnc

Capítulo 3

Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, y Prevención de la Violencia Sexual

Las sociedades cuentan con una serie de formas, manifestaciones, patrones explícitos o implícitos y simbólicos, a través de los cuales regulan, aceptan y rechazan prácticas y comportamientos de las personas que las conforman. Es de acuerdo a estas valoraciones que la cultura legitima ideologías, creencias y patrones que orientan el actuar de las personas. Las manifestaciones de la violencia ocurren de manera tan frecuente que muchas veces pasan a ser observadas por las sociedades como fenómenos normales, tolerados, aceptados, y en algunos casos promovidos como medios para ejercer control o resolver situaciones conflictivas. En tal sentido las creencias¹³⁵ ancestrales y atávicas, las prácticas familiares, culturales e incluso religiosas, pueden convertirse en formas de reproducción y validación social de los ejercicios de violencia.

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

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

La promoción de la salud y la prevención son actividades que necesariamente se relacionan y superponen, siendo complementarias para trabajar el antes de la vivencia de la violencia sexual y la identificación y manejo de los riesgos de sufrirla. Para el sector salud, el fortalecimiento del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, la promoción de la salud mental y el abordaje integral desde la prevención de riesgos, se constituyen en los ejes de acción sobre los cuales se desarrollaran estrategias y líneas para la promoción y prevención de la violencia sexual.

3.1. Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva

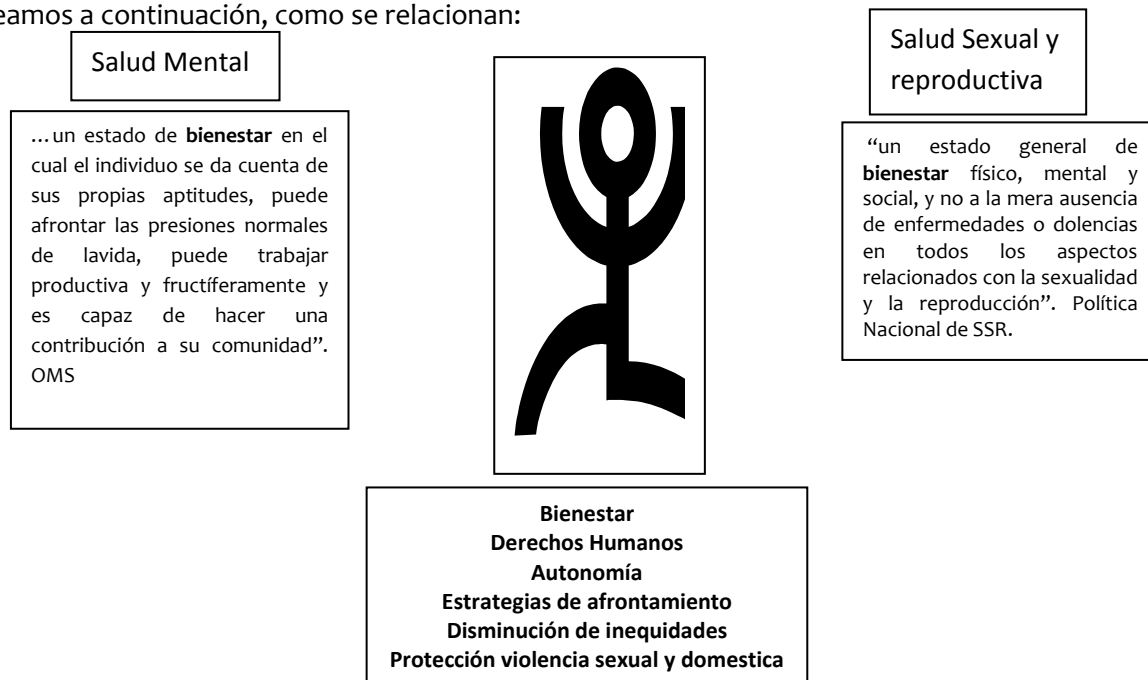
Para el adecuado ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y el fomento de la salud se requiere el desarrollo de acciones que fortalezcan los factores protectores individuales, familiares, sociales y culturales que disminuyan el riesgo de estos eventos de violencia que los individuos y comunidades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

¹³⁵En muchas ocasiones por esos significados compartidos que a través de mitos y ritos aceptan la violencia como forma de resolver situaciones humanas construyendo justificaciones como las guerras santas aceptadas “en defensa de la fe”; la violencia para la crianza “le hace falta una palmada”, la educación “la letra entra con sangre”, la vida familiar “si no entiende por las buenas, entiende por las malas (anticipatorio de un grito o golpe)”; la vida comunitaria “le gusta que le pegue”. Estas formas de relacionamiento y normatividades construidas culturalmente tienen como base común las desigualdades en el manejo del poder que permiten la reproducción de patrones violentos que han naturalizado actos de violencia (gritos, insultos, humillaciones, golpes) en las relaciones humanas.

promoción de la salud puesta en práctica desde las acciones, capacidades y posibilidades de los individuos, familias y comunidades.

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

Veamos a continuación, como se relacionan:



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

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

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

- *El conocimiento, reconocimiento y exigibilidad de derechos* (humanos y DSR) como garantes de una atmósfera de seguridad y libertad que empodera a los individuos y las comunidades al concederles reconocimiento como seres humanos basados en el respeto y el trato digno;
- *El fortalecimiento de la autonomía*, como eje de desarrollo de los seres humanos, bajo la cual se toman decisiones y se construyen posibilidades de acción.
- *La posibilidad de construir estrategias para afrontar y resolver situaciones de la vida.* A partir de la evaluación de recursos individuales, familiares, comunitarios, sociales e institucionales.

- *Aporte a la disminución de inequidades (género).* Reconociendo y valorando la diversidad de los seres humanos y la tolerancia.

En el desarrollo de este Modelo se tomarán tres niveles de acción, que están interrelacionados, para desarrollar los objetivos de promoción de la Salud¹³⁶:

Comunitario: desde la perspectiva grupal y comunitaria, se hace necesario encaminar acciones que generen protección y seguridad, lo que proporciona validación comunitaria, apoyo social, modelos de roles positivos para el desarrollo y mantenimiento de comunidades saludables.

Interaccional: desde la perspectiva de interacción, se hace importante fortalecer la capacidad de cada persona para afrontar el mundo social a través de las destrezas de participación, tolerancia a la diversidad y responsabilidad mutua.

Individual: desde lo personal es indispensable fortalecer la capacidad de cada persona para afrontar su vida, sentimientos y pensamientos, y fortalecimiento de la resiliencia.

3.1.1. Factores protectores frente a la violencia sexual

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

Individuales

- Conocimiento de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos
- Desarrollo de habilidades sociales: comunicación, asertividad, resolución de conflictos.
- Reconocimiento y expresión de emociones y sentimientos
- Reconocimiento del cuerpo (público y privado)
- Positiva autoestima, autoconcepto, autoimagen, autodeterminación.

Familiares

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

¹³⁶ FUENTE

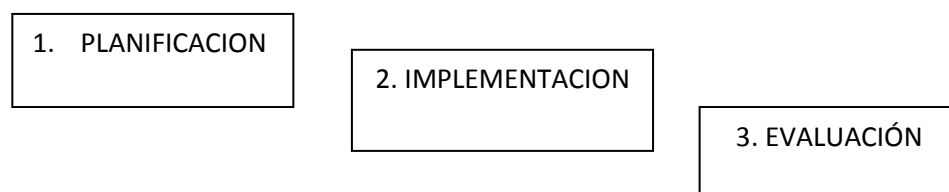
- Credibilidad de las situaciones de violencia manifestadas por algún miembro de la familia, con énfasis en mujeres, niños, niñas y adolescentes.

Institucionales, Sociales y Culturales

- Existencia de oferta de servicios sociales fundamentados en la equidad, la accesibilidad y la credibilidad.
- Relaciones equitativas entre hombres y mujeres; entre adultos-as y niños, niñas y adolescentes en los medios de comunicación, representación política, y la sociedad.
- Promoción de buen trato institucional.
- Espacios de participación visible, democrática y accesible.
- Educación sexual oportuna en el marco de la sexualidad en su dimensión integral y entendida como la no estimulación temprana de los niños y niñas a actividades sexuales.
- Apoyo social y existencia visible de redes comunitarias.

3.1.2. Cómo concretar acciones para la promoción de la salud:

Cada contexto requiere de acciones particulares de promoción de salud mental y de los derechos sexuales y reproductivos. Bajo la intención de desarrollar el potencial de las personas para minimizar los riesgos de situaciones de violencia, se presenta un ciclo¹³⁷ para concretar acciones para la promoción de acuerdo a las características de cada contexto.



Planificación. Se debe levantar o actualizar un estudio detallado de las necesidades, recursos, prioridades, historia y estructura de una comunidad con participación del sector público, privado, ONGs y la comunidad. Las siguientes preguntas pueden orientar esta lectura de necesidades:

- ¿Qué se desea? Construcción e identificación de ideales colectivos de bienestar
- ¿Qué condiciones se requieren? Inventario de condiciones y recursos que posibilitan la acción
- ¿Qué hacer? Que acción responde a los deseos del primer punto (vincular acciones colectivas e individuales)
- ¿Cómo hacerlo? Orden metodológico que organiza la operatividad en la ejecución de las actividades

Implementación. Una vez se tiene la lectura de necesidades, se generan acuerdos sobre un plan de acción que satisfagan las demandas de condiciones nuevas o cambiantes así como una vigilancia constante y reflexión sobre la práctica.

Evaluación de programas. La implementación del plan de acción debe ser evaluado para sostenerlo, reformularlo o ajustarlo de acuerdo a las características cambiantes de las comunidades.

6.1.3 Resumen de oferta de acciones de promoción en el SGSSS

FUENTE	DEFINICION
--------	------------

¹³⁷ Basado en el ciclo propuesto por el compendio promoción de la salud, OMS Ginebra 2002.

Resolución 3997 de 1996. Artículo 3.	La promoción en el SGSSS se define como “la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, síquicas y sociales de los individuos y las colectividades” ¹³⁸ .
Plan Nacional de Salud Pública (Dec. 3039 de 2007)	Planteando la promoción como “un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva”.
Plan Nacional de Salud Pública: Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida.	Los servicios de salud deben promover por normativa nacional procesos de promoción en salud y desde allí la promoción de la salud sexual y reproductiva y la promoción de la salud mental, acciones cuyo objetivos coincidirán en “fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva” ¹³⁹ .

Las actividades de promoción y prevención se encuentran ubicadas de forma directa en los primeros niveles de atención y la oferta es la siguiente:

Actividades del primer nivel¹⁴⁰

Para ser realizadas por los equipos de salud en IPS:

Actividades para la Promoción de la Salud Mental y la Salud Sexual y Reproductiva en la Población General

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

Actividad:

Intervención o actividad comunitaria, realizada por psicólogo-a, médico-a, enfermera-o, trabajador-a social u otro-a integrante del equipo de salud, con centros educativos, colegios, universidades, centros

¹³⁸ Artículo 3. Resolución 3997 DE 1996 (Octubre 30): “Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

¹³⁹ Plan Nacional de Salud Pública: Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

¹⁴⁰ Tomado del documento borrador APS Salud Mental MPS Dic. 2008

de capacitación, sitios de trabajo, empresas, organizaciones comunitarias, organizaciones no gubernamentales y medios de comunicación, entre otros.

3.2. *Prevención de la Violencia Sexual*

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

Las acciones de prevención de acuerdo a los riesgos y a la vulnerabilidad se clasifican así:

Prevención Universal	Riesgo leve	Vulnerabilidad Humana: Toda la población
Prevención Selectiva	Riesgo medio	Vulnerabilidad humana + social y económica Grupos vulnerables
Prevención indicada	Riesgo alto	Individuos y grupos específicos Con alta vulnerabilidad a sufrir violencia sexual

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

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

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

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

Se incluyen en este grupo las personas en estado de marginación por su condición racial, religiosa, sexual, política, económica, como por ejemplo población LGBTI, personas en situación de prostitución, y en situación de calle. La vulnerabilidad económica generada en aquellas personas que por su situación de desempleo, subempleo, condiciones de trabajo precario o cesante con carencia de seguridad social y económica, viven en ambientes económicamente débiles, marginales y de pobreza, la incapacidad de acceder a bienes y servicios, condiciones frente a las cuales resulta muy riesgoso sufrir cualquier forma de violencia sexual.

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

3.2.1 Factores de riesgo

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

SOCIALES

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

CULTURALES

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

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

MITOS – FALSAS CREENCIAS	REALIDAD
Los agresores suelen ser personas desconocidas.	Importantes investigaciones coinciden en el hallazgo de que aproximadamente el 80% de los agresores sexuales son personas cercanas (familiares, amigos).
Los abusos sexuales suelen ser actos brutales con graves heridas físicas.	La mayoría de abusos sexuales son sutiles y no dejan mayores huellas físicas, además de desaparecer rápidamente.
Los abusos sexuales son incidentes aislados que ocurren en callejones oscuros	La verdad es que son más frecuentes de lo que se imagina y ocurren generalmente en los hogares o en sitios donde se cree que las personas están seguras (escuela, hogar, iglesia entre otros).
Los abusadores sexuales son personas de estratos socioculturales bajos.	Existen entre los abusadores sexuales personas de alto rango social y elevado nivel académico.

Los niños y adolescentes varones son raramente abusados.	Las estadísticas muestran cómo los niños y los adolescentes hombres también sufren abusos sexuales, aunque en menor proporción que las niñas y las adolescentes mujeres.
Las niñas, los niños y adolescentes mienten acerca del abuso sexual	Es muy poco frecuente que un niño, niña o adolescente invente este tipo de relatos, por eso siempre se debe prestar atención a ellos-as y creerles.
Sólo se abusa de las/os adolescentes	Se abusa de niños y niñas de todas las edades.
Las personas sobrevivientes de violencia sexual provocaron el evento y hubieran podido defenderse.	Ningún argumento justifica la violencia sexual en ninguna etapa del ciclo vital. Jamás un niño, niña, mujer, u otra persona provoca dicha situación; en el caso de los niños, niñas y adolescentes, por la etapa del ciclo vital que atraviesan están en estado de mayor indefensión que otras víctimas ante el poder, la autoridad, y la fuerza del agresor.

FAMILIARES

- Familias en donde hay violencia crónica de diversos tipos hacia mujeres, niñas, niños y otras personas especialmente vulnerables (repetición transgeneracional de la violencia).
- Familias en donde la madre tiene un bajo nivel académico y un alto nivel de dependencia económica con respecto al padre o a quien hace sus veces.
- Familias altamente tradicionales, que funcionan dentro de roles de sexo/género rígidos, e intolerantes con la diversidad y el ejercicio democrático del poder.
- Familias altamente tradicionales, que generan y sostienen imágenes de género¹⁴¹ facilitadoras de ejercicios de poder y control en contra de mujeres, niñas, niños, y adolescentes.
- Roles materno y paterno confusos, de dominio, de dependencia.
- Falta de límites y autoridad justa.
- Ausencia de figuras protectoras, que brinden seguridad al niño o niña.
- Falla en el vínculo y apego padres/madres-hijos/hijas.
- Familias cerradas, aisladas, con poco contacto social y pobres redes sociales.

Trabajar sobre prejuicios y valores que perpetúan desequilibrios de poder entre las personas y favorecen factores de riesgo, tales como “las mujeres son débiles” o “los niños y las niñas son objetos de los adultos”, deben ser contenidos transversales en las acciones de prevención. Propender por el armónico desarrollo social, académico y laboral de las mujeres resulta protector ante la violencia sexual para ellas y para sus hijas e hijos.

FACTORES DE RIESGO PARA VIOLENCIA SEXUAL DENTRO DE TERRITORIOS SOMETIDOS A CONFLICTOS ARMADOS

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

¹⁴¹Entendidas como representaciones que tanto hombres como mujeres tienen de sus propias posiciones relativas y roles en tanto varones y mujeres, las posiciones y roles del sexo opuesto, el valor social relativo de ser hombre o mujer; las imágenes de género se forman por la internalización de dichos valores sociales; esas imágenes son una parte integrante de la desigualdad social que de manera circular ayudan a reproducir a través del proceso de socialización; dichas condiciones de desigualdad de género producen conductas de riesgo de tipo sexual y reproductivo, y facilitan los ejercicios de violencia sexual y otras formas de VBG. EN: Miño-Worobiej, A (2008) “Imágenes de género y conducta sexual y reproductiva”. Salud Pública Mex. Vol.50 No. 1. Enero – Febrero. 17 – 31.

mujeres y otros grupos de personas vulnerables, y de aterrorizar / controlar a las comunidades de pertenencia de las víctimas, desestructurando a la vez su tejido social¹⁴².

Además de lo ya citado, se ha encontrado que la ausencia de encuadramiento de los combatientes presentes en una determinada zona, la ausencia de órdenes estrictas hacia ellos sobre cómo deben comportarse con la población civil, y la inexistencia de sanciones efectivas en casos de incumplimiento de dichos cánones de conducta, son condiciones que facilitan que cometan violaciones a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario, y por lo tanto, hacen que los combatientes sean proclives a cometer actos de violencia sexual. También contribuyen a que éste tipo de victimizaciones ocurran, entre otras: la ausencia de distinción entre civiles y combatientes del bando contrario, equiparando los civiles a enemigos; la deshumanización de los enemigos; la legitimación de la conducta ilícita dentro del grupo de combatientes; la negación o minimización de los efectos de sus conductas; y la atribución de la culpa a las víctimas. Las violaciones a los DDHH y el DIH (incluyendo los actos de violencia sexual cometidos en el contexto de la guerra) no son, por regla general, producto de personas enfermas, sádicas ni irracionales; no obstante, el uso de drogas y alcohol por parte de los combatientes suele facilitar que liberen impulsos criminógenos estimulados en sí mismos por los contextos de guerra. Se ha encontrado que, por sí misma, la educación a combatientes en torno a los principios de los derechos humanos, el derecho internacional humanitario, y los principios de la misión médica, no hacen que los respeten más; no obstante, la acción humanitaria basada en dichos principios puede hacer que, por reciprocidad, los combatientes estén más dispuestos a respetarlos, de modo que se concluye que en torno a los principios humanitarios “la mejor difusión es la acción”¹⁴³.

FACTORES DE RIESGO PARA VIOLENCIA SEXUAL Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN POBLACIONES DESPLAZADAS INTERNAS, RETORNADAS, REFUGIADAS O ALBERGADAS

Aunque las inequidades por razones de género y la discriminación son las causas centrales de la violencia sexual, existen otras que se adicionan dentro de escenarios sociales en crisis, y que pueden determinar el tipo y alcance de la violencia sexual ejercida. Dentro de tales contextos en crisis, como los que caracterizan a las situaciones de desplazamiento forzado interno o de retorno, las de refugio por desplazamiento externo, o las de albergue con motivo de desarraigo del sitio de origen por desastres naturales o antrópicos, se han identificado los siguientes factores de riesgo para que una persona se convierta en víctima de violencia sexual u otras formas de violencia basada en género¹⁴⁴:

FACTORES DE RIESGO PARA VIOLENCIA SEXUAL Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN POBLACIONES DESPLAZADAS INTERNAS, RETORNADAS, REFUGIADAS O ALBERGADAS	
Riesgos Individuales	Pérdida de seguridad; dependencia, discapacidad física y mental; falta de alternativas para hacer frente a cambios en la condición socio-económica; abuso de alcohol y uso o abuso de sustancias psicoactivas; traumatización psicológica y estrés debida al conflicto, a la huida, o al desplazamiento; alteración de roles dentro de la familia y la comunidad; ignorancia o falta de conocimiento sobre los derechos individuales consagrados en las leyes nacionales e internacionales.
Normas sociales y cultura	Creencias y prácticas culturales y tradicionales discriminatorias; algunas creencias religiosas discriminatorias.
Marco legal y prácticas en la región anfitriona y/o la región de origen.	Discriminación y condonación de la violencia sexual y por motivos de género; falta de protección legal para los derechos de las mujeres y las NNA; desconocimiento o puesta en práctica defectuosa de leyes contra la violencia sexual y por motivos de género; falta de confianza en las autoridades que aplican las leyes; aplicación de leyes y prácticas basadas en la costumbre y tradiciones que refuerzan la discriminación de género; falta de sensibilidad en general y de campañas de defensa y promoción que condenen y denuncien la violencia sexual y por motivos de género; prácticas discriminatorias en la administración de justicia y

¹⁴² Villelas, M (2010) “La violencia sexual como arma de guerra”. Agencia Catalana de Cooperació al Desenvolupament. Quaderns de construcció de pau, No. 15. Disponible en: http://escolapau.uab.es/img/qcp/violencia_sexual_guerra.pdf

¹⁴³ Muñoz, D; Frésard, J (2004) “El origen del comportamiento en la guerra. Comprender y prevenir las violaciones del DIH”. Comité Internacional de la Cruz Roja – CICR – 16 p.

¹⁴⁴ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados – ACNUR - (2003) “Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta”. ACNUR. 164 p.

	aplicación de la ley; bajos índices de denuncia de incidentes y falta de confianza en la administración de justicia; falta de voluntad para enjuiciar todos los casos reportados a las autoridades; bajo número de casos enjuiciados en proporción a los casos reportados; inaccesibilidad a puestos de policía y tribunales debido a ubicación remota de los albergues; ausencia de oficiales de la ley de género femenino; falta de recursos y equipo administrativo para los servicios locales del sector justicia y deficiencia en el recurso humano disponible; leyes o prácticas en la administración de justicia que apoyen la discriminación de género.
Derivados directamente de la guerra y el conflicto armado imperante	Fractura de las estructuras sociales; imposición de poder político y control sobre ciertas comunidades; diferencias étnicas; discriminación socio – económica.
Situaciones derivadas directamente de la condición de persona refugiada, retornada, y desplazada interna.	Colapso de las estructuras de apoyo social y familiar; ubicación geográfica y medio ambiente local, por ejemplo, en áreas de alta criminalidad; diseño y estructura social del campamento (sobrepoblación, viviendas multifamiliares, albergues comunales); diseño de servicios e instalaciones; liderazgo predominantemente masculino en el campamento, decisiones sesgada por género; falta de disponibilidad de comida, combustible, actividades para generación de ingresos; falta de protección civil que garantice seguridad a las personas; falta de presencia de ONGs en el campamento (ACNUR, CICR, etc); falta de registro individual y tarjetas de identificación; hostilidad de la población local hacia los albergados/refugiados (se considera que las personas refugiadas/desplazadas están siendo privilegiadas con recursos materiales).
Adaptado a partir de Fuente: ACNUR, 2003 .	

3.2.2 Prevención en Ámbitos de la Vida Cotidiana

Se ha indicado que todos los seres humanos presentan niveles de riesgo distintos que los hacen vulnerables a la violencia sexual, es así como es indispensable pensar y construir acciones de prevención en el marco de los diversos contextos y escenarios donde interactúan y socializan las personas involucrando así las redes sociales y los servicios de atención integrales, que respondan a las necesidades y características propias de cada etapa del ciclo vital y a las relaciones intergeneracionales, incluyendo la garantía y exigibilidad de los derechos, la perspectiva de género y la inclusión de las masculinidades y las relaciones de poder.

De acuerdo a la identificación de los diversos niveles de riesgo sustentados en la vulnerabilidad humana y socio económica, se presentan a continuación acciones de prevención específicas de acuerdo a los espacios de socialización de los seres humanos en los cuales se deben liderar acciones de protección de la salud y prevención de la violencia sexual:

3.2.2.1 Prevención de la Violencia Sexual en la Escuela

Las acciones de Prevención de la violencia sexual en la escuela tendrán como fundamento:

- Convocar a los agentes de salud, y a la comunidad educativa (estudiantes, padres, madres, cuidadores-as, docentes, directivos, administrativos-as), para informar, formar y educar desde la perspectiva de derechos.
- Contextualizar fundamentalmente en la niñez y la adolescencia un concepto claro y unas pautas conductuales asertivas con respecto a la sexualidad a través de la comunicación clara, científica y transparente acerca de la sexualidad y la reproducción.
- Fomentar acciones y relaciones desde la equidad y el respeto, fundamentados en la perspectiva de género.
- Fortalecer y promover espacios de participación infantil y juvenil.
- Transversalizar las acciones en el marco de la promoción, reconocimiento y exigibilidad de los Derechos humanos y en ese marco los derechos sexuales y reproductivos.

- Promover vivencias libres, sanas y responsables de la sexualidad y de la maternidad y paternidad.
- Reflexionar sobre las creencias y las prácticas culturales que naturalizan la “violencia sexual”, especialmente los estereotipos de género.
- Generar estrategias conjuntas entre el sector salud y educación como la propuesta por la OPS “escuelas saludables”.

3.2.2.2. Prevención de la Violencia Sexual en la Comunidad

Através de acciones basadas en la comunidad se buscará:

- Potenciar y fortalecer las redes sociales de base comunitaria.
- Promover los procesos de socialización desde el conocimiento y reconocimiento del respeto de los derechos humanos, la conversación y el diálogo como forma de resolución de los diferentes conflictos en la vida que incluya valores asociados con el buen trato, la tolerancia, el respeto, la equidad y el afecto.
- Estimular las actitudes claras de rechazo a la violencia como forma de relación o de resolución de conflictos.
- Promoción y divulgación de información sobre violencia sexual, factores de riesgo, conocimiento de recursos institucionales, acompañado de la construcción de procesos participativos.
- Establecer programas de información y orientación a la familia y a la comunidad de vecinos para que se sensibilicen frente a la importancia de rechazar las conductas violentas, de responder de manera solidaria con las víctimas de violencia sexual y frente al deber de poner en conocimiento de las autoridades pertinentes los actos de violencia sexual.

3.2.2.3 Prevención de la Violencia Sexual en la Familia

Como escenario fundamental de socialización y protección, las acciones de prevención buscarán:

- Promover los procesos de socialización y de crianza desde los derechos humanos.
- Fortalecer vínculos afectivos fundados en el respeto de los derechos humanos, de las mujeres y de los niños y niñas a partir de la equidad.
- Promover la expresión de sentimientos y emociones en los diversos ámbitos de vida cotidiana.
- Fortalecer el desarrollo de la autonomía, la capacidad para la toma de decisión y fortalecimiento de habilidades sociales en especial las habilidades de comunicación
- Favorecer relaciones protectoras, incluyendo los límites de lo privado, de las expresiones de afecto (caricias, abrazos), así como rechazar y prohibir la cultura del secreto.
- Promover la búsqueda, ampliación, fortalecimiento y activación de redes de apoyo.
- Manejar principios de la autoridad democrática, dialogante y compartida al interior de la pareja y de la familia
- Evitar el cuidado de los niños y niñas por otros niños, niñas y/o adolescentes que por el desarrollo de su sexualidad puedan acceder a niños y niñas más pequeños para procesos de experimentación sexual.

- Explorar, buscar y abordar los antecedentes de violencias sexuales en los adultos, adultas y cuidadores-as durante la niñez, con el fin de identificar e intervenir en el rompimiento del ciclo transgeneracional de la violencia sexual.

3.2.2.4 Prevención de la Violencia Sexual al interior de las IPS

Las IPS como escenario estratégico para liderar acciones de prevención en violencia sexual buscarán:

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

3.2.2.5. Prevención de la Violencia Sexual en los ambientes laborales.

Las relaciones sociales de género, que expresan una desigual distribución de poder entre hombres y mujeres, favorecen allí la emergencia en los ambientes de trabajo de situaciones de violencia que usualmente afectan a las mujeres en calidad de víctimas, siendo los varones los agresores frecuentes, tanto aquellos ubicados en posiciones jerárquicas superiores dentro de la estructura laboral con respecto a la víctima, como desde compañeros de trabajo hacia sus compañeras, aunque es más frecuente el primer caso. El acoso sexual y otras formas de violencia sexual se encuentran ampliamente extendidas en contra de mujeres dentro de espacios de trabajo, aunque su visibilización continúa siendo bastante difícil en nuestro medio. En 1985 la Conferencia Internacional del Trabajo reconoció que el acoso sexual en el lugar de trabajo deteriora las condiciones laborales de las trabajadoras-es, así como sus perspectivas de empleo y promoción, y abogó porque se incorporaran medidas para combatirlo y evitarlo en las políticas para progresar en la igualdad¹⁴⁵.

Algunas acciones que podrían prevenir la violencia sexual en lo ambientes laborales incluyen:

- Difundir entre trabajadoras y trabajadores, así como entre empleadores-as, los lineamientos emanados de la Organización Internacional del Trabajo según la cual el acoso sexual y el hostigamiento laboral en general, se consideran tanto violaciones a los derechos humanos de las personas trabajadoras, como un problema de seguridad y salud, un problema de discriminación, una situación laboral inaceptable, y un asunto específico de violencia contra las mujeres que no puede tolerarse.
- Difundir en los ambientes laborales los lineamiento nacionales existentes para combatir la violencia sexual y de género, con énfasis en la Ley 1010 de 2006 sobre acoso laboral.
- Visibilizar las situaciones de violencia sexual en el ámbito laboral a través de sistemas de información que den cuenta de los casos ocurridos en contextos concretos.

¹⁴⁵ Acevedo, D; et al (2009) “Violencia de género en el trabajo: acoso sexual y hostigamiento laboral”. Revista de estudios de la mujer. Caracas, enero – junio. Vol. 14, No. 32: 163 – 183p. Diponible en : <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art12.pdf> (Citado de: 23/01/2011).

- Incorporar dentro de los reglamentos de trabajo lineamientos específicos que proscriban toda forma de acoso y violencia sexual en el ámbito laboral.
- Adopción de medidas disciplinarias contra los agresores en los ambientes de trabajo, sin perjuicio de las demás medidas punitivas que pudieran tener lugar.
- Asegurar a las trabajadoras y trabajadores entornos laborales seguros y saludables.
- Promover la ubicación de mujeres en posiciones jerárquicas con poder dentro de la estructura organizacional de los contextos laborales.

Recomendaciones metodológicas para hacer prevención de violencia sexual

Se ha encontrado que el trabajo con iniciativas metodológicas con un enfoque experiencial fomenta los procesos de resignificación y aprendizaje. Entre las estrategias metodológicas no convencionales se proponen el cine foro, las artes escénicas como el teatro convencional y teatro de títeres, la música, la danza, las artes plásticas, las cuales se constituyen en recursos útiles y valiosos para abordar la prevención de eventos psicosociales, entre ellos la violencia sexual, por lo que se consideran medios importantes para proporcionar información, formación y educación, generando procesos de sensibilización y promoviendo actitudes de prevención vinculadas a las realidades cotidianas.

3.2.3 Elementos clave para la prevención de acuerdo al ciclo vital.

Las acciones de prevención de la violencia sexual deben construirse a partir del análisis de necesidades frente a cada etapa de ciclo vital, las características del contexto y la perspectiva de derechos.

También debe ofrecer elementos, particulares y singulares con base en la evaluación del riesgo y las vulnerabilidades.

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

- Oportunidad de hacer promoción del cuidado y pautas de crianza protectoras en primera infancia: Controles prenatales, cursos prenatales y programa de crecimiento y desarrollo: Se sugiere desarrollar acciones educativas con padres, madres y cuidadores sobre pautas de crianza, desarrollo infantil, orientaciones para eliminar el castigo (psicológico y físico) como forma de disciplinar y orientar, derechos de la infancia, factores protectores y de riesgo frente a la violencia sexual (y sobre otros tipos de violencia), direccionamiento sobre centros de información y ayuda. Esto aplica para programas educativos en preparación para la maternidad y la paternidad, o con padres y madres o personas cuidadoras o significativas de niños y niñas que asisten a los programas de crecimiento y desarrollo. Promoción del empoderamiento femenino en el contexto de relaciones familiares armónicas. Información sobre derechos de mujeres, niñas, niños y adolescentes.
- En los programas de crecimiento y desarrollo, es necesario incluir acciones de seguimiento, acompañamiento y orientación a las familias en las que se detecten vulnerabilidades especiales que aumenten el riesgo del infante a sufrir de negligencia, abandono, maltrato y violencia sexual.

Infancia

- En los programas dirigidos a la infancia se deben incluir acciones para favorecer el autocuidado, la privacidad en el manejo del cuerpo, la valoración y el respeto por su cuerpo, el autoconcepto y la autoestima, el fortalecimiento de emociones y su expresión en relaciones y vínculos de confianza,

identificación de factores de riesgo, fortalecimiento de factores protectores: pautas comunicacionales, solución de conflictos, toma de decisión, favorecimiento de procesos de participación en los escenarios familiares, educativos y comunitarios. Fortalecimiento de las relaciones familiares y empoderamiento femenino. Difusión sobre derechos de mujeres, niñas, niños y adolescentes.

Adolescencia

- En la adolescencia, las actividades de prevención busquen fortalecer los procesos de autoestima, la valoración del cuerpo como territorio de derechos, procesos de comunicación con las figuras de autoridad, promover conductas eviten estereotipos sexistas, fortalecer las capacidades y la confianza para la toma de decisión y la implementación de límites y el establecimiento de relaciones democráticas con otros y otras, promoción de los derechos sexuales y reproductivos, así como el conocimiento de los recursos institucionales y la ampliación de redes de apoyo. Promoción del empoderamiento femenino en el contexto de relaciones familiares y sociales armónicas. Información sobre derechos de mujeres, niñas, niños y adolescentes.

Adulthood

- Promoción de derechos sexuales y reproductivos, promoción de la salud mental, promoción de derechos de mujeres, niñas, niños y adolescentes.
- De otro lado, en el marco de las acciones de promoción y prevención de la violencia sexual los adultos pueden ser actores en el proceso de generar factores de protección hacia personas con mayor vulnerabilidad frente a la violencia sexual.
- En la adultez los procesos de prevención, deben partir de la perspectiva de derechos desde la cotidianidad y la vida personal (¿cuáles son mis derechos?, ¿han sido vulnerados? ¿Qué he hecho o que puedo hacer para conseguir la restitución de mis derechos vulnerados?...); de tal forma que en un segundo momento se establezcan procesos de prevención enmarcados en el rol que desempeñan las y los adultos especialmente significativas en la vida familiar y comunitaria, ubicadas en los contextos en los que se desenvuelven. Cada rol requerirá un proceso de construcción específico:
 - a. Cuidadores de niños, niñas y adolescentes (padres, madres, educadoras de primera infancia, promotores y educadores de salud, educadores y educadoras).
 - b. Mujeres de distintas edades e inserciones sociales.
 - c. Profesionales de la salud (medicina, salud mental, trabajadores sociales y otras disciplinas de contacto directo con usuarios y usuarias de los servicios de atención).
 - d. Líderes comunitarios (organizados formal e informalmente).

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

¿Se reconoce la violencia sexual?

¿Son evidentes o legitimadas las situaciones de violencia sexual?

¿Cómo se comprende la violencia sexual?

¿Cuáles son los grupos y situaciones de riesgo: edades, condiciones de sexo/género, lugares, otras formas de violencia, conflicto armado?

¿Con qué recursos cuentan las comunidades?

¿Qué han hecho para evitar situaciones de violencia sexual?

3.2.4 La prevención de la violencia sexual en poblaciones especiales

La vulnerabilidad humana, social y económica que definen riesgos medios y altos de grupos poblacionales a la violencia sexual, bien sea por edad, raza, grupo étnico, localización geográfica o circunstancias socioeconómicas o políticas locales, “requiere del desarrollo de medidas y estrategias cada vez más acordes con las particularidades específicas de las comunidades, especialmente de aquellas que van quedando rezagadas, es decir alejadas de los beneficios del progreso y el desarrollo”¹⁴⁶.

3.2.4.1 Prevención de la violencia sexual en personas en situación de Discapacidad.

Reconociendo de acuerdo a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Protocolo Facultativo, que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, y que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación, es una población que requiere la generación de acciones de prevención que tengan en cuenta:

- Determinación de los grados de discapacidad como factor de riesgo, especialmente para las personas con retardo mental, con limitación auditiva (sordos y sordas sin lenguaje aprendido), y trastorno mental.
- Evaluación de la red de apoyo: familia y comunidad y su nivel de garantía de protección.
- Generación de acciones integrales que involucren las personas en situación de discapacidad así como sus cuidadores y/o familia directa.
- Generación de acciones de prevención y protección comunitaria, en el marco de la estrategia “rehabilitación basada en comunidad” planteada por la OMS.
- Garantizar procesos de información, formación y educación en lenguajes que incluyan las diferentes formas de discapacidad: “visualización de textos, Braille, comunicación táctil, macrotipos, dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, sistemas auditivos, lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso”¹⁴⁷.

3.2.4.2 Prevención de la violencia sexual en población en situación de desplazamiento forzado, dentro de zonas sometidas directamente al conflicto armado interno, y en otras situaciones de emergencia humanitaria

Frente a las personas habitantes en áreas de confrontación armada

Aunque en dichos contextos la prevención de la violencia sexual requiere la acción de múltiples actores intersectoriales, desde el sector salud existen algunas acciones puntuales que pueden favorecer la prevención de la violencia sexual hacia las mujeres, niñas, niños, adolescentes, y otras personas

¹⁴⁶ Modelo de gestión para la salud y la infancia 2005. MPS

¹⁴⁷ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (documento por aprobar) se sugiere ver Artículo 16 “Protección contra la explotación, la violencia y el abuso”.

especialmente vulnerables que habitan dentro de zonas sometidas a los efectos directos del conflicto armado interno o que se encuentran fuertemente controladas por actores armados¹⁴⁸:

- Promover la formación en Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario y Principios de la Misión Médica¹⁴⁹, de todas las personas que conforman los equipos de salud dentro de áreas sometidas a los efectos directos del conflicto armado interno.
- Estimular la acción de los trabajadores del sector salud dentro de los principios que rigen la acción de la Misión Médica en contextos sometidos a los efectos directos del conflicto armado o controlados por actores armados.
- Efectuar acciones de información a los usuarios-as de los servicios de salud ubicados dentro de territorios sometidos a los efectos del conflicto armado interno en torno a los derechos humanos, los derechos humanos de las mujeres y las niñas/niños, el derecho internacional humanitario, y los principios de la Misión Médica.
- Información a los usuarios-as de los servicios de salud ubicados dentro de territorios sometidos a los efectos del conflicto armado interno en torno a la violencia sexual en tiempos de guerra y paz, sus tipologías, y el derechos de las víctimas a la atención integral en salud.

Frente a las personas víctimas de desplazamientos forzados internos por conflicto armado

En términos generales, en cualquier acción de prevención dirigida a personas en situación de desplazamiento es pertinente:

- Conocer el contexto del cual provienen (cultura, tradiciones, ritos).
- Identificar formas de violencia, entre ellas la sexual.
- Fortalecer procesos de adaptación a nuevos lugares de establecimiento.
- Vincular otros sectores para la restitución de derechos y el mejoramiento de la calidad de vida
- Fortalecer la organización comunitaria desde las redes existentes y los procesos auto-organizativos como protectores de los derechos humanos.
- Fortalecer y promover vigilancia comunitaria y control social frente a la prevención y rechazo de las violencias, incluida la sexual.
- Promover el conocimiento, reconocimiento y exigibilidad de los derechos (con énfasis en los derechos de los niños, las niñas, y mujeres como sujetos de derechos).
-

De manera específica, ante poblaciones desplazadas internas, retornadas o refugiadas, de manera específica se recomienda tomar en cuenta los siguientes principios de acción desde el sector salud para prevenir la violencia sexual y otras formas de violencia basada en género¹⁵⁰:

¹⁴⁸ Comité Internacional de la Cruz Roja (2004) "El origen del comportamiento de guerra. Comprender y prevenir las violaciones del DIH". Ginebra, CICR, 16p.

¹⁴⁹ Para más información sobre principios de la misión médica, ver:

http://cruzrojaquilichao.org/Paginas/Biblioteca/Mision_Medica.htm;
<http://www.icrc.org/web/spa/sitespa0.nsf/iwpList92/5C34C24906473216C1256DE1005D902B>.

- Propender por la reconstrucción de los sistemas de apoyo familiar y comunitario en las poblaciones atendidas a través de intervenciones psicosociales.
- Promover la participación de mujeres de la población objetivo en las instancias organizativas y tomadoras de decisiones en salud del lugar de reasentamiento, albergue o campamento.
- Configurar y operar sistemas para el monitoreo y documentación de los incidentes de violencia sexual y por motivos de género que ocurran en el contexto de las poblaciones atendidas.
- Diseñar servicios e instalaciones efectivas y adecuada para la atención de necesidades sanitarias generales de mujeres, niñas y niños, tomando en cuenta sus especiales necesidades en SSR, y las específicamente relacionadas con violencia sexual.
- Fomentar, desde las competencias del sector salud, la integración precoz de las niñas, niños y adolescentes en actividades escolares.
- Fomentar, desde las competencias del sector salud, la integración de las mujeres en actividades de capacitación vocacional, alfabetización, y actividades productivas.
- Fomentar la organización de grupos de apoyo de mujeres desde las intervenciones psicosociales.
- Identificar áreas en las que personas con especial vulnerabilidad a la violencia sexual puedan estar expuestas a ésta, por ejemplo, puestos de distribución de alimentos, sitios donde se sirva alcohol, entre otros, y educar a las poblaciones vulnerables sobre el afrontamiento protector ante dichos riesgos.
- Desarrollar campañas de información, educación y comunicación culturalmente apropiadas para las poblaciones objetivo en torno a tópicos de: género, derechos humanos (incluyendo de la mujer y la niña-o), violencia sexual y por motivos de género; roles de género y expectativas de la comunidad; servicios de apoyo disponibles para sobrevivientes y forma de tener acceso a ellos; resolución de conflictos y construcción de paz.
- Involucrar los puntos de vista de mujeres, niñas, niños, adolescentes, y hombres, en el diseño de estrategias desde el sector salud para la prevención de la violencia sexual en contextos específicos.

En el marco del trabajo intersectorial que caracteriza la atención integral de las personas albergadas por emergencias humanitarias, tales como los desastres naturales entre otros, y tomando en cuenta que “la violencia sexual es el tipo de violencia por razón de género más inmediata y peligrosa en situaciones críticas de emergencia” se recomienda adicionalmente que el sector saludde manera constante, y no solamente como conducta reactiva ante éste tipo de eventos, realice las siguientes actividades¹⁵¹:

¹⁵⁰ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados – ACNUR - (2003) “Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta”. ACNUR. 164 p.

¹⁵¹ Inter – Agency Standing Committee – IASC – (2005) “Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias. Enfoque sobre la Prevención y la Respuesta contra la Violencia Sexual en Situaciones de Emergencia”. Ginebra. IASC, 108 p. Disponible en: http://www.colombiassh.org/reh/IMG/pdf_4601.pdf; <http://www.colombiassh.org/reh/spip.php?article520> .

- Planifique servicios especialmente diseñados para atender a las necesidades sanitarias y en SSR de mujeres, niñas y niños en contextos de crisis humanitaria.
- Tenga listos protocolos y recursos para el manejo de la violencia sexual en éstos contextos.
- Efectúe actividades permanentes de educación continuada al personal de salud, en general, sobre cuidado de la salud en relación con la violencia sexual, incluyendo orientación general a la comunidad, apoyo psicológico, cuestiones de salud física, y derechos de las víctimas y de las personas que exhiben vulnerabilidades para ser victimizadas (mujeres, niñas, niños, personas LGBTI, entre otros).

3.2.4.3 Prevención de la violencia sexual en comunidades étnicas indígenas y afrodescendientes

Para generar acciones de prevención dirigidas a comunidades étnicas es pertinente:

- Conocer los usos y costumbres de la comunidad en particular y establecer si se presentan situaciones de violencia sexual; si estas situaciones son legitimadas por la cultura o si son rechazadas y penalizadas por las leyes de su comunidad.
- Conocer que la población indígena cuenta con un sistema legislativo diferente relacionado con sus usos y costumbres, el cual debe tenerse en cuenta para la construcción de acciones.
- Hacer partícipe a la comunidad en la planeación e implementación de acciones.
- Contar con un traductor (construir e implementar acciones en su lengua autóctona).
- Respetar la cultura particular. Sin embargo se tendrá en cuenta que de acuerdo con la Convención Internacional de los Derechos de los niños, los derechos de niños y niñas tienen prelación sobre los demás (incluidos los culturales).

Capítulo 4

Detección de la violencia sexual en los servicios de salud

En este capítulo se abordará la detección de la violencia sexual de aquellos casos, en que ésta ya se ha producido, y en los que la víctima de violencia sexual acude a los servicios de salud en cualquiera de los niveles de atención del SGSSS. Existen al menos tres formas en las que el sector salud tiene conocimiento de eventos de violencia sexual:

1. Cuando la víctima asiste al servicio de salud teniendo como motivo de consulta la situación de violencia sexual^{152, 153}
2. Cuando la persona ha sido remitida por otra institución (que ya ha hecho la detección del caso de violencia sexual), con el fin que la institución de salud de inicio al protocolo de atención en salud para víctimas de violencia sexual¹⁵⁴.
3. Cuando la sospecha de la violencia sexual (Abuso, asalto o cualquier otra modalidad) surge de la sensibilidad y la mirada entrenada del profesional de salud quien detecta signos y síntomas relacionados con la violencia sexual que originan la sospecha y su diagnóstico.

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

4.1 La Detección de Casos de Violencia Sexual

Debido a la alta prevalencia de la violencia sexual, es posible, detectar casos en cualquier consulta o programa de salud. Con un especial énfasis en aquellos que atienden a población con mayor riesgo, como los niños, las niñas, las y los adolescentes, las mujeres, así como también personas con discapacidad, grupos étnicos, población LGBTI, personas víctimas de violencia social y política, incluyendo a las víctimas de desplazamiento forzado por CAIN¹⁵⁵, y personas que habitan o han habitado en la calle.

Los profesionales de la salud tendrán que estar atentos a la presencia de síntomas, signos, indicios físicos, emocionales, comportamentales o condiciones particulares que lo orienten para detectar y tratar lo más tempranamente posible los distintos tipos de violencia sexual, y tener claridad sobre cuando la violencia sexual es evidente, cuando es altamente sugestiva, cuando existe la sospecha, y cuando incluso puede llegar a descartarse.

¹⁵² La revelación directa de la persona que ha sufrido la situación de violencia sexual es más frecuente entre personas adultas y víctimas de asaltos sexuales. Sin embargo, niños, niñas, y personas adultas pueden buscar ayuda u orientación en el personal de salud sin recurrir a una revelación directa de su victimización sexual, y este debe estar atento y creer lo que la persona está diciendo. No le corresponde al personal de salud establecer si él o la sobreviviente está diciendo la verdad. Independientemente de esta consideración se deben activar todos los procesos y procedimientos necesarios para la atención y consignar el relato en la historia clínica.

¹⁵³ En este caso se deberá iniciar inmediatamente el protocolo de atención. (capítulo 5)

¹⁵⁴ idem

¹⁵⁵ Conflicto armado interno nacional colombiano.

La detección de la violencia sexual realizada por el personal de salud puede ser la primera y única oportunidad de recibir ayuda que tengan las víctimas de violencia sexual. Es de vital importancia que este personal se encuentre sensibilizado y capacitado sobre el proceso integral de atención que incluye un adecuado y oportuno proceso de detección.

Como se planteó en capítulos anteriores la vulnerabilidad ante las situaciones de violencia sexual es mayor cuando se es niño, niña, adolescente¹⁵⁶ y mujer o persona que se identifica como gay, lesbiana, bisexual, transexual o intersexual; además se incrementa esta vulnerabilidad en las personas: con discapacidad, en situación de desplazamiento, en otras víctimas del conflicto armado, incluyendo víctimas del reclutamiento forzado, en personas privadas de la libertad dentro de institución penitenciaria, personas dedicadas al trabajo sexual, habitantes o con antecedente haber habitado la calle, habitantes rurales de zonas sometidas a CAIN, y personas perteneciente a determinados grupos étnicos, tales como indígenas y afrodescendientes.

Cuando los prestadores de servicios de salud trabajan con personas, familias y comunidades con estas características es necesario que incrementen su sensibilidad y desarrollen acciones que faciliten la identificación de factores y situaciones de riesgo, el desarrollo de acciones de promoción y prevención, y de otro lado la identificación de casos sospechosos. Esta identificación puede ocurrir en cualquier momento que la persona entre en contacto con cualquiera de los programas y servicios en salud.

Es importante resaltar que existen síntomas, signos o patologías para establecer diagnósticos de violencia sexual, otros para sospechar la situación de violencia y otras que podrían tener múltiples causas diferentes a la situación de violencia. Todas ellas deben ser analizadas cuidadosamente para poder realizar una atención adecuada e integral centrada en los derechos y necesidades de cada paciente.

4.2 Signos, Síntomas y Factores de Riesgo que deben alertar la sospecha y diagnóstico de situaciones de violencia sexual.

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

Niños o niñas:

- a. Conductas sexuales que no son habituales para la edad y nivel de desarrollo del NNA¹⁵⁷
- b. Evidencias de otras formas de violencia contra las niñas y los niños.
- c. Temor a estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana
- d. Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal
- e. Quienes han estado expuestas al contacto con agresores reconocidos y/o no judicializados
- f. Hermano/a de otro menor de edad violentado sexualmente
- g. Quienes conviven personas que tienen dependencia o abuso de sustancias psicoactivas o alcohol.
- h. Quienes por condiciones de hacinamiento deben compartir la cama con adultos o adolescentes
- i. Conducta suicida.

¹⁵⁶De acuerdo con los datos del Forensis 2009 el 85% de los informes periciales son realizados a menores de 18 años, principalmente en los grupos de 10 a 14 años y de 5 a 10 años, y el 85% de todos estos le ocurren a niñas y adolescentes mujeres.

¹⁵⁷ Ver más adelante las expresiones específicas.

j. Síntomas depresivos, comportamentales, de ansiedad, o de alteración del sueño. k. Dificultades en el aprendizaje o en el proceso de adaptación y rendimiento escolar. l. Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado. m. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc, desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.	
Adolescentes:	
a. Embarazos tempranos (menor de 14 años) b. Conducta suicida c. Comportamientos de riesgo relacionados con su vida sexual. d. Comportamiento bulímico e. Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas f. Síntomas depresivos, comportamentales, de ansiedad, o de alteración del sueño. g. Aquellos aislados y con escasa red de soporte social h. bajo rendimiento escolar i. Habitantes en zonas expuestas al conflicto armado interno nacional colombiano, o adolescentes expuestos a contacto con cualquier tipo de actor armado. j. Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc) k. Expuestos a violencia en el contexto familiar en especial violencia de pareja l. Desconocimiento de los DSR m. Con poca red de apoyo social y familiar n. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc, desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.	
Mujeres:	
a. Síntomas depresivos, de ansiedad, de alteración del sueño, o de disfunciones sexuales. b. Evidencia de otras formas violencia basada en género contra las mujeres o sufridas durante la infancia. c. Dolor pélvico crónico sin causa aparente d. Aquellas con dependencia económica de su pareja e. Aquellas aisladas y con escasa red de soporte social f. Quienes ejercen la prostitución g. Quienes tienen problemas de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas y alcohol. h. Usuarias de servicios de control prenatal, en especial si se detectan dificultades de adaptación al embarazo y de adherencia a los cuidados prenatales. i. Quienes refieren antecedentes de abortos, o consultan por atención del aborto incompleto. j. Síntomas de disfunciones sexuales sin causa orgánica (dispareunia, escaso o nulo deseo sexual, anorgasmia, etc) k. Lesiones en aparato genitourinario, hematomas en vulva, vagina, muslos etc, desgarres en órganos genitales, ruptura de vejiga, cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.	
Personas en condición de discapacidad:	
a. Embarazo en menor de 14 años con algún tipo de discapacidad b. Embarazo en adolescente o adulta con limitación cognoscitiva o con enfermedad psiquiátrica c. Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal, c) menores de edad con cualquier tipo de limitación sensitiva, motora, física o cognitiva que manifiesten temor a la socialización con adultos, d) adultos que muestren situación de sobreprotección con menores con cualquier tipo de limitación y/o que teman dejar el menor a cargo de algún miembro específico de la familia o cercano al núcleo familiar, e) niño, niña o adolescente que manifieste rechazo a la evaluación por parte de profesionales de la salud, f) niños, niña, adolescente o adulto en condición de discapacidad con expresiones de hipersexualidad o por el contrario rechazo al contacto corporal afectivo, g) con intentos de suicidio y depresión de aparición súbita no relacionados con la cotidianidad alrededor de la situación de discapacidad, h) aquellas confinadas en hospitales mentales.	
Persona en condición de desplazamiento forzado o habitantes civiles de zonas sometidas a efectos del CAIN:	

a. Mujer, niña o adolescente sometida a falta de garantía de satisfacción de las necesidades básicas en zona receptora de desplazados, en zona sometida a confrontación armada o con presencia activa de cualquier actor armado. b. Mujer de cualquier edad con cualquier motivo de consulta, en especial aquellos relacionados con violencia de cualquier índole. c. Niña, adolescente o mujer embarazada d. Vivienda en condición de hacinamiento e. Ejercicio de prostitución, en zona receptora de desplazados o dentro de zona con presencia de actores armados de cualquier tipo. f. Personas LGBTI, niños, niñas y adolescentes con cualquier motivo de consulta. g. Antecedentes de abortos, o solicitud de atención médica del aborto incompleto. h. Embarazos no deseados i. ITS/VIH j. Trabajo doméstico o precario k. Testigo de masacres o incursiones militares por parte de cualquier actor armado. l. Testigo de combates. m. Mujer, niña o adolescente que fue obligada a preparar alimentos o a realizar labores domésticas para cualquier actor armado dentro de una zona de combate. n. Persona de género femenino y de cualquier edad que ha habitado dentro de comunidades sometidas a confinamiento forzado. o. Síntomas depresivos, de ansiedad, o de alteración del sueño. p. Signos de tortura o mutilaciones en cualquier parte del cuerpo.
Persona que se identifica como perteneciente LGBTI:
a. De estas personas quienes son muy pobres y/o viven en condiciones de exclusión social. b. Quienes ejercen la prostitución c. Quienes tienen problemas de abuso a sustancias psicoactivas o han tenido procesos de intoxicación aguda por SPA en condiciones no seguras d. Personas viviendo en hoteles o piezas de pago diario
Actores armados activos o excombatientes de cualquier fuerza.
a. Niño, niña, adolescente, o mujer combatiente o excombatiente. b. Síntomas depresivos, de ansiedad, o de alteración del sueño. c. Mujeres embarazadas o con abortos. d. Conducta suicida e. Anticoncepción con DIU o implantes de Levonorgestrel no deseados.
Persona privada de la libertad:
a. Aquellas personas reconocidas e ingresadas como agresores sexuales. b. Aquella que se identifica como perteneciente a la población LGBTI. c. Ingreso reciente a la prisión o privaciones prolongadas de la libertad.
Persona habitante o con antecedente haber habitado la calle
Persona perteneciente a un grupo étnico indígena o afrodescendiente:

- a. Usos y costumbres que validan la violencia sexual¹⁵⁸
- b. Participación de fiestas colectivas con altos niveles de alcoholización
- c. Habitantes en zonas sometidas a efectos del CAIN, con presencia de cualquier tipo de actor armado.
- d. Embarazos tempranos (menor de 14 años)
- e. Quienes realizan trabajo doméstico particularmente niños, niñas y adolescentes
- f. En situación de desplazamiento forzado o migración interna.
- g. Con signos de tortura o mutilaciones en cualquier parte del cuerpo

4.3 Elementos Específicos para la Detección de la Violencia Sexual en NNA

ABUSO SEXUAL

ASALTO SEXUAL

EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL
DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

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

El abuso sexual puede ser repetitivo y crónico y puede pasar mucho tiempo antes de que ocurra la identificación o revelación del evento.

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

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

Un estudio de la Defensoría del Pueblo¹⁵⁹ encontró que en muchos casos los NNA víctimas de explotación sexual justifican los abusos cometidos contra ellas/os porque también han actuado “mal” y se sienten culpables de su comportamiento, sin entender que no son ellos los responsables de su situación. Esto es aprovechado por quienes desean explotarlas/os y ultrajarlas/os en sus hogares, en el medio laboral o en las demás relaciones que las niñas, niños y adolescentes establecen con los demás.

Este estudio también encontró que los NNA víctimas de explotación sexual son más vulnerables al consumo de sustancias psicoactivas, suministrada por los proxenetas. Drogas que usan para sobrellevar su situación.

De allí que al estar en contacto con una víctima de ESC, sea mucho más difícil realizar el diagnóstico de la situación de violencia sexual, y se requiera poner en práctica mayores conocimientos y habilidades.

¹⁵⁸ Aquí se debe tener en cuenta el contexto específico ya que muchas culturas ya se es adulto/a a los 12 o 14 años. Se está haciendo referencia, por ejemplo, a que en algunas comunidades se puede considerar válida la iniciación sexual de las niñas por sus padres, o el uso de ellas como objeto de satisfacción sexual de los adultos, etc.

¹⁵⁹ Defensoría del Pueblo – UNICEF. Boletín “La Niñez y sus Derechos No. 5, 1998.

Recuerde que la mayoría de los dictámenes por violencia sexual que se hacen en el INMLCF tiene por víctimas a NNA, especialmente entre los cinco y los 14 años. Todo contacto sexual con una niña o niño menor de 14 años con o sin su consentimiento se considera abuso sexual. Y el delito de ESCNNA se constituye en todo menor de 18 años.

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

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

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

Condiciones en las que es altamente probable la violencia sexual

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

- Hay evidencias de otras formas maltrato infantil
- Hay temor a estar con familiares o conocidos con quien se tenía una relación cercana
- Signos y síntomas poco claros clínicamente referidos a la zona genital o anal.
- La encopresis habiéndose descartado constipación funcional es sugestiva.
- Infecciones urinarias a repetición sin una clara causa aparente.
- Quienes han estado expuestas al contacto con agresores reconocidos y no judicializados
- Hermano/a de otro menor de edad violentado sexualmente
- Quienes conviven con adultos que exhiben abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.
- Quienes por condiciones de hacinamiento deben compartir la cama con adultos o adolescentes
- Diagnostico de condilomatosis en el área genito-anal.
- Equimosis en paladar (el equipo de salud debe tener en cuenta el contexto y las edades en que los niños tienden a introducirse objetos en cavidad oral).

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

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

Otros comportamientos a tener en cuenta para sospechar abuso sexual

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

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

Todo niño con evidencia de lesiones sugestivas de violencia sexual, presencia de fluidos seminales, diagnóstico de Sífilis, gonorrea o VIH (descartando transmisión perinatal), con evidentes expresiones de actividad sexual y con relato por parte del niño o testigos de violencia sexual, debe clasificarse como ABUSO SEXUAL.

El equipo interdisciplinario responsable del tema en la institución debe evaluar la sospecha dentro de las primeras 24 horas. Su responsabilidad incluye buscar otras causas, además de la violencia sexual, para esos signos, síntomas o diagnósticos. El relato de los niños mayores de tres años es la principal herramienta para establecer el abuso sexual. Si se confirmase ese diagnóstico, debe manejarse de acuerdo con el protocolo de violencia sexual.

En cuanto a la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNA), se han descrito los siguientes signos de sospecha, que han de ser evaluados contextualmente para que sea otorgado el debido valor dentro del proceso de detección de posibles víctimas; la presencia de uno o más de los indicadores que serán expuestos NO garantiza la presencia ESCNA, por lo cual ante cada caso se debe usar el juicio clínico y efectuar una valoración integral individualizada¹⁶⁰:

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

¹⁶⁰ Oficina para México y Cuba de la Organización Internacional del Trabajo – OIT – (2005) “Protocolo operativo para la detección, protección y atención a niños, niñas y adolescente víctimas de explotación sexual comercial”. México Distrito Federal. OIT. 33 p.

4.3.1. Otras consideraciones sobre la detección de casos de violencia sexual en niños y niñas y adolescentes¹⁶¹

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

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

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

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

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

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

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

¹⁶¹ Tomado del Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual en el sector salud. Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA. Bogotá, 2008 / Capítulo 5. Autor: Miguel Barrios Acosta

- Desórdenes de la alimentación. Hay reportes de una tasa relativamente alta de antecedentes de violencia sexual en aquellas personas con cuadros de bulimia, aunque la asociación a la anorexia nerviosa es baja. Raramente la violencia sexual en niños y niñas pequeños se expresa con alteración del apetito.
 - Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas, etc.) y miedo a dormir solo, en especial cuando esto no se presentaba previamente. Esta situación se debe casi siempre a malos hábitos de sueño.
- Regresión del lenguaje. Se deben descartar patologías del Sistema Nervioso Central en primera instancia.
- Autoestima disminuida. Siempre buscar otras causas y analizar el caso dentro de su contexto, como elemento aislado es aventurado pensar en violencia sexual.
- Preocupación excesiva por temas sexuales en preescolares y escolares. Se recuerda que existen comportamientos sexuales naturales y saludables que pueden incluir exploración o juegos sexuales entre niños y niñas de la misma edad. Estos encuentros son motivados por la curiosidad habitual o bien por la exposición a los medios 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). En la mayoría de los casos de somatización, los factores psico-emocionales desencadenantes son distintos a la violencia sexual.
- Depresión con o sin ideación suicida.
- Cambios repentinos en el rendimiento escolar y relaciones en la escuela.
- Ansiedad e inestabilidad emocional.
- Fugas de la realidad.
- Pérdida de la memoria.
- Neurosis y fobias.
- Aislamiento social.
- Conductas autoagresivas.

4.4. Signos y síntomas de violencia sexual detectables en salud oral¹⁶².

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

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

Las lesiones en boca asociadas a penetración oral, se presentan en un 27% de los casos¹⁶³, así mismo, diferentes investigaciones realizadas en asalto sexual, violencia domestica y maltrato infantil, coinciden en decir que la cara es la región más comúnmente implicada¹⁶⁴. (Ver anexo de **Signos y síntomas de violencia sexual detectables en salud oral**)

¹⁶² Texto desarrollado por la Dra. Olga Lucia Barragan. Odontóloga Forense INMLCF.

¹⁶³ Wendel, George D, Hemsell D, Satinado A, Stone I, "Sexual Assault in Pregnancy" Journal Obstetrics and Gynecology" 1991.

¹⁶⁴ Le Bach T., Dierks E. J., Ueek, B.A., Homer, L.D., Potter B.F. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Vol. 59, No. 11, pág. 1277-1283

4.5. Consideraciones sobre la detección de casos en adultos¹⁶⁵

A pesar de que en muchos casos las mujeres y los hombres adultos víctimas de violencia sexual, buscan ayuda en el sector salud y refieren el evento de violencia como el motivo de consulta, existen muchos casos en los que la víctima adulta prefiere no revelar inicialmente el hecho de violencia. Muchos factores pueden influir en ello, entre otras el temor por su seguridad, la posibilidad de ser estigmatizada, revictimizada, la dificultad para asumir lo ocurrido, o incluso la falta de reconocimiento del hecho de violencia sexual (especialmente en la violencia sexual que ocurre al interior de la pareja).

4.5.1. Violencia sexual contra la mujer

En este grupo poblacional, dada la prevalencia de las diferentes formas de violencia física, psíquica, económica y sexual y considerando que las secuelas en salud sexual y en salud mental son lo suficientemente prevalentes se justifica la exploración de rutina sobre ésta posibilidad en todos los servicios de atención sanitaria, sin excepción. Un encuentro con el personal de salud puede ser la única oportunidad para detener el ciclo de violencia antes que ocurran lesiones más graves o reincidencia.

En muchos casos de violencia sexual no se encuentran huellas físicas del hecho de violencia, esto no significa que no haya ocurrido.

De otro lado, cuando la violencia sexual se acompaña de maltrato físico aparecen lesiones tanto en los órganos genitales como en otras partes del cuerpo, dentro de las que se encuentran:

- Lesiones en aparato genitourinario
- Hematomas en vulva, vagina, muslos etc.
- Enfermedades de transmisión sexual
- Desgarres en órganos genitales.
- Ruptura de vejiga.
- Cuerpos extraños en el intestino o en la vagina.
- Embarazo no deseado.

Con el fin de incrementar la detección y romper los ciclos de violencia sexual se recomiendan de rutina preguntas tales como:

¿Se ha sentido alguna vez dañada emocional o psicológicamente por parte de su pareja o alguna persona importante para usted?

¿Alguna vez su pareja o alguien importante para usted le ha hecho daño físico?

¿En algún momento de su vida se ha sentido forzada a tener contacto o relaciones sexuales?

¿Cuando usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien?

4.5.2. Violencia sexual al interior de la pareja

Es importante tener en cuenta que muchas mujeres tienen dificultades en reconocer que son víctimas de violencia sexual y manifestaciones de violencia conyugal, por parte de su cónyuge, compañero sentimental o familiares. Aunque claramente pueden tener las consecuencias físicas y emocionales de

¹⁶⁵ Tomado del Protocolo para el abordaje de la violencia sexual para el sector salud. Capítulo 5. Autor: Miguel Barrios Acosta

estas formas de violencia, pueden no reconocerlas como tal, y éstas pueden ser invisibles para ellas debido a su socialización.

En otros casos, cuando evidentemente la reconocen, pueden sentir angustia, miedo y/o vergüenza, algunas se encuentran psicológica y físicamente impedidas para salir de la casa. Otras carecen de dinero y medios de transporte lo que les dificulta pedir ayuda.

4.5.3. Violencia sexual contra los hombres

Como se planteó en el primer capítulo, la violencia sexual en contra de la mujer es mucho más frecuente que la presente sobre la población adulta masculina. Las cifras que tiene el INML plantean que el 15% del total de los peritajes sexológicos se realizan a niños y hombres. Y de éste 15% solo el 6% han sido peritajes a hombres mayores de 18 años.

Debido a las consecuencias físicas, emocionales y sociales, de la violencia sexual, los hombres adultos pueden tener mayores barreras de acceso a los servicios de salud y justicia. Y pueden llegar a encubrir o minimizar los síntomas de una situación de violencia sexual. A pesar de ello, las cifras de denuncia van en aumento, especialmente los hechos de violencia sexual relacionados con lesiones de causa externa y situaciones de violencia en el marco del conflicto armado. En los servicios de salud además se ha visibilizado de manera más frecuente la búsqueda de atención integral de hombres que pertenecen a la población homosexual. Los signos y síntomas sugestivos de haber padecido violencia sexual han sido poco documentados en esta población.

CAPITULO 5

Atención Integral de la Violencia Sexual en el Sector Salud

La respuesta integral al problema de la violencia sexual significa ir más allá de la recuperación física de las heridas o lesiones. Significa crear los medios que garanticen la seguridad física, emocional, sexual, social, legal de las víctimas y apoyen los esfuerzos de éstas por retomar el control de sus vidas y avanzar en los procesos de curación, justicia y reparación. En el caso de la violencia sexual el abordaje integral compromete una mirada interdisciplinaria desde la salud, las ciencias sociales, la atención jurídica y psicológica que dé cuenta de las diferentes necesidades (bio-psico-sociales) de las víctimas y la sanción de los agresores.

Dentro de ese contexto, la atención clínica de las víctimas de violencia sexual requiere trascender los procesos de atención individual, hacia la inclusión y activación de la red de apoyo: familiar, institucional y social, identificando los escenarios en los cuales se establecen vínculos significativos que afecten de forma positiva la sobrevivencia real al evento de violencia sexual.

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

Consideraciones sobre los procesos de atención integral

La atención en salud incluye los siguientes objetivos:

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

La atención integral se brinda, como lo contempla la ley 1164 de 2007, desde la humanidad, dignidad, responsabilidad, prudencia y el secreto. La humanidad implica basar el acto de la atención en salud desde las necesidades biológicas, psicológicas, sociales e incluso espirituales de los consultantes¹⁶⁶.

De acuerdo con la Ley 1257 de 2008, las víctimas de violencia sexual tienen derecho a recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de la calidad, recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos, dar su consentimiento informado para los exámenes médicos y legales, escoger el sexo del facultativo para la práctica de los mismos dentro de las posibilidades ofrecidas por el servicio, recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva, ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o asistencia social respecto de sus datos personales, los de sus descendientes o los de cualquiera otra persona que esté bajo su guarda o custodia, recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico para ellas y sus hijos e hijas.

5.1. Revictimización

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

1. **Victimización primaria:** las consecuencias que sufre la persona sobreviviente como producto directo de la violencia sexual.
2. **Victimización secundaria o revictimización¹⁶⁷:** sufrimientos que a los y las sobrevivientes de violencia sexual, a los testigos y a la familia les infieren las instituciones encargadas de los procesos de atención integral: salud (médicos, pediatras, ginecólogos, enfermeros-as, psicólogos-as, trabajadores sociales, personal administrativo entre otros), justicia (policías, jueces, peritos, criminólogos, funcionarios de instituciones penitenciarias, entre otros), y otros sectores implicados al no tener claros procesos y procedimientos para la restitución de derechos.

¹⁶⁶La ley 1164 entiende la dignidad como “la mayor excelencia entre los seres vivos, por la que no puede ser maltratado por sí mismo ni por otro, ni ser instrumentalizado o discriminado, sino ser promovido dentro de sus características”. La responsabilidad “analiza, da razón y asume las consecuencias de las propias acciones u omisiones en lo referente al ejercicio de la profesión u ocupación”. La prudencia se resume en la “sensatez a la conducta práctica” contemplando todos los bienes y males posibles y los medios para su realización. El secreto mantiene “la confidencialidad, confiabilidad y credibilidad en el cumplimiento de los compromisos”. La confidencialidad incluye los elementos relacionados con el secreto profesional con los límites que establecen la constitución y la normatividad al estarse tratando un delito sexual.

¹⁶⁷Para el presente modelo se utilizara el termino revictimización.

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

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

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

- Ausencia o poca coherencia y complementariedad en los objetivos de los distintos sectores que participan en la atención a las víctimas. Así las metas jurídicas, sociales, psicológicas, pedagógicas o médicas se establecen sin un ordenamiento lógico y articulado de intervención.
- Poca claridad y definición de límites y/o competencias entre las distintas disciplinas o sectores implicados. Así, se presentan superposición y/o repetición de revisiones médicas, entrevistas, entre otras.
- Problemas de la infraestructura y espacios donde se practica la atención
- Falta o poca capacitación y/o entrenamiento en el tema por parte de los prestadores de salud.

A continuación se ilustran algunas de las formas más comunes de Revictimización dentro de los servicios de salud y se sugieren algunos modos para evitarla la tabla siguiente:

Tabla Procesos de revictimización y herramientas para evitarla.	
ACCIONES QUE GENERAN REVICTIMIZACIÓN	SUGERENCIAS PARA EVITAR LA REVICTIMIZACIÓN
*Se sugiere la responsabilidad del hecho es del sobreviviente de violencia sexual Ejemplo: El profesional de salud le dice: • Y que hacía a esa hora sola-o. • Usted permitió que le hicieran eso. Pudo haberse defendido. • Con esa forma de vestir, como no iba a provocar esa situación. • Porque no averiguó quien era el acompañante. • Porque no gritó o llamó a alguien en su ayuda. • Porque consumió o aceptó atenciones	*Ser enfático en que el responsable es el agresor: • Usted no tuvo la culpa de lo sucedido. • El agresor es el total responsable de lo que sucedió. • Se es víctima y no responsable del evento de violencia sexual • Es usted muy valiente al contar lo sucedido y buscar ayuda.
*Someter a la víctima a preguntas constantes y/o insistentes sobre los hechos sin tener claro el objetivo ni la competencia. ¿Cuántas veces sucedió? ¿Qué le decía? ¿Qué le hacía? ¿Con que la amenazo? Entre otros detalles que no aportan al proceso y si reviven de forma reiterada la situación.	*Conocer claramente la competencia dentro de los procesos de atención. Para el sector salud la competencia es la recuperación de la salud, la realización adecuada de la historia clínica según lo descrito. El esclarecimiento de los hechos es competencia de la justicia.
*Responsabilizar a la persona sobreviviente de violencia sexual por el resultado del proceso judicial: • Si no lo cogen (al agresor u agresora), es su culpa por no contar todo lo que paso (o por no dejarse tomar las muestras). • Estuvo en sus manos meterlo a la cárcel, algo	*El resultado del proceso judicial no debe recaer en la víctima.

Tabla Procesos de revictimización y herramientas para evitarla.	
ACCIONES QUE GENERAN REVICTIMIZACIÓN	SUGERENCIAS PARA EVITAR LA REVICTIMIZACIÓN
tuvo que hacer mal. *Actuar sin conocimiento y/o entrenamiento: esto se puede evidenciar, por ejemplo, en intentos de reconfortar o alentar minimizando lo que sucedió y diciendo que lo olvide. • “Es mejor que lo olvide, al final sólo la o lo tocaron”. • “Eso no fue nada, peor el caso de (...)” • Hacer afirmaciones extremas frente al evento como “toda persona que ha sufrido violencia sexual, queda traumatizada para siempre y nunca puede recuperarse...”	*Es indispensable conocer y desarrollar competencias para atención adecuada que promuevan la salud y su recuperación protección y la contención. Por ejemplo, la escucha del relato libre de la víctima, cuando se inicia la experiencia de atención a las VVS, puede dar buenos resultados por los retos que representa el direccionamiento con preguntas específicas. El prestador de salud debe desarrollar habilidades comunicativas tanto con el lenguaje verbal como no verbal que transmita credibilidad y empatía ante lo narrado o también debe saber consignar el relato en la historia clínica.

5.2. Lineamientos generales de la atención a las víctimas de violencia sexual

5.2.1. Preparación institucional

El proceso de atención a víctimas de la violencia sexual inicia desde su detección como se abordó en el capítulo anterior. Es indispensable que en todos los niveles del SGSSS se sepa que la violencia sexual es una URGENCIA y así debe ser intervenida:

La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de su capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato, orden previa ni exigencia de pago previo o la suscripción de cualquier título valor que garantice el pago. (Decreto 126 de 2010: **ARTICULO QUINTO. Atención INICIAL DE URGENCIAS.** Que modifica el parágrafo del artículo 20 de la ley 1122 de 2007)

Las distintas entidades de atención clínica en el SGSSS deben estar en capacidad de recibir y atender los casos de violencia sexual y deben realizar acciones a su interior que garanticen la atención integral.

El primer paso de la preparación institucional es delegar a un responsable del tema e integrar un equipo institucional para el abordaje de los casos. Una de las primeras tareas de ese grupo es conocer con claridad los contenidos, procesos y procedimientos de este modelo y ajustarlos a la dinámica institucional, cuidando especialmente la dignidad, el respeto y la confidencialidad de las víctimas, así como la oportunidad para la atención.

El líder del equipo será un profesional del área social o de la salud quién coordinará las distintas intervenciones sobre los casos o sospechas de violencia sexual. Esa persona debe tener garantía de permanencia en la institución, conocimientos básicos en el tema, habilidades para el manejo de crisis, el trabajo en equipo y liderazgo.

El equipo de salud y/o grupo interdisciplinario es el que aplica el Modelo de Abordaje Integral a la Víctimas de Violencia Sexual según los procesos y procedimientos establecidos para la

detección, atención, rehabilitación, protección, referenciación, seguimiento y activación de las redes de apoyo incluyendo la familiar. Ese equipo debe tener una persona del área administrativa que facilite los procesos de su área.

El coordinador del grupo a su vez es quién establece contacto y participa dentro del Comité Intersectorial de Abordaje a las Víctimas de Violencia Sexual de la ciudad, municipio, localidad o comuna que debe funcionar según lo establecido en la ley 1146 de 2007. Para facilitar el proceso de articulación de la red intersectorial e interinstitucional es deseable contar con un directorio de fácil acceso de las distintas instituciones y personas relacionadas y comprometidas con el tema. Esta actividad se inicia explorando la oferta institucional del sector de la salud, protección, justicia y educación del municipio, localidad o comuna y las personas responsables con sus respectivos datos de contacto, correos electrónicos, teléfonos direcciones, etc.

Son funciones del comité institucional asegurar que el personal de atención sea capacitado en el Modelo incluyendo los procesos de articulación intersectoriales, especialmente con protección y justicia. Los procesos administrativos relacionados con la atención a las víctimas también se deben facilitar desde el comité especialmente el acceso directo e impedir los procesos que revictimizan a las personas. La institución tiene que designar un espacio físico adecuado, que garantice seguridad, privacidad y comodidad para la atención.

La Institución debe garantizar los insumos y dotación necesarios para brindar una atención oportuna y de calidad. Contar con un espacio físico que ofrezca comodidad y confidencialidad, contar con los medicamentos para tomar muestras, brindar anticoncepción de emergencia, profilaxis para VIH/SIDA entre otros, y los elementos para la recolección de muestras forenses.

Tabla 3. **Preparación Institucional para la Implementación del Modelo de Atención Integral en Salud para Casos de Violencia Sexual**

Preparativos y procesos de tipo institucional para la implementación del Modelo	
Actividades	Responsables
Delegar a un responsable	Profesional de la salud o de las ciencias sociales
Conformación de un equipo institucional básico	Profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, de la salud mental y del área administrativa (esto de acuerdo con el tipo de institución)
Capacitación y apropiación del equipo del Modelo de Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual	Los profesionales deben cumplir a satisfacción con los estándares y procesos de capacitación que establezca el Ministerio de la Protección Social
Desarrollo de los Flujogramas de atención en salud y administrativos	De acuerdo con las características de cada entidad
Procesos de información y capacitación al interior de la entidad	Se debe informar y capacitar en el modelo y los flujogramas de atención interna, al personal de salud y administrativo que puede llegar a estar en contacto con la víctima.
Garantizar insumos y dotación	

Preparativos y procesos de tipo institucional para la implementación del Modelo	
Actividades	Responsables
para la atención.	
De garantía de acceso directo a las víctimas, evite procesos de revictimización y garantice un espacio seguro y los insumos adecuados para la atención.	Establezca las rutas claras del proceso de articulación intersectorial e interinstitucional, así como los mecanismos de referencia y contrareferencia cuando se requieran. Tenga el directorio de las instituciones de referencia junto a los datos de contacto del enlace institucional
Activación el proceso de trabajo en red intersectorial e interinstitucional	Participación en la Mesa Intersectorial de Abordaje a las Víctimas de Violencia Sexual Diligencie un directorio de actores e instituciones interesadas y comprometidas. Tiene que incluir, protección, justicia y educación.
Establezca procesos de planeación, monitoreo seguimiento y evaluación	Construya indicadores de resultados, proceso e impacto

Las personas que atiendan a las víctimas o a quienes se sospecha han sido violentadas sexualmente tienen que estar capacitadas en el tema. Los equipos deberán cualificarse continuamente para lograr el mayor conocimiento y experiencia que permita una atención óptima.

Para las víctimas de violencia sexual todos los procesos que se incluyen en su atención integral son importantes, sin embargo, un flujo lógico de los mismos se esquematiza en orden de importancia en la tabla N. 4. Se aclara que muchos de esos procesos se hacen simultáneamente.

5.2.2. Atención clínica a las y los sobrevivientes de la violencia sexual

Los lineamientos de la atención que se describen seguidamente aplican para las víctimas de violencia sexual, sin embargo, los principios generales del proceso también son válidos para la evaluación de los casos de sospecha de abuso o violencia sexual. Los casos de sospecha deberán ser canalizados para que el equipo de base de cada institución de salud los evalúe, y según su capacidad de resolución, de acuerdo con el caso, experiencia o pertinencia:

- a) Descarte la sospecha.
- b) La difiera y le haga seguimiento.
- c) La ratifique e inicie el tratamiento integral, o

Como la sospecha de violencia sexual también se constituye en una sospecha de delito, las acciones que se desarrollan en el sector salud en la atención de las víctimas de violencia sexual tienen un doble componente, el de atención integral en salud y el de acceso al sistema de justicia. Por ello, el equipo de profesionales de salud debe conocer el alcance y la doble

responsabilidad que el sistema de atención víctimas de violencia sexual va a exigir de sus acciones.

De allí, que a parte de la atención integral en salud que debe incluir todos los actos clínicos, quirúrgicos y en salud mental, también se iniciarán procesos como la toma de muestras forenses, el proceso de cadena de custodia, la utilización de técnicas de entrevista que permitan documentar parte de los hechos, sin influir en el relato del sobreviviente y la estricta documentación de los relatos (entre comillas) y los procesos de atención, a que haya lugar con cada persona.

En el mismo sentido, con el sistema penal oral acusatorio, es factible que a partir de la atención de un caso sospechoso de violencia sexual, el profesional o los profesionales¹⁶⁸ de salud sea citado a asistir a un juicio oral, donde deberá declarar sobre los procesos y procedimientos realizados en el paciente, y deberá respaldarlos con su conocimiento profesional. Por lo tanto, seguir las indicaciones aquí planteadas y consignar todos los hallazgos y procedimientos de manera detallada en la historia clínica es fundamental para colaborar con el sistema de justicia y evitar futuros inconvenientes.

De manera tal, que el personal de salud debe prepararse en su área disciplinar y en el proceso de presentación en juicio oral (ver anexo de juicio oral). También, al conocer de un posible hecho de violencia sexual la institución de salud deberá dar conocimiento del hecho a la autoridad del municipio. Esto puede hacerse a través de múltiples mecanismos que faciliten la confidencialidad y seguridad de quien lo hace. La denuncia de carácter formal o no formal debe salir de la institución, pero el tratante dará inicio al proceso de denuncia en el flujograma interno de la institución.

La herramienta de trabajo para la atención de sus pacientes de los clínicos es la historia clínica. Esta se sintetiza en un documento que consigna el acto médico que se da dentro de la relación médico-paciente. Este acto usualmente se realiza siguiendo una secuencia de:

a) entrevista, b) examen físico y mental, c) realización de pruebas diagnósticas o de control, y, d) cierre, acuerdos y plan de tratamiento y seguimiento. Se presentan a continuación los elementos más importantes al respecto que deben realizarse para la atención a las víctimas de la violencia sexual.

Los elementos básicos de la entrevista se consignan en las tablas que se presentan a continuación.

5.2.3. Entrevista a Víctimas de Violencia Sexual

Recomendaciones	
Realice la atención en un sitio que disponga de todas las	Incluye estar aislado, idealmente debe contener un espacio para la entrevista y otro para el examen físico, disponga de

¹⁶⁸ Profesionales en medicina, bacteriología, enfermería, medicina, psicología, así como especialistas en trauma, ortopedia, cirugía, pediatría, ginecología, psiquiatría, etc.

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

condiciones y recursos necesarios. El lugar debe asegurar la seguridad, privacidad, pudor y confidencialidad del paciente	batas adecuadas para los pacientes, los Kits de toma de evidencias, entre otras.
Disminuya dentro del espacio de atención la mayor cantidad de elementos simbólicos de poder	No interponga un escritorio entre el médico y el paciente, ubique las sillas al mismo nivel tendiendo a formar un ángulo de 45 grados, si puede evite usar bata esto puede disminuir el miedo de los pacientes, especialmente en niños y niñas
Si se dispone de medios y no se pone en riesgo la seguridad de la víctima, idealmente la entrevista debe ser grabada, previa autorización de la víctima, y de su familia en casos de menores de 18 años.	Esto es aplicable para muy pocos sitios y la ausencia de dispositivos de registro no se debe constituir una barrera para la implementación del Modelo. En algunos contextos podría ser considerado amenazante o riesgosa para la víctima la grabación de entrevistas (por ejemplo, contextos sometido a los efectos directos del CAIN), por lo cual allí se desaconseja realizar grabaciones, sin que ello desaconseje la aplicación del Modelo en sus demás aspectos.
Sea respetuoso y sensible	Trate a los pacientes siempre por su nombre no utilice frases o palabras con diminutivos o cariñosas, por ejemplo “mamita”, “muñeca”, “linda”, etc. Asegure que nadie interrumpa el acto médico,
Eduque sobre los Derechos de las víctimas	Incluye los Derechos que aplican a la Justicia, Salud, Educación, Protección para la víctima y su familia
Haga asesoría para el consentimiento informado sobre todos los procedimientos, intervenciones y terapias a realizarse	Este es siempre cualificado, en algunos casos se puede requerir de uno informado persistente, o asistido y persistente, o sustituto (ver más adelante). El paciente debe conservar la autonomía sobre los distintos tópicos de la atención
Documente todo lo relacionado con el acto médico en la historia clínica	Recuerde que en estos casos la entrevista médico paciente puede hacer parte de las evidencias dentro de procesos judiciales
Haga un adecuado cierre	Asegure la seguridad de la víctima, acuerde las medidas terapéuticas y de seguimiento, etc.

5.2.3.1. Elementos Específicos de la Entrevista a Víctimas de Violencia Sexual

Cuando NO hacer entrevista de detección con las víctimas	• Cuando la víctima o posible víctima sea menor de 3 años • Cuando la víctima o posible víctima se rehúsa a hablar del hecho • Considere con cuidado la realización o si es preferible su referencia cuando ya se ha investigado y escrito un informe de sospecha de abuso sexual y/o cuando la víctima ha sido entrevistada más de una vez.
Niños y niñas	• Si el niño o niña es menor de tres años, absténgase de realizarle el

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

Menores de tres años	proceso de entrevista, solo explíquele porque está allí, tranquilícelo, aclare que va a estar bien.
Niños y niñas mayores de tres años:	• Para realizar la entrevista el profesional de la salud requiere ganar el interés del niño o niña y conocer su nivel de entendimiento, debe sentarse a su nivel, no detrás de un escritorio, y decirle la verdad al niño o niña al contarle el propósito de la misma, teniendo cuidado de hacerlo en los términos que la persona pueda entender de acuerdo con su nivel de desarrollo. Nunca prometerle cosas o premios que no se les pueda cumplir. En niños y niñas mayores o adolescentes hay que establecer que es una responsabilidad del prestador de salud hacer el reporte y la canalización de todo caso de violencia sexual a la justicia. • El profesional de la salud nunca deberá utilizar términos técnicos para hablar con el niño o niña y debe indagar la forma en la que el niño llama a las diferentes partes de su cuerpo, para utilizar con él el mismo lenguaje. Es muy importante que la entrevista <i>no contamine</i> el relato de la víctima. • Se debe preguntar al niño, niña si desean que su acompañante este presente durante la entrevista. Cuando él o ella así lo quieran, el acompañante deben situarse en un lugar del consultorio donde no estén al alcance de la vista del niño o la niña, advirtiéndoles que no deben intervenir en ningún momento hasta que se les solicite. • Debe recolectarse toda la información posible sobre el abuso de fuentes diferentes antes de la entrevista con el niño(a). • Haga las preguntas en el siguiente orden: a) generales, b) enfocadas, c) de elección múltiple d) preguntas de si o no, y no se recomiendan las inductivas, directivas o sugestivas • Tenga cuidado de no hacer repetir relatos que el niño o niña ya dijo, esto puede inducirle a creer que sus respuestas no eran correctas, a dar respuestas diferentes, a negar lo ocurrido o a rechazar hablar sobre el tema. • Al finalizar la entrevista hay que decirle al niño(a) que hizo bien contando acerca de lo que sucedió. Que no ha hecho nada malo y que no ha tenido la culpa de nada de lo que ocurrió, que el agresor es el responsable. Este debe ser el mensaje más importante que el paciente debe recibir.
Preguntas a la familia	• Se recomienda entrevistar primero a los padres o acompañantes sin la presencia del niño o niña para establecer los antecedentes médicos, realizar una revisión de síntomas identificados por la familia que pudieran ser indicativos de abuso sexual. • Es importante establecer la red de soporte social con la que cuenta el niño, niña o adolescente, identificar factores de protección y factores de riesgo en la dinámica familiar. • Se indaga con los padres y acompañantes por la historia familiar social y el proceso de desarrollo del niño/niña. Esta conversación no se debe dar frente al niño(a). • Es frecuente que al hacer estas indagaciones con la familia se

	encuentre ante una situación de estrés debido a la revelación de un posible abuso sexual, es de esperar que el acompañante reaccione con angustia, inquietud, culpa o en ocasiones haciendo una total negación a la posibilidad de que haya una vulneración contra el niño o niña. Es importante entender que el impacto de la sola posibilidad pone a la familia en una situación de estrés o inclusive de crisis. Por lo que esta indagación debe hacerse con respeto, sin juzgamientos y planteando la situación como una posibilidad mientras no se tenga más información de lo ocurrido. • Es muy importante que esta primera entrevista a la familia aporte información sobre las condiciones de retorno (<i>evaluación del riesgo de revictimización</i>) del niño o niña al medio familiar. Es responsabilidad del sector salud hacer lo necesario para garantizar la protección del niño, niña o adolescente hasta que sea establecida la medida de restablecimiento de derechos que estará a cargo del sector de la protección.
Adultos sobrevivientes de violencia sexual.	Cuando la víctima es adulta, el personal de salud debe explicar la importancia de que haya asistido a la consulta, el porqué se debe realizar el procedimiento completo (anamnesis, evaluación de documentos, examen físico, tomas de muestras, ...), recalando que todo el proceso de atención, acompañamiento y seguimiento hace parte de la atención integral que busca el restablecimiento de sus derechos. Que tiene el derecho a rechazar parcial o totalmente las distintas intervenciones y tratamientos sugeridos dentro del consentimiento informado. La información obtenida en las entrevistas familiar y personal debe quedar registrada tal cual fue escuchada y entre comillas en la historia clínica, utilizando entre comillas las palabras usadas por ellos, puede ser de gran utilidad como evidencia en la investigación judicial.

Recuerde que:

- El objetivo principal de la entrevista en salud es facilitar la recuperación y la salud de la víctima y no establecer la veracidad o los detalles de la situación de violencia sexual.
- Al hacer la detección de violencia sexual que ha ocurrido contra un niño, niña o adolescente, en ningún caso se le podrá dar de alta a su medio familiar hasta que se hayan establecido las respectivas medidas de protección y acceso a la justicia según la ruta y los procesos de referenciación.
- Cuando la víctima sea una mujer, niña, niño, adolescente, persona LGBTI, o cualquier otra persona que haya sufrido violencia sexual en el contexto del CAIN, y que se encuentre habitando y recibiendo atención médica en el mismo contexto de conflicto dentro del cual podría ser revictimizada o sufrir retaliaciones por el hecho de haber acudido a consulta por el acto de VS sufrido, **extreme las medidas para garantizar la confidencialidad de la información**, recuerde los principios de atención en salud dentro

de una Misión Médica, y tenga presente que su primer deber es el de atención sanitaria de urgencia a las necesidades de la víctima, evitando cualquier otro acto que pueda poner en riesgo su seguridad.

- Tenga en cuenta que en casos de sospecha o de abuso sexual los datos resultantes de la anamnesis pueden ser la única evidencia posible de recolectarse dentro de la atención médica, por tanto, deben registrarse adecuada y detalladamente
- Para los casos de asalto sexual, adicional a la entrevista, la búsqueda de elementos materia de prueba o evidencia física pueden ser importantes dentro de los procesos judiciales.

5.4. PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Procesos y Procedimientos

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
Recibir y atender de forma INMEDIATA	Toda situación de violencia sexual es considerada una urgencia. Es importante especificar que el proceso de atención inicia tras la detección realizada y esta detección puede darse dentro del sector salud desde los y las profesionales de medicina y de salud mental principalmente. De cualquier forma se atenderá de forma inmediata activando acciones integrales de atención médica y mental.
Evaluar si se encuentra en peligro inminente la vida del/ la paciente.	Si se encuentra que la vida del/la paciente está comprometida se dará inicio al procedimiento médico indicado para la atención y estabilización del paciente. (Traumas, intoxicaciones o cualquier situación que comprometa la vida de la víctima si no se inicia tratamiento inmediato).
	Una vez el paciente se encuentra estable ante esos riesgos vitales, se dará inicio al resto del protocolo de atención en violencia sexual.

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
Evaluar estado emocional/mental actual del paciente	El médico general evaluará y manejará los riesgos de auto o heteroagresión presentes en la víctima, así como los de revictimización. De acuerdo con su nivel de entrenamiento, efectuará además una valoración general del estado emocional general del paciente o una valoración completa de su estado mental; y solicitará una interconsulta una consulta de urgencias con un profesional especializado en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) para realizar una valoración e impresión diagnóstica especializada del estado mental, junto con una primera sesión de psicoterapia breve para manejo de la crisis, a TODA víctima de violencia sexual atendida por urgencia y que haya dado su consentimiento informado/ asentimiento informado más consentimiento de padres, para la atención integral de urgencias (Ver capítulo siguiente sobre cuidado integral de la salud mental en la víctima de violencia sexual).
Explicar los derechos del sobreviviente y explicar en qué consiste el proceso de atención integral en el sector salud	Siempre que sea posible debe darse la opción de que la persona sobreviviente de violencia sexual elija el sexo del profesional de medicina que realizará la atención.

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
Hacer la asesoría para el proceso de consentimiento informado para los procedimientos clínicos de la atención integral de urgencias, los procedimientos médico legales y los exámenes de VIH/SIDA	Antes de iniciar procedimientos médicos, incluyendo la valoración médica de urgencias, debe efectuarse el proceso de asesoría y consentimiento informado, mediante explicaciones claras y completas al paciente, y a su acompañante si así se requiere dependiendo de la edad y condición. Recuerde explicar todo los procesos y procedimientos que se van a realizar paso a paso. Para que la víctima de violencia sexual no perciba el examen como una sorpresa. Use el formato anexo en el modelo. Si no tiene facilidad de hacerlo, escriba en la historia clínica consignando los ítems que están descritos en el consentimiento anexo. 1. Explique el procedimiento en palabras claras. Pregunte a la víctima y/o representante legal si ha comprendido lo explicado, y si tiene alguna inquietud al respecto. 2. Explique qué aunque no es obligatorio que la víctima y/o representante legal firmen el documento, éste sí es indispensable para efectuar los exámenes y procedimientos clínicos, así como para recoger las muestras que pueden ser necesarias en el proceso legal que va a iniciarse. Y que si la víctima no quiere este proceso legal en ese momento, es posible que su opinión vaya a cambiar en el transcurso de unos días. Y si no se realiza el examen la oportunidad de hacerlo en el momento adecuado puede perderse. 3. No se requiere de firma de testigos, presentación de documentos o fotocopias. 4. En los adultos y representantes legales es preferible que la firma esté acompañada de su huella digital.

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
	Tenga en cuenta las siguientes consideraciones: Niños, niñas y adolescentes: Se requiere que el consentimiento informado sea firmado por el representante legal (padre, madre, o quien tenga la custodia legalmente otorgada). En ausencia o negación de estos, debe firmar el defensor de familia, representante del ministerio público (procuraduría, personería, defensoría del pueblo), o comisarios de familia. Además, debe dejar constancia que el niño, niña y adolescente aceptara realizarse el examen a pesar que el representante legal haya firmado el documento. En los NNA siempre que sea posible debe solicitarse asentimiento informado, además del consentimiento informado del representante legal. En caso de que un niño, niña (mayor de 5 años) o un adolescente se niegue a realizarse el examen no debe coaccionársele u obligársele a realizarlo. Esto es importante, pues de hacerlo en ese momento, se puede generar una mayor revictimización. En tales casos, es importante explicarle al NNA y a su acompañante la importancia de realizarse el examen, especialmente cuando los hechos son de reciente ocurrencia. En todo caso, se debe dejar la posibilidad de que la toma de muestras forenses pueda ser realizada en otro momento. Cuando esto ocurre, se debe consignar en la historia clínica el deseo del individuo. Tenga en cuenta que para los casos de IVE en niñas y adolescentes puede requerirse de un consentimiento informado de mayor profundidad y especificidad. En estos casos, como en otras situaciones difíciles, se pueden aplicar algunos lineamientos específicos que la Corte Constitucional Colombiana ha establecido con relación al consentimiento informado, que incluyen: <i>Consentimiento informado cualificado:</i> e implica la existencia de un grupo de apoyo interdisciplinario que proporcione información, estrictamente depurada, sobre diferentes posibilidades de tratamiento, de tal manera que la persona pueda comprender sus riesgos y consecuencias y opte de la mejor manera por una de ellas, o que incluso tenga la posibilidad de renunciar a cualquier tipo de tratamiento” (González, 2010). <i>Consentimiento informado persistente:</i> la autorización debe ser de forma reiterada, y consiste en dar plazos que aseguren que la autorización, más que el resultado de un estado de ánimo momentáneo, sea la expresión de una opción meditada y sólida, y en esa medida, consciente” (González, 2010) <i>Consentimiento informado asistido y persistente</i> (González, 2010). Este es el tipo de consentimiento que una niña o adolescente menor de 14 años requiere para tomar su decisión de ejercer el derecho a la IVE en casos de embarazos producto de violencia sexual. Aquí el consentimiento implica una participación activa de personal de salud, padres del menor, y la expresa voluntad del menor.

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
	Personas con discapacidad: En los casos de discapacidad mental o cognitiva en los que la víctima de violencia sexual tiene un proceso de interdicción, el consentimiento informado debe ser firmado por el representante legal (padre, madre, o de quien tenga la custodia legalmente otorgada). En ausencia de estos firmará el defensor de familia, representante del Ministerio Público (Procuraduría, Personería, Defensoría del Pueblo), o los comisarios de familia. Cuando el/la sobreviviente es mayor de 18 años y no tiene ningún proceso de interdicción se realizará el mismo procedimiento que se usa con otros adultos. Para la prueba de VIH es obligatoria la firma del CI de la asesoría que incluya la aceptación o no aceptación de la realización de la prueba. El objetivo de esta prueba es descartar que haya infección previa. Y en ningún caso se realizará para confirmar o descartar la infección por VIH a consecuencia del evento de violencia sexual (asalto sexual). Para hacer esta confirmación/descarte se deben realizar los seguimientos con pruebas de anticuerpos a los 3, 6 y 12 meses.
	Personas con pertenencia a grupos étnicos Debe garantizarse que los derechos de los niños, niñas y adolescentes estén por encima de los derechos culturales. Personas con pertenencia a grupos étnicos que no hablan el castellano: Es importante que se establezca quien podría servir como traductor para garantizar que el o la sobreviviente entienda el tipo de procedimiento que se le va a practicar y cuáles son sus derechos.
	Personas con discapacidad auditiva: Si cuentan con un adecuado proceso de lectoescritura se hará el manejo a través de indicaciones escritas, de ser posible se contactará a un interprete de lengua de señas.
	Con víctimas de violencia sexual en el marco del CAIN que son atendidas dentro de dichos contextos, puede hacerse mandatorio por motivos de seguridad para la víctima tomar consentimientos informados/asentimientos informados solamente verbales, constituyéndose esto no obstante en casos excepcionales ante las reglas ya mencionadas.

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
Realización de la Anamnesis	En la Historia Clínica debe quedar claramente consignados ante todo, los <u>datos clínicos, mentales y físicos</u>, que se requieren dentro de una valoración clínica inicial a una VVS; así como los detalles que el-la sobreviviente pueda mencionar sobre el evento: tiempo, modo y lugar. El profesional de Salud puede realizar la anamnesis, es preferible que esté capacitado en el tema, de igual forma la información que obtenga apoye el proceso investigativo¹⁶⁹ Lo mismo que algunos detalles que pueden llegar a ser relevantes para la investigación del delito de VS, y que puede más adelante constituir el modus operandi que aporta valiosa información para investigación de casos similares. Es importante que se preserve el lenguaje y la descripción de detalles que pueda plantear la víctima en su relato. Para hacerlo escriba entre comillas, de manera textual y preservando su lenguaje, lo referido por ésta. Esta consideración es aún más importante en los casos de niños, niñas y adolescentes, pues estos detalles son fundamentales para apoyar la credibilidad del relato de ¹⁷⁰.. Se debe utilizar un método en el cual se evite dar lugar a la implantación de recuerdos en la memoria del paciente ya que esto fácilmente puede causar confusión más adelante cuando los casos estén en investigación o en juicio, esto ocurre generalmente cuando el adulto trata de llenar el vacío de información que el niño, niña o adolescente, no aporta, por ejemplo eso ocurrió el día domingo, y el niño no conoce el día en el cual nos encontramos. Además con la anamnesis se pueden determinar: • Necesidades de intervención inmediata en riesgos de auto y heteroagresión, que exigen antes que nada un adecuado tratamiento. • Contenidos estándar de una evaluación de estado físico y mental/emocional de una víctima de VS. • En el caso de NNA, con quién vive, con quién duerme, edades de las personas que componen el núcleo familiar, qué otras personas

¹⁶⁹ Sentencia 32103 (21/10/09), El método científico de la entrevista del Psicólogo y - o del experto en la materia (Psiquiatra, Psicólogo, Estudiante, profesional de la salud, perito, policía judicial capacitado(a) en derechos humanos y de infancia y adolescencia, en fin, testigos acreditados que obtengan la información mediante procedimientos científicos válidos) permitirá acceder de forma adecuada al tema objeto del conocimiento, *tanto* desde el punto de vista investigativo en desarrollo de averiguaciones clínicas, *como* sistema de averiguación que ofrece apoyo eficiente al funcionario judicial en el proceso investigativo, para la elaboración de tesis confiables que le permitan conocer la verdad material, objeto final del proceso penal

¹⁷⁰ Algunos términos utilizados por el niño, niña o adolescente son característicos del mismo, por ejemplo el nombre con el que denomina su área genital,

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
	viven allí, relación con ellas, familiograma, ocupación de los padres, y elementos que sean importantes y relevantes del entorno familiar en qué colegio estudia?, en qué curso?, profesores, rendimiento, amistades, juegos; actividades extraescolares: qué hace después del colegio, quién más lo cuida y que otras personas están en la casa. Televisión: qué programas ve, qué le gusta, etc., y otros aspectos relevantes del entorno escolar. Cuenta dedos con una o dos manos, colores, vestido, autocuidado, orientación en tiempo, partes del cuerpo, lee, escribe, suma, resta, etc. Elementos que ayudan a determinar las competencias en los menores de manera tal que cuando se enfrente a lo ocurrido es posible saber hasta dónde es capaz de explicar, por ejemplo saber los días de la semanas, si fue hoy mañana etc., • Si se encuentra bajo el influjo de alguna sustancia, en este caso además de las tomas de fluidos para la búsqueda de tóxicos, es muy importante consignar en la historia clínica los hallazgos físicos neurológicos (somnolencia, disartria etc.), determinar si requiere atención inmediata para desintoxicar, sin embargo no olvide antes de iniciar tratamiento tomar las muestras para documentar los tóxicos, la mayoría se eliminan por vía renal de manera tal que la muestra de orina es fundamental para estudios posteriores. Sin embargo, no olvide colocar todo el examen neurológico, recuerde que algunas sustancias como la escopolamina se elimina de manera rápida del organismo sin dejar huella en laboratorios, pero los signos clínicos son evidentes y si se describen adecuadamente son de gran ayuda en el proceso penal Sentencia 23290 20/02/08 • Circunstancias del hecho, debe ser espontáneo el relato, donde se podrá obtener circunstancias de tiempo, modo y lugar, así como posible autores y su relación con ellos • En NNA, aspectos de neurodesarrollo y competencias, se revisará de acuerdo al nivel de desarrollo del menor, teniendo en cuenta la edad y qué puede decir o si se trata de paciente con disminución psíquica, lo que es capaz de responder un paciente es muy distinto dependiendo de su edad.

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th># de casos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 años</td> <td>~15</td> </tr> <tr> <td>4-6</td> <td>~25</td> </tr> <tr> <td>7-8</td> <td>~35</td> </tr> <tr> <td>9-10</td> <td>~45</td> </tr> <tr> <td>11-12</td> <td>~55</td> </tr> </tbody> </table> • Necesidad de anteponer la intervención psicoterapéutica de urgencias por parte de un especialista en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) a la realización del exámen físico, esto es de vital importancia ya que si el paciente se encuentra extremadamente ansioso o depresivo, es preferible aplazar el examen físico y estabilizar a la/el paciente mediante el procedimiento específico requerido. • Antecedentes sexuales y reproductivos, en éste punto debe establecerse lo que es pertinente consignar. Hay información que no es relevante para el delito y pertenece a la vida íntima de la persona. Por ejemplo, es pertinente preguntar si tuvo partos vaginales, ya que los hallazgos físicos cambian, o si su última relación voluntaria fue en cercana a los hechos, ya que se podría encontrar fluidos no relacionados con la agresión. Por el contrario, no se debe consignar el numero de compañeros sexuales, ni edad de inicio de relaciones sexuales • Si realizó algún procedimiento previo a la consulta como lavado, ingestión de medicamentos, cambio de ropas, etc. • Debe determinarse antecedentes de abuso sexual aunque no guarden relación con los hechos presentes Si el /la sobreviviente se observa cansada o alterada es conveniente aplazar un poco el procedimiento con el fin de no “atacarlo/a” nuevamente, debe pensarse primero en las necesidades de la sobreviviente que en las nuestras Con los niños, niñas y adolescentes, se debe iniciar con preguntas no relacionados con los hechos lo cual pude durar entre 20 a 30 minutos, por ejemplo que programas de televisión le gustan, de cual equipo es hincha, luego de un tiempo en el cual se observe que el menor no está tenso y tiene una adecuada comunicación, se le pregunta ¿sabes por qué estás aquí?, el	Edad	# de casos	3 años	~15	4-6	~25	7-8	~35	9-10	~45	11-12	~55
Edad	# de casos												
3 años	~15												
4-6	~25												
7-8	~35												
9-10	~45												
11-12	~55												

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
	menor generalmente realizara el relato de manera espontánea, Medicina Legal como objetivos de la anamnesis establece: • “Obtener información sobre las condiciones y circunstancias que rodearon los hechos motivo de la investigación, mediante la aplicación del método científico y la técnica de entrevista, dentro de un ámbito de respeto por la dignidad humana”. • Conocer los antecedentes personales, sociales y familiares, así como los antecedentes tóxicos y forenses de importancia para orientar la investigación del hecho, el examen médico-legal y la atención de las necesidades de salud, protección y justicia de la víctima • Explorar el estado emocional y mental de la víctima para determinar los criterios científicos y forenses que le permitan a la autoridad establecer si ésta previamente se encontraba en estado de indefensión o padecía un trastorno mental; si fue puesta en incapacidad de resistir o en condiciones de inferioridad psíquica que le impidieran comprender la relación sexual; y/o, si como producto de la experiencia traumática ha presentado, o puede presentar, alteraciones psicológicas que ameriten atención especializada por parte de los servicios de salud. • Crear un clima de confianza y empatía que contribuya a disminuir la incertidumbre y ansiedad de la víctima, especialmente en lo relacionado con el subsiguiente examen médico-legal.”⁴

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
Iniciarel proceso de atención médica y médico-legal	Este proceso es integral, se separa únicamente como forma de comprensión, ya que no podemos desligarlas. Es importante establecer que la toma de muestras forenses desde el sector salud está recomendada para los casos de asalto sexual en los que el tiempo transcurrido desde el evento y el examen no sea mayor de 72 horas y donde no se tenga garantía de que el INML puede atenderlo en ese lapso de tiempo. Cuando este tiempo es mayor a 72 horas se recomienda que las pruebas sean tomadas por el INML del municipio o región.
Realizar examen físico y mental completo, incluido un detallado examen genital y búsqueda clínica de presunción y certeza de embarazo e ITS.	No en todos los casos es necesario realizar examen físico, debe prestarse atención al relato realizado en la anamnesis y de allí determinar la pertinencia del examen físico, en la mayoría de los casos es importante contar inicialmente con la valoración del equipo psicosocial, donde se cuente con éste recurso. El examen genital es parte del examen corporal completo y no un procedimiento único aparte descontextualizado. Realizar el examen debe ser de forma metódica y sistemática, para así no perder ninguna evidencia: 1.1. Ropas: Inspeccionarlas en búsqueda de evidencia útil para la investigación, si encuentra algo debe embalarlas siguiendo el protocolo de cadena de custodia, garantizando su adecuado manejo, recolección, embalaje, documentación y preservación de la misma. Si es aportada por la paciente las prendas que traía en el momento del hecho, estas deben ser examinadas y sometidas al proceso de cadena de custodia (ver anexo toma de muestras) 1.2. Examen corporal completo, identificando huellas de mordedura, ataduras, lesiones etc., se debe informar durante todo el tiempo el procedimiento que se está realizando para evitar sorpresas por el paciente, que puede alterar su colaboración o estado anímico. Recuerde se trata de un examen físico completo que incluye además el examen del área genital, no olvide el examen de la cavidad oral. Es recomendable garantizar un bata de examen y cuando se esté cambiando garantizarle la privacidad apropiada. Es importante registrar la presencia y la ausencia de signos físicos, que sean relevantes en el proceso investigativo. En cara revisar la lesiones que se pudieran causar por la agresión como las equimosis, en el cuello documentar la presencia de sigilaciones (chupones), en las cuales además se toma muestra para búsqueda de saliva, así como en los senos. Debe buscarse al máximo la presencia de evidencia traza en las diferentes partes corporales

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
	Examen del área genital y anal, determinando fisuras, desgarros, flujos, sangrado, etc., como ya se mencionó de manera sistemática se debe revisar y consignar el estado de La vulva, los labios mayores tanto por su cara externa como interna, la horquilla vulvar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el himen y la fosa navicular, en los hombres revisar el escroto y el pene, visualizando minuciosamente el prepucio, el frenillo, el surco balano-prepucial, el glande y el meato urinario. Debe tener en cuenta el reglamento técnico establecido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el cual puede ser consultado en la página de dicha Institución www.medicinalegal.gov.co. El no encontrar signos físicos no significa que el hecho no haya ocurrido y esto debe ser claramente consignado en la historia clínica, es común no encontrar signos físicos Se tomara la decisión de NO realizar el examen físico incluido el examen genital, con base en los siguientes criterios: *Si el evento narrado se basa en tocamientos expresamente. *Tiempo del evento de violencia sexual en el cual ya no sea factible encontrar evidencia física. Cuando se encuentra en embarazo, en este caso se limitara a documentar la edad gestacional y su correlación con el tiempo de los hechos ***En estos casos es imprescindible el relato y las entrevistas En cuanto al exámen mental, el médico general deberá registrar tanto su impresión general sobre el estado emocional de la víctima (ansioso, aprehensivo, colaborador, agitado, etc), como una valoración estándar de estado mental, incluyendo la evaluación y registro en la historia clínica de

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
Toma de muestras forenses	*Fotografías: lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal (previo consentimiento informado), ropas, fluidos, frotis
Establecer el diagnóstico médico	Recuerde que no debe utilizar la terminología legal, por ejemplos “acceso carnal, violación, etc.”, para evitar confusión respecto a la tipificación, puede consignar los diagnósticos descritos en el CIE-10 (T74) Síndromes del maltrato (T74.0) Negligencia o abandono (T74.1) Abuso físico (T74.2) Abuso sexual (T74.3) Abuso psicológico (T74.8) Otros síndromes del maltrato (T74.9) Síndrome del maltrato, no especificado (Y05) Agresión sexual con fuerza corporal (Y05.0) Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda (Y05.1) Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial (Y05.2) Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas (Y05.3) Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo (Y05.4) Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras (Y05.5) Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y área de servicios (Y05.6) Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción (Y05.7) Agresión sexual con fuerza corporal, en granja (Y05.8) Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado (Y05.9) Agresión sexual con fuerza corporal, en lugar no especificado Así como lo diagnósticos específicos de la esfera mental, cuando sean realizados (Ver anexo sobre categorías diagnósticas aplicables al estado mental de víctima de violencia sexual en el capítulo dedicado al cuidado de la salud mental).

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
Diagnóstico diferencial ¹⁷¹	Debido a la visualización de los últimos años de la violencia sexual, ha tendido a sobre diagnosticarse por el personal de salud y no se tiene en cuenta los diagnósticos diferenciales, sin embargo si tiene alguna duda es preferible que se haga un seguimiento cercano a un caso que dejarlo ir (ver capítulo de detección).

¹⁷¹ Algunos diagnósticos diferenciales que debemos conocer o tener presentes en el instante del examen son: **Lesiones accidentales:** lesión por caída en horcadas (penetrante o no), lesión producida por el cinturón de seguridad (accidente de automóvil).

Lesiones no accidentales: masturbación, mutilación genital femenina,

Problemas congénitos: fusión de labios, hemangioma, defectos de la línea media, rafe prominente, línea vestibular, hiperpigmentación perianal, colgajos de piel anal en la línea media, bandas periuretrales, malformaciones de genitales, diástasis anal, variación del músculo bulbocavernoso.

Problemas dermatológicos: liquen esclerosante y atrófico, liquen simple crónico, liquen plano, dermatitis del pañal, dermatitis seborreica, atópica o por contacto, psoriasis, irritación por jabón (baños de burbujas) u otros productos o ropas, mala higiene, lesiones de rascado por parasitosis (oxiuros), penfigoide bulloso.

Problemas anales: sangrado rectal por diarrea infecciosa (salmonella, shigella), colitis ulcerosa (enfermedad de Crohn), fisura, síndrome hemolítico-urémico, pólipo rectal u otro tumor de recto; estreñimiento crónico, prolapso rectal, congestión venosa perianal, hemorroides, celulitis perianal, verrugas perianales, atonía neurógena asociada a espina bífida o lesión baja de la médula espinal, dilatación anal postmortem.

Problemas uretrales: prolapso, carúncula, hemangioma, sarcoma botroide, ureterocele.

Problemas vulvovaginales: vulvovaginitis inespecífica, bacteriana, candidiasis o por otros agentes; lesiones por varicela.

Otros: sangrado genital por pubertad precoz o síndrome hemorragíparo; enfermedad de Behçet

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
Realizar el proceso de cadena de custodia: búsqueda y toma de evidencias físicas, rotulación, embalaje, almacenamiento, llenado de registros.	Debe seguirse el procedimiento establecido por el sector justicia para garantizar la autenticidad de las evidencias encontradas, recuerde que es responsabilidad de toda persona y en especial de los servicios de Salud.
Explicar al paciente el resultado de los exámenes, y procedimientos de seguimiento que se requieren.	Se debe indicar la pertinencia de los exámenes realizados dentro del proceso judicial y de tratamiento médico, además del seguimiento a las 2 semanas, 6 semanas, 12 semanas, 24 semanas, y 9 meses después de la agresión.
Se toman pruebas diagnósticas para descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de violencia sexual	Recuerde que la tricomoniasis, la vaginosis bacteriana, la gonorrea y la infección por Chlamydia son las ITS más frecuentemente diagnosticadas posterior a un asalto sexual. Las pruebas diagnósticas de ITS para la mayoría de los pacientes incluyen: serología para sífilis (VDRL), toma endocervical para gram y cultivo en Agar Chocolate o Thayer Martín para detectar gonococo, así como para realizar prueba rápida de Chlamydia o Elisa en esa misma muestra endocervical; frotis en fresco para búsqueda de Trichomonas Vaginalis o la presencia de hallazgos sugestivos de vaginosis bacteriana; prueba de tamizaje para VIH y muestra de sangre para la búsqueda de anticuerpos y antígenos del virus de la hepatitis B. Búsqueda de Espermatozoides en muestras. Recuerde que en NNA (menores de 14) y entre los 14-18 para detectar ESCNNA: diagnóstico de gonorrea, sífilis o VIH, habiéndose descartado su transmisión perinatal, es indicativo de abuso sexual. Igualmente la presencia de Chlamydia o Trichomonas son altamente sospechosas del mismo.
En asalto sexual y antes de que hayan pasado 72 horas desde el momento del evento:	Inicie manejo sindromático profiláctico para ITS y VIH y anticoncepción de emergencia cuando esté indicada Recuerde de realizar el consentimiento informado previo a la prescripción de la profilaxis y/o la contracepción de emergencia según lo descrito previamente

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
Profilaxis sindromática para ITS	Se usan los esquemas recomendados por la OMS (2005) que hace cubrimiento de las ITS más frecuentes (ver abajo tablas N.8 y 9). Está indicado en casos de asalto sexual. Se puede usar en caso de abuso con síntomas o signos clínicos compatibles con infección. Hay que tomar previamente pruebas diagnósticas
Profilaxis para VIH	Siga el protocolo según la tabla N.10. Nunca inicie si han pasado 72 horas posteriores al asalto sexual. Haga consentimiento informado previo a la prescripción de la profilaxis para HIV
Profilaxis para hepatitis B	Cuando la víctima nunca ha sido vacunada para la hepatitis B: la primera dosis de la vacuna debe ser administrada en la evaluación inicial, la segunda dosis debe ser aplicada entre 1 a 2 meses después de la primera dosis y la tercera dosis entre los 4 a los 6 meses después de la primera. Si tiene dudas de la vacunación o no tiene acceso a la medición de anticuerpos contra hepatitis B considere el inicio de la vacunación y aplicar una dosis de gammaglobulina hiperinmune. Cuando no se ha completado su esquema de vacunación: se completan las dosis faltantes Tiene completo su esquema de vacunación: deben ser evaluados los niveles de anticuerpos contra antígeno de superficie, para determinar respuesta protectora y definir nuevo esquema de vacunación, si lo ameritase.
Anticoncepción de emergencia (AE) – Profilaxis para embarazo	Administre <i>Levonorgestrel</i> en la dosis de 1500 microgramos (dos tabletas juntas) La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel se puede administrar dentro de las primeras 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos; pero es muy importante administrarla lo más pronto posible, pues está demostrado que por cada hora perdida entre el momento de los hechos y su administración, se pierde su efectividad en forma considerable. La AE además de usarse en casos de asalto sexual también se aplica en los casos de abuso en mujeres con relaciones sexuales penetrativas, con contacto del semen con la vulva o con otro riesgo de que se produzca un embarazo. Haga seguimiento al mes para verificar que la paciente no haya quedado en embarazo por motivo de la VS, y si es así, hay que dar la asesoría en IVE y si la paciente así lo decide garantizar la IVE
Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) producto de la violencia sexual	Según la sentencia C-355 de la Corte Constitucional Colombiana la IVE es un derecho de las víctimas. Siga los lineamientos del apartado específico que se presenta más adelante. No importa si el profesional de salud es objetor de conciencia, la sobreviviente de la violencia sexual tiene el derecho a la IVE, si ésta es su decisión. Recuerde que debe preservarse el feto y restos ovulares para futuros

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
	estudios genéticos, que se requerirá en el proceso judicial ¹⁷² .

¹⁷²Estos deben guardarse bajo congelación , no usar formol o algún otro perseverante, hay que tomar una muestra de sangre de referencia de la madre, puede ser en tubo con EDTA (tapa lila), o en un pedazo de tela, preferiblemente de pañal, dejándola secar y embalándola posteriormente.

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
Dar manejo integral a otras patologías alternas.	A consecuencia de la agresión en el/la paciente pueden encontrarse otras lesiones que requieren atención, como heridas, intoxicación exógena, etc
Solicitar una interconsulta de urgencia / consulta de urgencia con médico psiquiatra o psicólogo clínico que brinde al paciente una intervención psicoterapéutica inicial.	A toda persona víctima de violencia sexual que consulte a un servicio médico de urgencias, u otro servicio de primer contacto con el sector salud, se le debe asegurar la realización de una primera sesión de psicoterapia breve a cargo de un profesional clínico experto en salud mental, como parte integrante de su atención médica de urgencias; lo anterior, sin detrimento de los primeros auxilios emocionales que reciba dentro del mismo contacto inicial a cargo del personal sanitario no experto en salud mental que le atienda, ni de las remisiones para continuar con dicha psicoterapia breve, ni de todas aquellas intervenciones terapéuticas que además requiera por parte de un equipo interdisciplinario en manejo psicosocial o atención en salud mental.
Remitir hacia otros profesionales de salud para el abordaje integral.	De la misma forma en que se tiene especial atención en lo biológico no debe olvidarse la importancia de recibir atención en salud mental y manejo psicosocial del evento. Es en este momento donde el médico tratante debe garantizar la remisión directa a todos aquellos especialistas o personal de apoyo terapéutico o social que requiera el paciente. En cuanto al profesional especializado en salud mental que realizó la primera sesión de psicoterapia breve para intervención de crisis en el contexto de urgencias, es en éste momento que debe remitir para continuar psicoterapia breve por médico psiquiatra y/ o psicólogo clínico, efectuar una remisión para continua atención por equipo interdisciplinario de salud mental según requerimientos del paciente, y características del contexto de ayuda. Para garantizar la atención en salud mental, se sugiere revisar el capítulo siguiente, dedicado al cuidado de la salud mental ante la violencia sexual. Recuerde que de acuerdo a lo establecido por la ONU, el ser humano es biopsicosocial, y normalmente la parte psicológica se olvida para el tratamiento; tampoco olvide que para mujeres, niñas y adolescentes femeninas víctimas de violencia sexual en el contexto del conflicto armado interno, existe jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana que indica que ha de brindarse tanto atención psicosocial, como atención en salud mental a cargo de PSIQUIATRAS Y PSICÓLOGOS (Ver capítulo siguiente sobre cuidado de la salud mental ante la violencia sexual).
Brindar orientación	Derechos de las sobrevivientes de violencia sexual Como se mencionó al comienzo de este apartado debe tenerse en cuenta

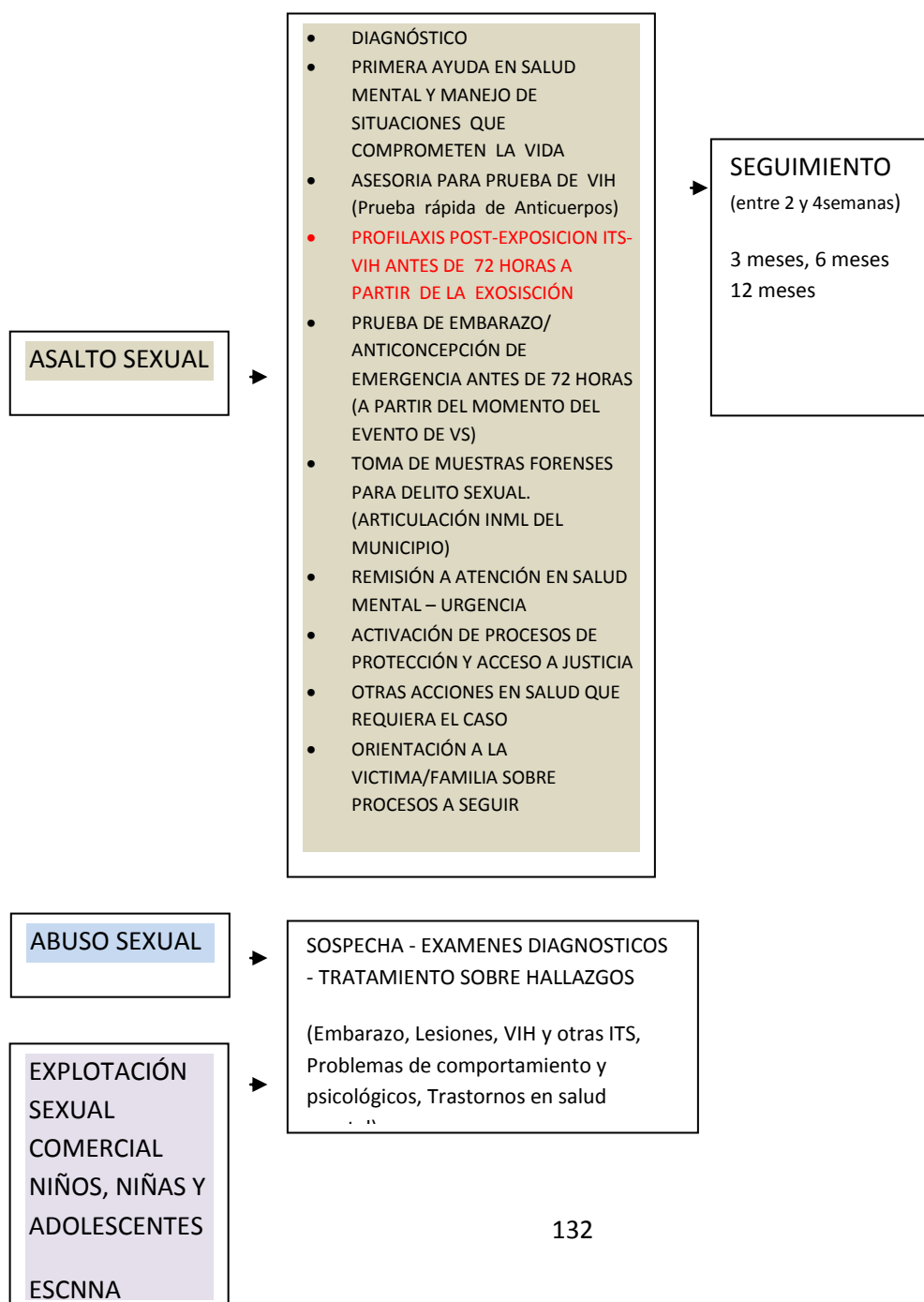
PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
en derechos y procedimientos a seguir dentro del sector salud y fuera del mismo. (Protección, justicia, educación)	restablecer los derechos, en la ley 360 de 1997 sobre Delitos Sexuales (Modificada por la Ley 599 de julio 24 de 2.000) se consignan los derechos de las víctimas en contemplados en el Artículo 15, entre los que se cuentan: ○ Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social. ○ Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible. ○ Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito. ○ Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado.
Llenar la ficha de seguimiento personal y de vigilancia epidemiológica	De acuerdo con los protocolos establecidos desde vigilancia en salud pública de cada departamento, registrar en RIPS el diagnóstico de acuerdo a códigos RIPS y CIE 10.
Hacer el proceso de denuncia formal o no formal por el designado en el equipo de atención	Aplica para los casos que son detectados como sospecha de violencia sexual en la institución de salud, y todo aquel caso que llegando a la institución de salud no ha tenido denuncia previa. LA responsabilidad de la denuncia es Institucional y será el representante legal, Gerente o profesional designado quien a nombre de la entidad de reporte del presunto delito sexual a las autoridades municipales.
Entrega de materiales probatorios a policía judicial.	Debe establecerse a través de la red interinstitucional como se hará la entrega de éstas evidencias a la policía judicial o quien ejerza estas funciones ¹⁷³¹⁷⁴ , en todo caso debe garantizarse la autenticidad de la evidencia
Proceso de seguimiento	Se hará seguimiento tanto de la adherencia al tratamiento médico establecido de acuerdo al caso, como a la atención psicosocial y ajuste de la persona sobreviviente y la familia a la superación del evento.

¹⁷³ Código procedimiento penal art 218,

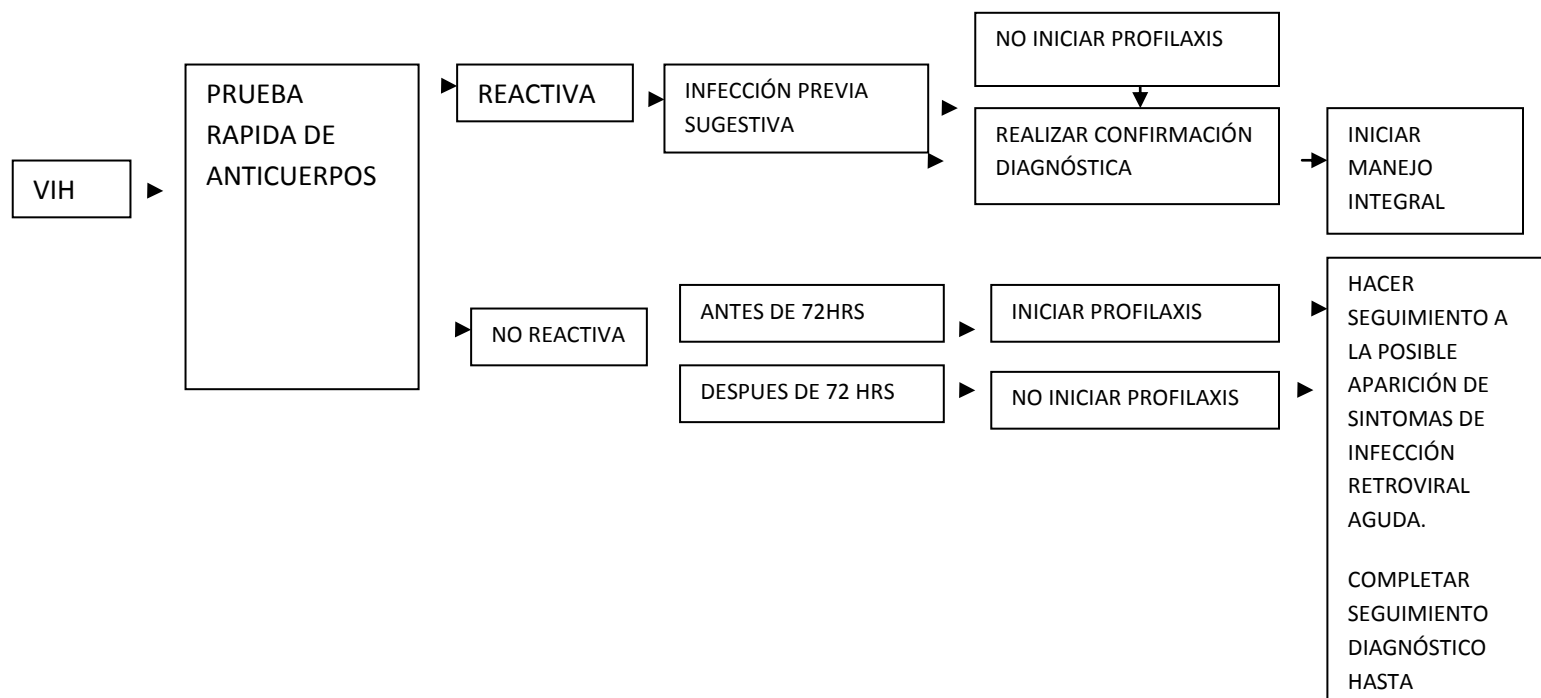
¹⁷⁴ concepto 111 de enero 11 de 2005, Ministerio Protección Social

Si por la condición del paciente o para efectuar alguna consulta, interconsulta, procedimiento o tratamiento que haga parte de la atención integral en urgencias para la víctima de violencia sexual se hace necesario el desplazamiento a otro nivel de complejidad o a otra institución, se debe garantizar el transporte a la o víctima de violencia sexual y su acompañante.

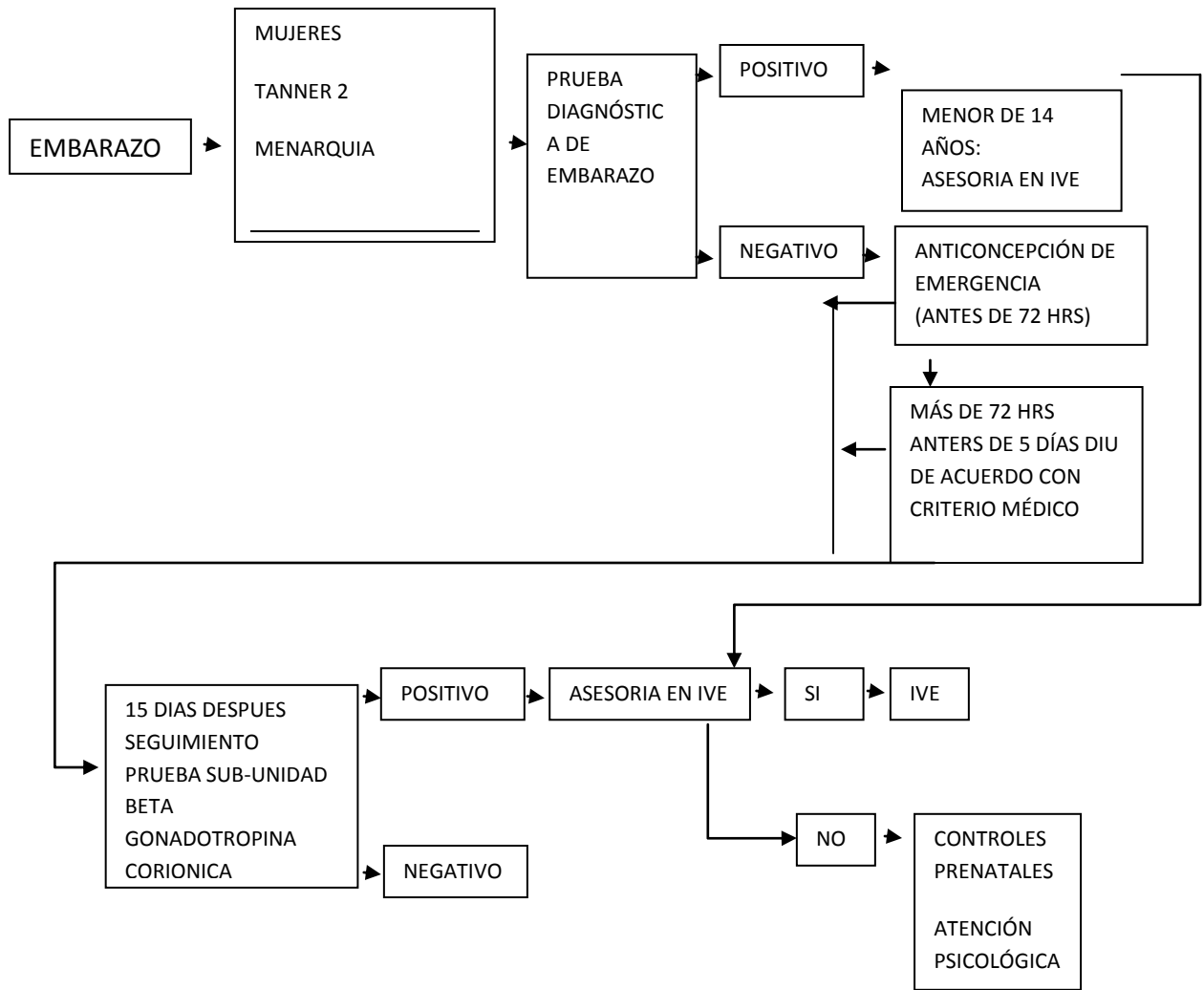
5.5. FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN



Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011



Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011



Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

Profilaxis VIH para adultos. Aplicar de acuerdo con criterio médico y disponibilidad. Tiempo máximo de la aplicación 72 horas desde el momento de la exposición.

	MEDICAMENTO	OBSERVACIONES	PRESENTACION	DOSIS	TIEMPO DE PROFILAXIS	EFFECTOS SECUNDARIOS DE APARICION PRONTA	CONTRAINDICACIONES
Opción 1	Zidovudina	Esquema en dosis independientes. Mayor número de tabletas al día: 5 al día	Tabletas por 300 mg. Frasco por 60 tabletas	1 cada 12 horas (2 al día)	28 días	Anemia. Reacción alérgica. Náuseas, vómitos, cefalea, debilidad, fatiga	Pacientes anémicos
	Lamivudina		Tabletas por 150 mg. Frasco por 60 tabletas	1 cada 12 horas (2 al día)		Generalmente bien tolerado. Alteraciones inespecíficas gastrointestinales.	
	Efavirenz		Tabletas por 600 mg. Frasco por 30 tabletas	1 al día		Trastornos del sueño, alteraciones psiquiátricas. Reacción alérgica. Teratogenia.	Embarazo. Antecedentes de neurosis y depresión.
Opción 2	Zidovudina + Lamivudina	Esquema con dosis fijas combinadas de AZT y 3TC: Menor número de tabletas al día: 3 al día	Tabletas con 300 mg de AZT y 150 mg de 3TC. Frasco por 60 tabletas	1 cada 12 horas (2 al día)	28 días		Pacientes anémicos
	Efavirenz		Tabletas por 600 mg. Frasco por 30 tabletas	1 al día			Embarazo. Antecedentes de neurosis y depresión
En reemplazo de Efavirenz	Lopinavir / Ritonavir	Opción en caso de no poder utilizar Efavirenz. No necesita refrigeración	Tabletas con 200 mg de Lopinavir y 50 mg de Ritonavir. Frasco por 120 tabletas.	2 tabletas cada 12 horas. (4 al día)	28 días	En general es bien tolerado a corto y largo plazo. Trastornos metabólicos	Trastornos metabólicos importantes

Profilaxis VIH/ITS para niños y niñas con peso menor a 10 Kg. Aplicar de acuerdo con criterio médico y disponibilidad. Tiempo máximo de la aplicación 72 horas desde el momento de la exposición.

	TRATAMIENTO PROFILAXIS VIH / ITS - POST-EXPOSICION < 10 Kg											
	MEDICAMENTO	DOSIS	PRESENTACION	DURACION	3 Kg	4 Kg	5 Kg	6 Kg	7 Kg	8 Kg	9 Kg	10 Kg
PROFILAXIS VIH	ZIDOVUDINA (AZT)	8 mg/kg (max 300mg bid)	Jarabe de 100 cc ó 240 cc (10mg/ml)	28 DIAS	5 ml dos veces al día	6 ml dos veces al día	7 ml dos veces al día	8 ml dos veces al día	9 ml dos veces al día	10 ml dos veces al día		

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

					3 frascos de 100 cc ó 2 frascos de 240 cc	4 frascos (de 100 cc) ó 2 frascos (de 240 cc)	4 frascos de 100 cc ó 2 frascos de 240 cc	5 frascos de 100 cc ó 2 frascos de 240 cc	5 frascos de 100 cc ó 3 frascos de 240 cc	6 frascos de 100 cc ó 3 frascos de 240 cc		
	LAMIVUDINA (3TC)	4 mg/kg	Jarabe de 100 cc ó 240 cc (10mg/ml)	28 DIAS	2 ml dos veces al día	3 ml dos veces al día			4 ml dos veces al día			5 ml dos veces al día
					2 frascos de 100 cc ó 1 frascos de 240 cc	2 frascos de 100 cc ó 1 frasco de 240 cc			3 frascos de 100 cc ó 1 frasco de 240 cc			3 frascos de 100 cc ó 2 frascos de 240 cc
	LOPINAVIR / RITONAVIR		Suspensión 80 / 20 mg/ml Fco x 160 ml. CADENA FRIO	28 DIAS	0.6 ml dos veces al día	0.75 ml dos veces al día	1 ml dos veces al día	1.5 ml dos veces al día		2 ml dos veces al día		
					1 frasco	1 frasco	1 frasco	1 frasco		1 frasco		
PROFILAXIS ITS	CEFUROXIMA	10 mg/Kg	Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 70ml	Dosis única	0.6 ml	0.8 ml	1 ml	1.2 ml	1.4 ml	1.6 ml	1.8 ml	2 ml
	AZITROMICINA	10 mg/Kg	Suspensión 200mg/ 5ml, Fco x 15 ml	Dosis única	0.8 ml	1 ml	1.3 ml	1.5 ml	1.75 ml	2 ml	2.3 ml	2.5 ml
	METRONIDAZOL		Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 120 ml	Dosis única			10 ml					

Profilaxis VIH/ITS para niños y niñas con peso mayor a 10 Kg. Aplicar de acuerdo con criterio médico y disponibilidad. Tiempo máximo de la aplicación 72 horas desde el momento de la exposición.

	TRATAMIENTO PROFILAXIS VIH / ITS - POST-EXPOSICION > 10 Kg												
	MEDICAMENTO	DOSIS	PRESENTACION	DURACION	11 Kg	12 - 13.9 Kg	14 - 16.9 Kg	17 - 19.9 Kg	20 - 24.9 Kg	25 - 29.9 Kg	30 - 34.9 Kg	35 - 39.9 Kg	40 ó más Kg
PROFILAXIS VIH	ZIDOVUDINA (AZT)	8 mg/kg	Cápsulas 100 mg	28 DIAS	1 cap dos veces al día	2 caps dos veces al día				3 caps AM 2 caps PM	Como adultos		
					56 cápsulas	112 cápsulas				140 cápsulas			
	LAMIVUDINA (3TC)	4 mg/kg	Tabletas x 150 mg	28 DIAS	1/2 tableta dos veces al día				1 tab AM 1/2 tab PM	1 tab dos veces al día	Como adultos		
					28 tabletas				42 tabletas	56 tabletas			
	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA		Tabletas 150 / 300 mg	28 DIAS	Como adultos							1 tab dos veces al día	
												56 tabletas	

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

	LOPINAVIR / RITONAVIR		Suspensión 80 / 20 mg/ml Fco x 160 ml. CADENA FRIO ó Tabletas 200 / 50 mg	2 veces al día	2 ml dos veces al día	2.5 ml dos veces al día		3 ml dos veces al día	2 tabs AM 1 tab PM	2 tab dos veces al día
					1 frasco	1 frasco		2 frascos	84 tabletas	112 tabletas
PROFILAXIS ITS	CEFUROXIMA	10 mg/Kg	Suspensión 250mg/5 cc, Fco x 70ml ó Tabletas 500 mg	Dosis única	2.2 ml	2.6 ml	3 ml	4 ml	1/2 tableta	2 tabletas
	AZITROMICINA	10 mg/Kg	Suspensión 200mg/ 5ml, Fco x 15 ml ó							

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

5.6. RECOMENDACIONES PARA EFECTUAR EL EXÁMEN FÍSICO DE NNA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

El examen de los genitales externos de las niñas se puede y debe realizarse la mayoría de las veces ubicando a la niña en la posición “de rana” y en compañía de una persona adulta que le genere protección (puede ser un familiar, si no es sospechoso de participar en la violencia, o una enfermera). La exploración de los genitales internos, cuando está indicada (por ejemplo, cuando hay sangrado secundario a trauma vaginal que requiera reparación quirúrgica) se debe hacer bajo sedación anestésica. Las instituciones de salud que presten servicios de urgencias para la niñez, deben contar con los elementos necesarios que garanticen la cadena de custodia de las pruebas recolectadas. Acciones tan sencillas, como la rotulación inadecuada de una muestra tomada, es suficiente para que ésta pierda su carácter probatorio en un proceso judicial. Una inadecuada desecación de la muestra o la demora en su refrigeración también pueden alterar las evidencias.

Aunque el examen físico es importante e insustituible dentro de los procesos de evaluación forenses en los casos agudos, la mayoría de las evidencias útiles, dentro de los procesos probatorios penales, provienen del relato del niño y de las prendas de vestir o las sábanas. Éstas siempre deben ser recogidas, sean del paciente o del escenario del abuso.

En todos los casos en los cuales se diagnostica el abuso sexual se debe dar el apoyo emocional al niño y su familia, e iniciar el tratamiento profiláctico de las infecciones de transmisión sexual (cuando está indicado). El caso debe ser reportado de forma inmediata a la justicia y canalizado al Sistema de Protección Integral. Debe informarse o referirse en forma inmediata a los Centros de Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar y del Abuso sexual, CAIVAS.

Tenga presente

- **Nunca se debe trabajar solo, es fundamental el trabajo en equipo**
- **No se debe confrontar ni enfrentar a los padres o posibles agresores**
- **Recordar que los hermanos y hermanas del niño también pueden estar siendo abusados**

Criterios para la realización del examen del área urogenital y anal de emergencia en abuso sexual en niños y niñas

- Quejas de dolor
- Evidencia o quejas de sangrado y/o daño
- Un supuesto asalto ocurrido dentro de las 72 horas anteriores y en donde haya habido transferencia de material biológico
- Necesidad de intervención médica de emergencia para asegurar la salud del niño

5.7. PROTOCOLO PARA EL EXÁMEN Y MANEJO CLÍNICO EN VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL DENTRO DE CONTEXTOS DE CONFLICTO ARMADO INTERNO, DESPLAZAMIENTO FORZADO, PERSONAS ALBERGADAS O REFUGIADAS, Y OTRAS EMERGENCIAS HUMANITARIAS

En el marco de los lineamientos generales para la atención integral por el sector salud de la violencia sexual que han sido expuestos en los párrafos precedentes, a continuación se describen algunas buenas prácticas para el manejo clínico de personas que han sufrido violación sexual (asaltos sexuales) en el contexto de situaciones de emergencia humanitaria; es necesario que el juicio clínico sea puesto en marcha para adaptar los lineamientos de la manera más adecuada al lugar y situación particular en que se aplican. Los lineamiento concebidos en la guía están concebidos para ser aplicados por trabajadores y trabajadoras de salud cualificados (coordinadores de equipos de salud, médicos-as, enfermeras-os y otros profesionales sanitarios), de acuerdo con lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud en el documento sobre el tema que se ha tomado como base para la construcción de ésta sección ¹⁷⁵.

A continuación se describen elementos diferenciales a tener en cuenta en la atención de víctimas de violencia sexual en emergencia humanitarias, estas complementan las indicaciones dadas en los apartados anteriores:

Recuerde que los componente esenciales del cuidado médico después de una violación sexual en contextos de emergencia son:

- La documentación de las lesiones físicas y mentales, así como de riesgos de autoagresión, heteroagresión y revictimización..
- La recolección de evidencias forenses.

¹⁷⁵ World Health Organization / United Nations High Commissioner for Refugees (2004) "Clinical management of rape survivors. Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. Revised edition". WHO Library. 76 p.
Para información adicional en el tema consultar: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en/>;
http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=1106&Itemid=906&lang=en

- El tratamiento de las lesiones físicas y mentales, así como de los riesgos de auto o heteroagresión y revictimización que pudieran estar presentes.
- La evaluación para infecciones de transmisión sexual (ITS) y el tratamiento preventivo.
- La evaluación del riesgo de embarazo y su prevención mediante anticoncepción de emergencia.
- La consejería, el apoyo e intervención psicológica.
- El seguimiento de la víctima.

Para organizar el equipo de acción que se encargará de desarrollar los protocolos específicos de atención a las víctimas de violación en los contextos de emergencia humanitaria, es preciso llevar a cabo previamente las siguientes acciones, no necesariamente en ese orden:

- Identificar el equipo de profesionales y miembros de la comunidad que están involucrados o que deberían estar involucrados en la provisión de cuidados para las personas que han sido violadas.
- Organizar reuniones de coordinación con el equipo de salud y los miembros de la comunidad.
- Crear o activar la red de referencia y contrareferencia sectorial e intersectorial necesaria para brindar cuidados integrales a la víctimas de violación sexual (agentes comunitarios, sanitarios, de seguridad, protección).
- Identificar los recursos disponibles (medicamentos, materiales, reactivos para laboratorios clínicos).
- Elaborar una lista de chequeo para la aplicación de los lineamientos establecidos en éste modelo y sus protocolos de atención, que se ha de verificar en cada caso atendido.
- Mantener entrenados a los proveedores de salud para la aplicación de los lineamientos de éste modelo y sus protocolos.

Los pasos que deben ser cubiertos para la atención clínica de cada caso de violación sexual en contextos de emergencia humanitaria son los siguientes:

PASO 1: Disponer de personal suficiente y bien entrenado para aplicar el modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual; se recomienda para víctimas mujeres o niñas disponer para su atención a médicas debidamente entrenadas (en el caso de comunidades étnicas minoritarias que no hablen español, el personal médico debería manejar el dialecto de la víctima o estar asistido por una intérprete preferiblemente de la misma comunidad, bajo juramento de confidencialidad); si esto no es posible, brindar atención por parte de un médico asistido por una enfermera o una acompañante femenina para la víctima (con los mismos requerimientos en cuanto a la comunicación en el mismo idioma de la víctima).

PASO 2: Hacer los preparativos necesarios para ofrecer la atención clínica dentro de las mejores condiciones locativas posibles, asegurando privacidad y confidencialidad, y contando con: mesa de examen físico, luz (preferiblemente de fuente fija), lentes de aumento, acceso a una autoclave para esterilizar equipos, acceso a reactivos para laboratorios clínicos así como a equipos y personal entrenado para realizarlos, escalas de peso y talla para niñas/os.

- Las preguntas previas de diagnóstico (entrevista, historia clínica y examen físico) y la historia de la enfermedad.

- Busque signos que sean coherentes con la historia de la víctima, tales como marcas de golpes y mordiscos, marcas de inmovilizaciones sobre las muñecas, zonas de pelo arrancado en la cabeza, oídos rotos que pueden ser el resultado de que la víctima haya sido abofeteada. Si la víctima reporta que fue estrangulada, busque en sus ojos hemorragias petequiales. Examine el área del cuerpo que estuvo en contacto con la superficie sobre la cual ocurrió la violación en busca de posibles heridas y otras lesiones. Tome nota detallada y diagrame sobre pictogramas corporales todo lo que encuentre en el examen físico (laceraciones, equimosis, peladuras, petequias, etc).
- Tome nota cuidadosa del estado emocional general (llorosa, calmada, ansiosa, retraída, etc.), así como del examen mental de la víctima (Ver el capítulo referente a cuidado de la salud mental de la víctima de violencia sexual).
- Tome muestras de cualquier material que encuentre sobre el cuerpo o las ropas de la víctima, de acuerdo con el protocolo de recolección de evidencias forense de Colombia en casos de VS.
- Tenga en cuenta que cuando los genitales femeninos son examinados inmediatamente después de una violación se encuentran lesiones identificables en menos del 50% de los casos lleve a cabo un examen genital cuidadoso y tome la evidencia forense necesaria según el protocolo forense que será especificado en secciones anteriores.
- Inicie el examen de los genitales femeninos inspeccionando sistemáticamente en su orden, el monte púbico, dentro de los muslos, el perineo, ano, labios mayores y menores, clítoris, uretra, introito e himen. Anote cualquier cicatriz presente a partir de una mutilación genital o lesión genital previa secundarias a partos; busque lesiones genitales tales como contusiones, arañazos, abrasiones, o desgarros (casi siempre localizados en la horquilla posterior); busque signos de infección tales como úlceras, secreción vaginal o verrugas; busque lesiones en el introito y el himen; tome muestras de acuerdo con el protocolo forense.
- Para el examen anal se puede pedir a la víctima que se ubique en una posición diferente a la requerida para el examen genital. Anote en qué posición se realizó cada tipo de examen (supina, prona, con las rodillas en el pecho o lateral para el examen anal; supina para el examen genital). Anote la forma y dilatación del ano, así como si tiene fisuras alrededor, si hay presencia de materia fecal en la piel perianal, y de sangrado a partir de laceraciones rectales. Si está indicado por la historia clínica, recolecte muestras rectales de acuerdo con el protocolo forense.
- Si hubo penetración vaginal, inserte suavemente un espejo lubricado con agua o solución salina (JAMAS lo use cuando examine niñas); utilizando buena luz inspeccione el cérvix, el fondo de saco posterior y la mucosa vaginal en busca de traumas, sangrados o signos de infección. Recolecte secreciones vaginales como evidencia según el protocolo forense.
- Si está indicado por la historia y el resto del examen, realice un examen bimanual y palpe el cérvix, el útero y los anexos, buscando signos de trauma abdominal, embarazo o infección.
- Si está indicado, haga un examen recto - vaginal e inspeccione el área rectal en busca de traumas, desgarros recto - vaginales o fístulas, sangrado o flujos. Anote el todo del esfínter rectal. Si encuentra sangrados, dolor, o sospecha la presencia de objetos, refiera de inmediato al servicio o institución donde se pueda efectuar el cuidado especializado del caso.
- Para el examen clínico de mujeres ancianas víctimas de violación en contextos de emergencia humanitaria que han sufrido violaciones vaginales, tome en cuenta que ellas tienen un riesgo incrementado de desgarros y lesiones, así como para transmisión de ITS y

VIH. Los bajos niveles hormonales que ocurren en la menopausia reducen la lubricación vaginal y hacen más frágil la pared vaginal. Use un espejo pequeño para efectuar el examen genital. Si la única razón para el examen es recolectar evidencia forense, considere insertar solamente hisopos sin utilizar espejo.

- En cuanto al examen físico de hombres que han sido víctimas de violación en contextos humanitarios, durante el examen genital explore el escroto, los testículos, el pene, el tejido periuretral, el meato uretral y el ano. Anote si la víctima ha sido circuncidada. Busque hiperemia, inflamación, torsión testicular, moretones, desgarros y laceraciones anales, etc. La torsión testicular es una emergencia médica que requiere remisión para inmediato manejo quirúrgico. Si la orina contiene gran cantidad de sangre, busque trauma peneano y uretral. Si está indicado, haga examen rectal e inspeccione el recto y la próstata en busca de traumatismos y signos de infección. Si resulta relevante, recolecte material del ano como evidencia forense según protocolo correspondiente.
- En cualquier caso que consulte por violación sexual antes de 72 horas, tome exámenes de laboratorio según protocolos forenses y clínicos requeridos; adicionalmente, si la víctima refiere molestias que indiquen posible infección de tracto urinario, tome una muestra de orina en busca de eritrocitos y leucocitos, y solicite un cultivo siempre que sea posible; haga una prueba de embarazo si está indicado; pueden resultar necesarios otros paraclínicos, tales como radiografías o ecografías, ante casos de fracturas y trauma abdominal por ejemplo.

Si la víctima que consulta lo hace después de MAS DE 72 horas desde la violación sexual:

- Recuerde que es raro que se encuentre cualquier hallazgo físico más allá de una semana después de un asalto sexual. Si la víctima se presenta dentro de la primera semana después de la violación sexual o si expresa molestias clínicas, efectúe un examen clínico completo, incluyendo un completo examen físico y mental como se ha descrito.
- En todos los casos, anote el tamaño y color de cualquier herida o cicatriz; anote cualquier evidencia de posibles complicaciones físicas debidas a la violación (fracturas, abscesos, pérdida de agudeza auditiva, etc.; explore signos de embarazo; anote el estado mental general del paciente (normal, deprimido, suicida, etc) junto con un examen mental detallado.
- En cuanto al examen genital, si el asalto sexual ocurrió hace más de 72 horas pero menos de una semana, anote cualquier lesión en proceso de curación en los genitales, y/o cicatrices. Si el asalto ocurrió hace más de una semana, y no hay contusiones ni laceraciones, ni tampoco hay quejas o síntomas (por ejemplo, secreción anal o vaginal, úlceras, etc.), hay poca indicación para un examen pélvico. Aun cuando uno no espere encontrar lesiones, la víctima puede sentir que ha resultado lesionada; una inspección cuidadosa, asegurando posteriormente a la víctima que no se han encontrado lesiones físicas puede proporcionar un gran alivio a la persona afectada y puede ser benéfico para su recuperación emocional; es muy posible que esa búsqueda de tranquilidad sea la única razón por la cual la víctima acudido a buscar cuidados médicos.

Independientemente del momento en que consulte una víctima de violencia sexual, se le deben proporcionar cuidados generales y especializados para su salud mental en el contexto de la atención de la urgencia.

En cuanto a las características de la valoración y manejo del estado mental de la víctima de violación sexual en contextos humanitarios, incluyendo la realización de valoraciones general y especializada, los primeros auxilios emocionales, la primera sesión de psicoterapia breve para manejo de crisis en servicio de urgencias por especialista en salud mental, y la remisión para tratamiento de continuación por salud mental, revisar el capítulo siguiente dedicado al cuidado de la salud mental ante la violencia sexual.

Para la prescripción de tratamientos, seguimiento de las víctimas de asalto sexual, y demás procesos y procedimientos a desplegar en torno a la atención de un caso por el sector salud, se seguirán los mismos lineamientos trazados de manera general en éste capítulo.

5.8. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Violación e IVE

La violación es la violencia con penetración vaginal, anal u oral, usando el pene, otras partes del cuerpo u objetos sustitutos. El artículo 212 del código penal Ley 599 de 2002 lo define como *“... se entenderá por acceso carnal la penetración del 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.”*

Es una violencia de género, es decir, intencional, para dañar, humillar y someter a las mujeres así que no existe edad ni condición específica que elimine el riesgo.

Para una gran proporción de mujeres, la violación es un suceso difícil de contar por sus connotaciones sociales y culturales, derivadas de los estereotipos e ignorancia sobre la misma, entre otras. Se calcula que solamente entre el 5 y 10% de las mujeres denuncian la violación. Algunas víctimas después de la agresión no piensan en el riesgo, hacen negación psicológica de su embarazo con consecuencias graves, como es evidente, o siguen presentando sangrados periódicos. La certeza del embarazo las desestabiliza a casi todas. Por esta razón, muchas acuden a los servicios de salud para solicitar una interrupción voluntaria del embarazo finalizando el primer trimestre de gestación o incluso más tarde.

El embarazo producto de violación, se constituye en una presión para hacer ésta evidente. Es un nuevo impacto para la víctima, origen de nuevas crisis, sobre las cuales existe poca sensibilidad y mucho desconocimiento en la sociedad. Razón por la cual no debe ser tratado con los mismos parámetros de otros embarazos. Implica para las víctimas dos hechos devastadores: asumir el embarazo producto de violación y tomar una decisión respecto del mismo.

Las víctimas de embarazo por violación, requieren de los servicios de salud ser tratadas de acuerdo con su fragilidad emocional, y *el embarazo valorado como embarazo de alto riesgo. Para el abordaje adecuado de estos casos es necesario que el personal de salud conozca los procesos y procedimientos técnicos, y cuente con la información adecuada, sensibilidad suficiente, y responsabilidad ética y social.*

RECUERDE: Las mujeres víctimas de violación que solicitan una IVE, merecen respeto, ayuda y comprensión. Para una mujer atreverse a contar que ha sido violada puede ser muy difícil: No dude de su relato, no lo cuestione: CRÉALE.

La IVE es una de las soluciones al problema que constituye el embarazo por violación, y una intervención que debe prevenir morbilidad materna y daños sociales. Su esquema de manejo debe ser integral y con perspectiva de género.



- Con el tiempo lo olvidará
- Después verá las cosas diferentes
- No es la única que ha pasado por esto

Recepción

De la forma en que se realice la admisión puede depender que la víctima abandone el servicio de salud sin esperar la ayuda que buscaba.

- El tiempo de espera debe ser *breve* inclusive para quienes llegan sin cita previa.
- Debe garantizarse que no haya interrogatorios que vayan más allá de los datos establecidos para identificación en recepción de acuerdo con el protocolo.
- Debe respetarse siempre la intimidad de la consultante.

Información inicial:

Cuando una mujer víctima de violación solicita una IVE, debe recibir información sobre el procedimiento a seguir por parte de un/a profesional teniendo en cuenta las siguientes condiciones:

- Se debe recibir a la mujer en un espacio confidencial
- El primer contacto requiere de una presencia cálida, solidaria; una escucha activa, atenta, sin prisas; una información breve y concreta.
- Se debe transmitir confianza y plena aceptación: reitérele el inmenso valor que ha tenido al decidirse a contar lo que ocurrió
- La mujer debe tener certeza que se le atenderá en esa u otra institución, que tiene derecho a tomar sus decisiones.
- Se deben explicar con claridad los pasos a seguir, como son consulta médica y psicológica, que deberán hacerse el mismo día.
- No es necesario interrogar a la víctima sobre los hechos.
- Es importante explorar si ha recibido ayuda y de qué tipo para definir si puede ser evaluada por el/la médico/a o si, es una mujer en crisis, es importante que, previo a la valoración médica, hable con un/a psicólogo/a.
- En caso de que requiera hablar con un/a psicólogo/a primero, una vez salga de esta consulta, se le debe acompañar a la mujer hasta el consultorio del médico/a que la va a atender. Así mismo, el médico debe saber que se trata de una mujer víctima de violación que desea una IVE, con el fin de evitar un nuevo cuestionamiento que pueda revictimizarla.

Consulta médica:

La consulta médica por violación requiere mayor tiempo que otros casos. Debe realizarse en consultorio con buena iluminación y suficiente privacidad, sin interrupciones telefónicas ni de otro tipo, con trato cordial y expresiones amables. Si ha recibido atención previa de psicólogo/a o trabajadora social en el mismo centro hospitalario, puede ofrecérsele que ésta la acompañe a la consulta médica.

El médico/a, en todo momento debe tener presente la fragilidad emocional de la víctima; sus intervenciones estarán basadas en el respeto y paciencia para *impedir que puedan constituirse en una nueva agresión*.

A continuación los pasos a seguir durante la consulta médica:

1. Es necesario que el/la Médico/a se presente con su nombre, saludando a la consultante por el suyo y mirándola a los ojos.
2. Preguntar en privado si desea que en la consulta esté presente la persona acompañante (si la tiene)¹⁷⁸ respetando sus deseos. No se debe permitir la presencia de personas extrañas, ni el ingreso de otras durante el examen.
3. Evitar hacerla contar nuevamente todo lo sucedido. Si ella decide hacerlo, en ningún caso se deben emitir juicios de valor ni expresiones que indiquen sospecha sobre la veracidad de la historia que narre la consultante.
4. Sí es importante preguntar cómo se siente en ese momento.
5. Indagar sobre enfermedades preexistentes, medicación que esté usando, anticonceptivos y otros antecedentes, de acuerdo con el historial médico que reporte.
6. Revisar los exámenes médicos que traiga la mujer (pruebas de embarazo u otros exámenes relativos a su estado de salud que deban tenerse en cuenta para el procedimiento de la IVE).
7. Sustener una conversación tranquila con la víctima mientras se indagan sus datos personales para la historia Clínica, o mientras atiende sus heridas.
8. Explicar el tipo de examen que se le realizará desde el comienzo, así como del uso del espéculo y del examen bimanual si es necesario.
9. Dependiendo de cómo se encuentre la mujer, se debe indicar como acomodarse en la mesa de examen (ginecológica).
10. Si la mujer acepta que se le realice un examen ginecológico, tenga especial cuidado al realizarlo. La evaluación médica en IVE por violación está orientada, adicionalmente a determinar, previa solicitud de la consultante, la edad gestacional, con el fin de recomendar la técnica para el procedimiento, prevenir las complicaciones y saber si debe derivarse a otro proveedor de salud.
 - a. El examen sirve para diagnosticar el tiempo de gestación.
 - b. Importante revisar con especial atención si hay flujos que puedan indicar vaginosis o vaginitis. De ser el caso, se prescribe la medicación respectiva; igualmente en el caso de ITS o signos de infección de algún tipo (sin embargo es prioritaria la atención de IVE por violación, por lo cual esto no debe convertirse en un obstáculo para acceder al servicio de manera ágil y oportuna).
11. Si la víctima no desea que le realicen un examen ginecológico, no debe ser obligada, ya que éste no es prerrequisito para acceder a una IVE
 - a. Si no tiene exámenes confirmatorios del embarazo y este no puede detectarse por examen físico: se puede recurrir al diagnóstico ecográfico (debe hacerse el mismo día de la consulta, para evitar dilaciones en el proceso).
 - b. Ante la negativa a un examen pélvico, que podría indicar el rechazo de la mujer a una desensibilización previa al procedimiento debe considerarse el uso de sedación para realizar la IVE.

¹⁷⁸ En ocasiones las víctimas de violación no quieren que otra persona, fuera de los profesionales de salud, escuche su relato pero tampoco se atreven a rechazar las/os acompañantes. Con niñas/os esta precaución es más imperativa.

12. A través de la consulta, se debe repetir en diferentes momentos, que la violencia cometida contra ella no es su culpa. “Usted **no es culpable** de lo que le sucedió “
13. De rutina, se deben solicitar los siguientes exámenes:
 - a. Serología
 - b. Títulos para VIH
 - c. Anticuerpos para Herpes Tipo II
 - d. Frotis vaginal (sólo si es necesario)
14. Al finalizar la consulta, se debe explicar el procedimiento de IVE y los pasos a seguir.

5.8.2. Orientación por profesional de la salud mental o las ciencias sociales:

La orientación a mujeres que solicitan IVE por violación debe realizarse por profesionales de la salud mental o ciencias sociales (psicólogos/as, trabajadores/as sociales y otros) con experticia en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos y entrenados/as en el manejo de violencias sexuales.

- El espacio para la consulta debe ser agradable y garantizar la confidencialidad.
- La persona que atienda la consulta debe contar con las siguientes características:
 - i. Congruencia
 - ii. Habilidad para escuchar
 - iii. Capacidad para concentrar la atención
 - iv. Reflejar preguntas que le ayuden a comprender mejor
 - v. Sintonzarse con el sentir de la víctima
- Las conversaciones deben ser privadas, sin presencia de familiares. En algún momento de la sesión pueden entrar otras personas significantes para la consultante si ella lo desea, pero siempre tendrá que hacerse una entrevista a solas.
- Con menores de edad no sólo es deseable involucrar a la madre o al padre, o un/a familiar cercano/a, de no ser este el posible violador, porque su manejo es decisivo para el tratamiento. De todas formas, antes de ellos o después, también debe tenerse un espacio solamente con las niñas/os.
- La persona que atiende a la mujer en este espacio debe dirigirse a la víctima por su nombre con amabilidad, sin permitir interrupciones externas en la consulta (teléfono, etc.) y manteniendo contacto visual con la víctima
- Se debe precisar si la mujer ha recibido asesoría psicológica, y de qué tipo, si acudió a un centro de salud cuando la violación, o con el conocimiento del embarazo, y qué recomendaciones recibió. Se debe brindar asesoría psicológica especializada pre y post proceso de IVE.
- La actitud debe ser de escucha activa: con atención, respetando el ritmo narrativo de la mujer, asegurándole que no es su culpa, sin juzgarla ni dudando de su relato, ni tratando de influir o forzar cambios que le impliquen sobreesfuerzos; no se debe ir más allá de lo que la mujer pueda manejar con facilidad.
- La mujer debe familiarizarse con posibles reacciones y manejo, valorando su estado emocional y los recursos internos para su recuperación.
- Se deben identificar riesgos actuales, red de apoyo y medidas de protección, explorando condiciones familiares y sociales de la víctima, ya que pueden constituir un soporte decisivo para su recuperación. También se deben detectar riesgos de revictimización cuando el agresor es cercano a su familia, a sus espacios (barrio, trabajo, estudio, etc) o cuando se trata de agentes de grupos armados.

- Es responsabilidad de los prestadores de servicios informar detalladamente a la mujer sobre sus derechos y respetar sus decisiones; en particular sobre su derecho a la IVE y el único requisito exigible, como lo es la denuncia ante autoridad competente.
- Se debe ayudar a la mujer a explorar las diferentes opciones que tiene y desearía frente al embarazo, respetando su decisión, sin tratar de influenciarla, ya que es la mujer quien mejor criterio tiene para definir lo que quiere hacer frente a la situación.

Manejo de niñas y adolescentes

Con niñas/os, las características específicas de cada caso determinarán la necesidad del examen médico minucioso, aunque un chequeo general siempre es necesario.

Respecto a los/as menores, es muy difícil que hablen sobre las violencias sexuales de que son víctimas, no sólo cuando les están sucediendo sino también en forma posterior. Abordar los hechos es muy complicado, más aún si la sexualidad no ha sido tema tratado en familia. Además es su palabra contra la de una persona adulta usualmente cercana, quizás proveedora y sostén de la familia. Alguien que de todas formas tiene más poder, recibe más consideración y es tenido en cuenta más que la niña.

Se les debe manifestar el respaldo y respeto por sus decisiones. Explicación apoyada con imágenes gráficas sobre el procedimiento médico para la IVE.

Brindarles elementos para que puedan manejar la situación con sus compañeras de colegio, amigas, y demás que conozcan del hecho, fortaleciéndolas y destacando su coraje.

Consentimiento informado

En relación con las mujeres menores y adolescentes, el consentimiento se rige por lo dispuesto en el Código de la Infancia y la Adolescencia de 2006, según el cual en su artículo 9 establece que en todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de éstos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona. Así mismo establece que en caso de conflicto entre dos o más disposiciones legales, administrativas o disciplinarias, se aplicará la norma más favorable al interés superior del niño, niña o adolescentes.

En las niñas menores de 14 años, todo embarazo se considera producto de violencia sexual según la ley 599 de 2000 en sus artículos 205 a 219 (Código Penal). Y aunque se recomienda que sus padres apoyen el consentimiento informado, según lo ha establecido el ICBF: *“Cualquier medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento de la menor de 14 años frente a la interrupción voluntaria del embarazo, se revela sin remedio no sólo como inconstitucional, sino como contraproducente para la efectividad de sus derechos fundamentales y para la defensa de su legítimo interés superior, por ser abiertamente contraria a la dignidad humana.”* (ICBF 2008)

Sentencia T-388/09 Al respecto se dice: “Está terminantemente prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras adicionales a las establecidas en la referida sentencia C- 355 para la práctica del aborto en los supuestos allí previstos. Entre las barreras inadmisibles se encuentran, entre otras: 1) Realizar juntas médicas, (...) ***Impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicha interrupción. Imponer requisitos adicionales,*** (...) Alegar objeción de conciencia colectiva (...) Suscribir pactos – individuales o conjuntos (...) Acogerse a formatos o plantillas (...) Descalificar conceptos médicos expedidos por psicólogos a quienes Ley 1090 de 2006 les reconoce el status de profesionales de la salud (...) Ser reticentes en cumplir a cabalidad con las reglas de referencia y contrarreferencia (...) No disponer

dentro de algunas redes públicas de prestadores del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal del servicio de interrupción voluntaria del embarazo.¹⁷⁹

Manejo si no hay denuncia.

Son muchas las razones que frenan o impiden a las víctimas presentar la denuncia de la violación, requisito para realizarles la IVE. Entre ellas:

- ✓ Temor a perder la vida por amenaza de los violadores
 - ✓ Riesgo de violencia contra otros miembros de la familia
 - ✓ Miedo a ser víctima de más violencia
 - ✓ Suponer que va a ser castigada/o por decirlo (niños/as)
 - ✓ Sentimiento de culpa (sin culpabilidad ninguna)
 - ✓ Vergüenza y sensación de humillación
 - ✓ Inseguridad personal
 - ✓ Dependencia familiar y económica del violador
 - ✓ Fragilidad emocional
 - ✓ Confusión de sentimientos y contradicciones
 - ✓ Ignorancia sobre el cuerpo y derechos sexuales y reproductivos
 - ✓ Miedo a que no le crean
 - ✓ Desconocimiento de dónde y a quién acudir
 - ✓ Desconfianza de que en los servicios de salud guarden su secreto
 - ✓ Suponer que se puede desintegrar la familia
 - ✓ Depresión y aislamiento
 - ✓ Alteraciones emocionales, apatía, indiferencia
 - ✓ Asumir que es la voluntad de Dios
 - ✓ Sentido mágico “por algo será” o una prueba de la vida
 - ✓ Falta de información
 - ✓ Ausencia de protección familiar, estatal
 - ✓ Justificación y protección al victimario
 - ✓ Miedo al rechazo
- Es necesario que el prestador entienda las razones que la mujer expone para no querer denunciar. Si presenta dudas (por ejemplo desconocimiento del proceso o lugar para denunciar), el prestador debe orientar acerca de cómo formular la denuncia, sus posibles consecuencias y efectos, así como los refuerzos de apoyo social necesarios, Así mismo, hacer los contactos directos y el seguimiento al proceso de interponer denuncia.
 - Si la mujer decide denunciar, se debe remitir para que lo haga preferiblemente el mismo día, y regresar; si la mujer no regresa con la denuncia, se debe establecer contacto telefónico para identificar posibles barreras.

- Debe valorarse la situación de la mujer para explorar el riesgo que el embarazo este representando para su salud, en cuyo caso podría atenderse como una IVE por causal salud¹⁸⁰.
- Si no es posible y la víctima de embarazo no está dispuesta a hacer la denuncia de la agresión ante autoridad competente y expresa su deseo de interrumpir su embarazo, debe recibir orientación para que reconozca los riesgos que existen de intentar un procedimiento por fuera de las condiciones y servicios establecidos en la sentencia C355.
- Si decide continuar el embarazo, se debe tratar como de alto riesgo, y remitirla a terapia psicológica (si ella así lo desea) por cuanto el manejo de las violencias y del manejo de la maternidad, o la adopción lo requieren.
- Si la mujer decide entregar en adopción, debe ser informada del proceso a seguir, incluidos los nombres y direcciones de centros de adopción del ICBF, y aprobados por esta entidad.

Remisión y articulación interinstitucional:

Si la mujer no puede ser atendida en la institución de la primera consulta debido a la necesidad de un nivel superior de atención dadas las condiciones médicas o la edad gestacional de la mujer y va a ser remitida a otra institución del sector salud, se debe verificar su afiliación al SGSS para determinar qué institución de salud de la ciudad o municipio es la encargada de atenderla. Es importante tener una lista de las entidades de salud y las personas de contacto (con sus datos) que atienden a la población de acuerdo a su sistema de afiliación (régimen contributivo, subsidiado, población pobre no asegurada).

- Se debe entregar copia de la siguiente documentación para que pueda llevarla al sitio donde será atendida. Esto facilitará su atención en el sitio al que será remitida.
 - ✓ Hoja con Relación de toda la documentación
 - ✓ Carta de médico/a que la atendió resumiendo el caso y estableciendo que la mujer se acoge a la Sentencia C-355 de 2006 y solicita una IVE por causal violación. (Debe ir dirigida a la persona de enlace o director médico de la entidad a la que se envía.)
 - ✓ Resumen de historia clínica
 - ✓ Fotocopia de la denuncia
 - ✓ Fotocopia de los exámenes realizados (en caso de tenerlos)
 - ✓ Fotocopia del documento de identidad (si lo tiene)
 - ✓ Fotocopia del carnet de EPS o EPS-S (si lo tiene)

IMPORTANTE: La persona encargada de acompañar a la mujer en el proceso intrainstitucional, debe hacer contacto con el/la profesional de enlace (psicóloga, trabajadora social) del sitio donde va a ser remitida, para impedir trámites innecesarios, cuestionamientos o revictimización de la usuaria.

- Es importante guardar una copia de toda la documentación en la historia clínica.
- La mujer debe saber que su solicitud debe ser resuelta en los 5 días posteriores a la petición.

¹⁸⁰ Es importante recordar que la Corte en la Sentencia C-355 de 2006, estableció que la causal salud se refiere a afectación a la salud por razones físicas, sociales o psicológicas.

- Se debe hacer seguimiento continuo hasta cerciorarse de que la mujer ha sido atendida.

Información, Autonomía y Consentimiento Informado:

Las mujeres víctimas de violencia sexual deben recibir información completa, clara, oportuna y veraz sobre sus derechos, los procedimientos, riesgos y efectos para su salud y su vida. Ofrecer esta información es condición irrenunciable para solicitar la firma del consentimiento informado que se constituye en la manifestación libre y voluntaria de la mujer que solicita y consiente someterse a la IVE. El principio ético fundamental que guía el proceso de consentimiento informado es el respeto por la autonomía de la persona, por lo cual no requiere autorización de terceros.

El prestador de servicios debe dar la oportunidad a toda mujer de leer y entender el contenido del documento de consentimiento informado, el cual debe firmarse antes del procedimiento una vez aclaradas todas las inquietudes, lo que implica una actitud receptiva de parte del prestador y posteriormente debe anexarse a la HC.

Procedimientos:

Para la Interrupción Voluntaria del Embarazo, según la Organización Mundial de la Salud en su guía **“Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud”** - Organización Mundial de la Salud - Ginebra 2003, existen los métodos que ilustra la siguiente tabla de acuerdo con la edad gestacional.

Vale la pena aclarar que según la misma guía, los métodos preferidos son la aspiración al vacío y los métodos farmacológicos que pueden ser atendidos en primer nivel de atención por médicos generales; la dilatación y curetaje no se considera método de elección.

Semanas completas desde fecha de última menstruación																										
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22								
Métodos preferidos																										
	Aspiración al vacío (manual / eléctrica)																									
									(por proveedores bien entrenados)																	
									Dilatación y evacuación																	
	Misoprostol o Mifepristone o gemeprost																									
							(en investigación)																			
										Mifepristone y dosis repetidas de misoprostol o gemeprost																
									Prostaglandinas vaginales (Dosis repetidas)																	
Otros métodos																										
	Dilatación y curetaje																									
									Soluciones hipertónicas																	
									Prostaglandinas intra / extra amnióticas																	

de los
a sus

- De especial interés y con mayor razón en el caso de mujeres víctimas de violencia sexual, es el manejo del dolor; es necesario tomar todas las medidas disponibles para evitar traumatismos adicionales a los ya vividos con la violencia sexual y el embarazo.
- Para la técnica de aspiración, el uso de analgésicos no narcóticos y bloqueo para-cervical son los recomendados de manera general, pero es posible que para algunas mujeres víctimas de violencia sexual para quienes el evento traumático esté muy presente, se pueda requerir algún grado de sedación consciente.
- La anestesia general no se recomienda debido a que aumenta los riesgos y hace más demorado todo el proceso de atención, excepto en aquellos casos en que la técnica utilizada sea dilatación y curetaje. Para el caso de técnicas farmacológicas, los analgésicos no narcóticos como anti inflamatorios no esteroides, son suficientes.

En el caso de menores de edad es conveniente utilizar sedación para el procedimiento de IVE.

Los pasos a seguir para el procedimiento de AMEU (Aspiración manual endouterina) son:

- Revisión de HC
- Analgesia pre procedimiento: Ibuprofeno 800 mg vía oral
- Administración de antibiótico profiláctico (doxiciclina 100 mg vía oral) u otra tetraciclina disponible. En caso de contraindicación se puede optar por la administración de metronidazol 1 gramo intrarrectal en dosis única antes del procedimiento
- Toma de signos vitales
- Examen ginecológico: determinación de edad gestacional y posición uterina
- Preparación del cérvix y fondos de saco vaginales con líquido antiséptico
- Técnica de “no tocar”
- Aplicación de tenáculo
- Aplicación de bloqueo para cervical: 200 mg de lidocaína
- Dilatación de cuello uterino
- Histerometría (a necesidad)
- Aspiración al vacío
- Retiro de instrumentos
- Revisión de tejido
- Empleo de oxitócicos (a necesidad)

Importante: durante todo el proceso de atención, es necesario ubicar a las mujeres en un sitio cómodo que garantice su confidencialidad. No evidenciar en voz alta a que vino la mujer, pues esto es revictimizarla. Si la atención es en un centro hospitalario que tiene pabellón de maternidad, no se deben ubicar a las mujeres en éste.

Recuerde: el manejo de los instrumentos debe ser especialmente cuidadoso y el apoyo emocional durante el procedimiento por una persona distinta del médico operador es indispensable.

Técnica farmacológica

- En el caso de técnica farmacológica con misoprostol solo (dado que en Colombia aun no está registrada la Mifepristona), hasta la novena semana de gestación, administrar 800 mcg vía sublingual cada 3 horas por tres dosis.
- Si se prefiere la vía vaginal, administrar 800 mcg cada 12 horas por tres dosis. En caso de ser necesario, la inmunoglobulina anti-D (Rhesuman) se aplica al iniciar el tratamiento con misoprostol.

Cadena de custodia:

La muestra del tejido obtenido durante el procedimiento por AMEU - o en aquellos casos en que solamente está disponible la técnica de dilatación y curetaje- puede ser una oportunidad única para avanzar en la identificación del victimario como parte del proceso penal iniciado por la denuncia de la violación sexual. El procedimiento para envío de la muestra embrionaria obtenida en el procedimiento a la fiscalía o unidad que recibió la denuncia, se describe a continuación:

- Verificar que en la denuncia exista número de Noticia Criminal o Único Caso, con el cual se identificará el proceso de cadena de custodia e investigación posterior. Este número consta de 21 dígitos y se encuentra en la parte inicial de la denuncia.
- En los casos en los que no haya número de Noticia Criminal, se debe establecer comunicación con la Unidad de Delitos Sexuales o con la oficina de Asignación Seccional con el fin de conocer la Fiscalía y el Fiscal que lleva el caso y solicitar el número de Único Caso.
- Comunicarse con la Fiscalía designada para informar el inicio de la Cadena de Custodia; la Fiscalía a cargo se debe comunicar con quien haya realizado la solicitud, para informar el nombre del Investigador delegado de Policía Judicial o CTI quien recogerá y transportará el material en custodia al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, continuando la cadena de custodia.
- Previo a la atención de la paciente se debe disponer de los elementos para la recolección de las muestras y tener copia de los formatos para el diligenciamiento por parte del médico que atenderá el procedimiento de IVE, del inicio de la Cadena de Custodia. Estos formatos son:
 - ✓ Registro de Cadena de Custodia FPJ8 (2 caras).
 - ✓ Rótulo de Elemento Materia de Prueba o Evidencia (FPJ7) cantidad 2 copias. Una para rotular frasco y otra para rotular caja.
- El médico tratante realiza la recolección del tejido o muestra embrionaria y procederá a envasarlo en frasco de vidrio sin añadir preservantes, identificándolo con el nombre de la paciente y el número de la Historia Clínica (documento de identidad).
- Para garantizar la preservación de la muestra se procede a *embalar*, sellando el frasco con cinta; se empaca en bolsa plástica que se cierra herméticamente y se coloca en caja de icopor la cual se sella con cinta.
- Se procede a rotular la caja con el formato FPJ7 previamente diligenciado (*Rótulo de Elemento Materia de Prueba o Evidencia Física*), *asegurándolo con cinta*, y se refrigera.
 - ✓ Código único de caso
 - ✓ Fecha y hora de recolección
 - ✓ Muestra (Número de hallazgo:1. Cantidad: no aplica. Unidad de medida: No aplica)

- ✓ Lugar de hallazgo del elemento materia de prueba (EMP) o evidencia física (EF).
- ✓ Descripción del elemento materia de prueba o evidencia física.
- ✓ Recolección del elemento materia de prueba o evidencia física (Nombres, apellidos, documento de identidad, firma y cargo del profesional. Nombre de la entidad de salud)
- Se inicia el registro de Cadena de Custodia diligenciando el formato FPJ8
 - ✓ Código único de caso
 - ✓ Número de Historia Clínica (Documento de Identidad)
 - ✓ Documentación del elemento materia de prueba o evidencia física (Nombres, apellidos, documento de identidad, firma y cargo del profesional que recolectó y embolsó el elemento materia de prueba. Nombre de la entidad de salud)
 - ✓ Tipo de embalaje: Bolsa plástica, frasco y caja.
 - ✓ Descripción del elemento materia de prueba o evidencia física.
 - ✓ Registro de continuidad de los elemento materia de prueba o evidencia física:
 - Fecha, hora militar
 - Nombre, apellido y documento de identidad de quien recibe el elemento materia de prueba o evidencia física.
 - Nombre de la Entidad de Salud.
 - Calidad en la que actúa: Custodio
 - Propósito del traspaso o traslado: almacenamiento
 - Observaciones al estado en que se recibe el embalaje o contenedor del elemento materia de prueba o evidencia física.
 - Espacio para ser diligenciado por el técnico en prueba de identificación preliminar (No se diligencia)
- Al ser entregada la Cadena de Custodia al investigador que actúa como custodio y responsable del transporte y entrega a Medicina Legal, se diligencia por su parte nuevamente el registro de continuidad de los elemento materia de prueba o evidencia física.
- Se toma fotocopia del formato de registro de Cadena de Custodia para ser anexado a la Historia Clínica.
- La evidencia física se entrega en refrigeración con hielo seco para asegurar la preservación del tejido.

Recuperación:

- Después del procedimiento por aspiración, y aunque el mismo es de carácter ambulatorio se recomienda un periodo de observación y recuperación para la mujer, de 30 a 40 minutos aproximadamente.
- Durante este periodo se deben controlar las condiciones hemodinámicas, el volumen de sangrado y el nivel de dolor, registrando los datos en la historia clínica, y se inicia la administración de antibióticos. (Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 5 días), analgésicos y cualquier otro medicamento indicado por el médico tratante.
- Si hay disponibilidad de aplicación de vacuna contra sarampión–rubéola y la mujer no se la ha aplicado, se debe proceder a su aplicación. En caso contrario debe remitirse. Igualmente sucede con la Aplicación de inmunoglobulina anti-D, lo que debe suceder dentro de las 72 horas siguientes al procedimiento, lo que es necesario si el factor Rh de la usuaria es negativo.

- Es importante preguntarle a la mujer como se está sintiendo. Si está en crisis emocional y necesita apoyo, buscar a la persona que pueda dárselo. Recordar que las víctimas de violación están en un estado especialmente vulnerable.

Control post procedimiento:

- Se recomienda citar a la mujer a una consulta post procedimiento en la que se realiza un examen físico completo para asegurar una evolución sin complicaciones.
- Este control debe hacerse de siete a quince días después de la intervención o de haber iniciado el misoprostol.
- En el caso de IVE con medicamentos, el examen físico debe confirmar que el medicamento fue efectivo para la terminación del embarazo y en caso de no haberlo sido, se debe decidir la aplicación de una dosis adicional de misoprostol o la necesidad de una aspiración al vacío.
- El control post procedimiento es una excelente oportunidad para revisar el estado emocional de la mujer después de su experiencia de violencia e identificar necesidad de apoyo emocional adicional, en cuyo caso debe referirse a las atenciones en salud mental.
- Durante el control también se deben incluir elementos de promoción y prevención y reforzar la información sobre cuidados en salud sexual y reproductiva; si la mujer tiene vida sexual activa y no está usando anticoncepción debe ofrecérsele asesoría anticonceptiva para que idealmente inicie la anticoncepción de manera inmediata o de lo contrario ser referida para este servicio; igualmente debe informarse sobre las medidas de detección precoz de cáncer ginecológico a través del auto-examen de seno y toma de citología cervico-vaginal.

Reporte de casos:

Con el fin de contar con información actualizada de los eventos de IVE en casos de violencia sexual (aunque también en las otras dos causales) cada caso se reportará individualmente en los registros individuales de atención RIPS, de la siguiente manera:

Código CIE 10	
• Z-64.0	• Problemas relacionados con el embarazo no deseado

Códigos CUPS, según sea el caso

Número	Código	Descripción
2521	695101	ASPIRACIÓN AL VACIO DE ÚTERO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO
2615	750201	DILATACIÓN Y LEGRADO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

Adicionalmente, por tratarse de un evento de interés en salud pública, la Interrupción Voluntaria del Embarazo deberá reportarse en formato de notificación expedido por el Ministerio de Protección Social, y la institución que atienda el caso, considerada Unidad

Primaria Generadora de Datos (UPGD) reportará semanalmente a las direcciones municipales de salud y a las empresas administradoras de planes de beneficios los casos atendidos.

Capítulo 6

El Cuidado Integral de la Salud Mental desde el Sector Salud ante la Violencia Sexual

6.1. El Cuidado de la Salud Mental desde el Sector Salud

¿Qué entendemos por Salud Mental?

El concepto de salud mental implica mucho más que la simple ausencia de enfermedad. Cuando hablamos del disfrute de la salud mental, hacemos referencia a un estado de bienestar integral de los individuos, que les permite no solamente velar por su propio desarrollo armónico, sino efectuar aportes concretos, constructivos y efectivos para el desarrollo de sus comunidades de pertenencia, en el marco de los principios de la justicia y la equidad social para todas y todos.

La salud mental integral solamente se logra cuando se asegura a las personas el disfrute de:

“Bienestar subjetivo, uso óptimo y desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional); logro de metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad ... que requieren las personas y los grupos para interactuar positivamente el uno con el otro”

Definición de Salud Mental, Health and Welfare, Canada, 1988

Para asegurar el pleno disfrute de salud mental integral a los individuos y las comunidades, el sector salud desempeña un papel fundamental a través del conjunto de acciones integrales propias de su quehacer, en complementariedad con las acciones de otros sectores, tales como salud, educación, justicia y bienestar social.

*Para facilitar el logro de salud mental integral, los trabajadores y trabajadoras de la salud deberán establecer y emplear **mecanismos de coordinación tanto intrasectoriales (entre niveles de complejidad distintos y complementarios) como intersectoriales**, de acuerdo a las **necesidades** singulares planteadas por cada caso en particular.*

¿Cómo se organiza el cuidado de la salud mental desde una perspectiva de Atención Primaria en Salud Mental Renovada?

La APS Renovada es la interpretación actual de los planteamientos sobre “Salud para Todos en el año 200” efectuados en 1977, y aquellos de APS promulgados en Alma Ata durante el año 1978, a la luz de las lecciones aprendidas luego de evaluar las dificultades y logros conseguidos desde entonces en el alcance de las metas trazadas a las puertas de los años 80, tras veinte años de implementación de la estrategia¹⁸¹.

Los planteamientos de APS –R se iniciaron con la Conferencia de Madrid celebrada en el año 2003; para el ámbito regional de América Latina y El Caribe, la OPS formuló el primer documento sobre el tema en el año 2005; finalmente, el documento de posición sobre la renovación de la Atención Primaria en Salud en el ámbito de Las Américas apareció en el año 2007. Todo éste proceso se desarrolló en estrecha relación con los desarrollos llevados a cabo por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS - OPS que funcionó entre los años 2005-2008, y con la publicación del Informe Mundial de OMS correspondiente al año 2008, bajo el lema “APS: más necesaria que nunca”¹⁸².

Tanto la APS en su versión de Alma Ata, como la APS – R, son comprendidas como una estrategia de acción integral emprendida desde el sector salud, que requiere la participación coordinada de recursos y tecnologías ubicados en distintos niveles de complejidad, desde las acciones de autocuidado y participación comunitaria en salud, hasta los servicios altamente especializados en psiquiatría y salud mental.

Un modelo de atención en salud mental basado en APS – R y con base comunitaria plantea una serie de requerimientos en términos del entrenamiento, la especificidad y la distribución de los distintos trabajadores sanitarios y agentes de participación comunitaria en salud, tal como es planteado por la OPS^{183,184}:

- Un volumen importante de profesionales de la salud entrenado en APS.

¹⁸¹ Ase, I; Buriyovich, J (2009) “La estrategia de Atención Primaria en Salud: ¿Progresividad o Regresividad en el Derecho a la Salud?. Salud Colectiva. Buenos Aires, 5 (1): 27 – 47.

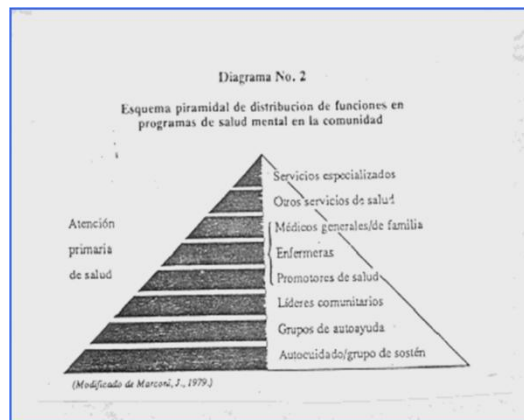
¹⁸² Apráez Ippólito, G (2010) “En busca de la atención primaria en salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda”. Univ. Odontol. Jul – Dic: 29 (63):29 – 36.

¹⁸³ Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008) “ Sistemas de salud basados en la atención primaria en salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas No. 1. Biblioteca OPS. Washington D.C. 46 p.

¹⁸⁴ Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008) “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en la Región de Las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Biblioteca OPS. Washington D.C. 48 p.

- Un conjunto de recursos humanos con perfiles planificados según las necesidades de la población.
- Un entrenamiento de los recursos humanos articulado con las necesidades de salud y la sostenibilidad del modelo.
- Un conjunto de políticas sobre la calidad del desempeño profesional en los distintos roles.
- Una caracterización de las capacidades del personal (perfil y competencias), de modo que el perfil de cada trabajadora o trabajador pueda ajustarse a una labor específica.
- Un proceso continuo de evaluación que permita adaptar las características de las y los profesionales a las necesidades de la población y los cambios en los escenarios sanitarios.
- La definición de personas que se desempeñan como trabajadoras de la salud implica incluir a quienes se desempeñan en tareas estadísticas, gerenciales y administrativas.

El diagrama siguiente indica cómo dentro de un modelo de salud mental basado en la comunidad, **la atención primaria en salud implica una coparticipación de responsabilidades y funciones entre trabajadores sanitarios ubicados en distintos niveles de atención frente a la resolución de las necesidades de cada persona víctima de violencia sexual en particular, sin que exista un orden jerárquico entre el vértice y la base**; existen diferencias en la composición de los equipos mínimos por niveles de complejidad, independientemente de ello, su integración es **funcional** en torno a la **resolución de casos** específicos¹⁸⁵:

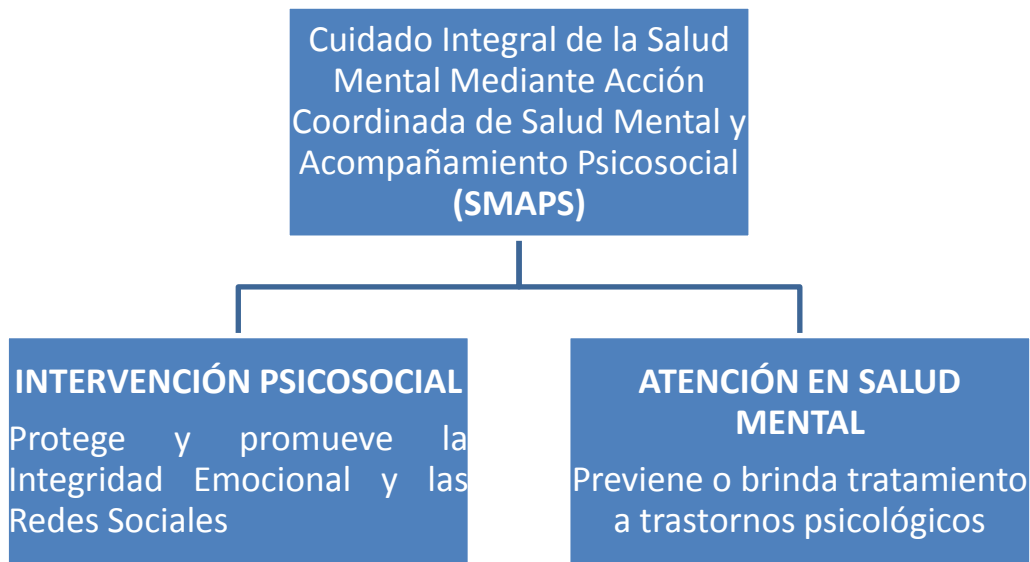


Fuente: Levav, I (1992)

¹⁸⁵ Levav, I (1992) Temas de Salud Mental en la Comunidad. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud No. 19. Organización Panamericana de la Salud. 344 p.

¿Qué tipo de acciones y de orientación esencial son requeridas para desarrollar un proceso de cuidado integral de la salud mental en personas y comunidades que sufren el impacto de la violencia sexual?

En el marco de la APS y de los modelos de salud mental basados en la comunidad, los tipos de acción que resultan como mínimo necesarias para que el sector salud desarrolle un proceso de cuidado integral de la salud mental dirigido a individuos y comunidades afectadas por violencia sexual se ubican en la intersección complementaria de dos grandes tradiciones para el cuidado de la salud mental: la intervención psicosocial y la atención en salud mental, mediante la acción conjunta de equipos coordinados¹⁸⁶.



Con base en una perspectiva mixta entre los enfoques de género, derechos y salud pública con énfasis en APS dirigida a impactar los principales determinantes sociales implicados en la violencia sexual, el cuidado integral de la salud mental en personas y colectividades mediante SMAPS debe estar orientado a transformar las estructuras inequitativas de poder intrínsecas a la sociedad en que habitamos, a través de las cuales se somete a un grupo de personas a condiciones de vulnerabilidad para ser las víctimas ostensibles de la violencia sexual por estar ubicados en posiciones sociales desprovistas de poder, mientras que otros sujetos se encuentran habitualmente ubicados en posiciones sociales desde las cuales se facilita su acción en calidad de

¹⁸⁶ Comité Permanente Entre Organismos – IASC - (2007) Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Ginebra. Inter-Agency Standing Committee. 111p. Para detalles sobre los lineamientos de SMAPS pueden consultarse los siguientes documentos en línea: <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/avre/2003/guiaatpsico/guiaatencionpsicosocial.pdf>; http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_spanish.pdf; <http://www.istss.org/TreatmentGuidelines/3337.htm>; <http://psp.drk.dk/graphics/2003referencecenter/Doc-man/Documents/9Educational%20services/DRCS.PSP.schoolbased.pdf>; <http://www.hhri.org/guidelines/>; <http://www.ifrc.org/what/health/psycholog/manual.asp>.

victimarios por ocupar posiciones sociales dotadas de poder hegemónico que facilita sus ejercicios violentos y abusivos sobre los más vulnerables; así como a proteger y restaurar la salud mental de quienes han sido víctimas.

¿Por qué todo el personal del sector salud debe conocer sobre el impacto de la violencia sexual sobre la salud mental de las personas?

Al explorar cuales son los procesos que mejor predicen la superación adecuada o inadecuada de una victimización sexual, se ha encontrado que dicho resultado terminal es el producto de un balance entre la percepción subjetiva que la víctima elabora con respecto al suceso traumático, la etapa del ciclo vital en que la persona agredida se encuentre, las estrategias de afrontamiento de que ésta disponga, y los procesos protectores sociales y familiares que se desplieguen a su alrededor¹⁸⁷.

Gráfico No. Condiciones mediadoras de una adecuada superación de la victimización sexual



Finkelhor, 2008

13

El tal contexto, el apoyo social que se despliegue a partir de la familia y los sistemas de ayuda, entre ellos los dispuestos por el sector salud resulta de vital importancia para una adecuada resolución psicológica del evento vital traumático. No obstante, siendo importante el apoyo social, institucional y familiar, no lo es tanto como la falta de apoyo que padezca una víctima de violencia sexual; las reacciones sociales negativas o la ausencia de apoyo son las que en mayor medida

¹⁸⁷ Sanmartín, J (Coord.) (2008) "Violencia contra niños" Ariel. Barcelona. 225 p.

aportan para consolidar el impacto negativo del delito, y generan unos efectos adversos consistentemente identificado en las víctimas¹⁸⁸.

Una adecuada actitud por parte de los trabajadores sanitarios protege la salud mental de la víctima y resulta central para determinar la adecuada resolución de la victimización sexual.

Para conseguirla, TODO el personal de las instituciones de salud y rutas de atención debe recibir periódicamente sesiones de sensibilización en el tema de la violencia sexual, así como capacitación sobre derechos de la víctima, rutas de atención, y primeros auxilios psicológicos acordes con su perfil profesional. Junto con el personal asistencial propiamente dicho, el personal administrativo, gerencial y de seguridad de los servicios implicados debe ser incluido.

6.2. Implicaciones de la Violencia Sexual para la Salud Mental de las Personas y las Comunidades

¿Cuáles son las implicaciones psicológicas y sociales de la violencia sexual para las víctimas?

Ante un evento de violencia sexual es habitual que cualquier persona experimente en una sucesión rápida en el tiempo una serie de reacciones emocionales normales frente un evento potencialmente traumático que por lo general amenaza de manera grave la seguridad e integridad personales:

- *Experimentación del evento violento como un evento vital crítico.*
- *Fase aguda de impacto.*
- *Fase de reorganización.*

Ante situaciones altamente anormales o inesperadas e intensas, es normal que las personas normales reaccionen de manera anormal, sin que esto implique la presencia de una psicopatología necesariamente.

¹⁸⁸ **Herrero, C; Garrido, E** (2002) Reacciones sociales hacia las víctimas de los delitos sexuales. En: Redondo, S (Coord.) Delincuencia sexual y sociedad. Ariel. Barcelona. Pág. 160 – 194.

- *Aparición o consolidación de psicopatología en las víctimas que no reciben atención integral, oportuna y con calidad en salud mental y física.*

Las interacciones entre psicopatología y victimización sexual son complejas, y de ninguna manera lineales del tipo causa – efecto. Entre las relaciones posibles entre ellas, vale la pena destacar las siguientes:

- Presencia de síntomas psicopatológicos que predisponen a una persona para ser victimizada sexualmente.
- Psicopatología previa al sometimiento a una victimización sexual que se ve agravada o resulta mantenida por ésta.
- Psicopatología que emerge como consecuencia directa de una victimización sexual especialmente traumatizante o indebidamente manejada por los servicios de salud y otras fuentes de respuesta social ante la víctima.

La problemática de violencia sexual es considerada, desde la perspectiva de salud como un “acontecimiento vital¹⁸⁹”. Esto supone que para aquellas personas que han tenido esta experiencia muchos eventos de su vida pueden llegar a estar asociados a las consecuencias emocionales de esa situación. Los casos de violencia sexual, en adultos como en menores de edad, son de gran complejidad, y tienen implicaciones desde el punto de vista de salud, protección e incluso legal.

Los acontecimientos vitales, son significativos para las personas en la medida en que se incorporan al escenario de sus propias vivencias. El acontecimiento vital no toma valor por sí mismo sino a través de la experiencia emocional de quien lo vive, y quien experimenta de manera diferencial su impacto y consecuencias. Los acontecimientos vitales se pueden considerar como antecedentes potenciales o causas de cambios o modificaciones estructurales y funcionales en la vida de los sujetos (Salvador Porcar, 2008).

¹⁸⁹ Una condición victimizante se considera un acontecimiento vital. Los sucesos o acontecimientos vitales son aquellos hechos que son relevantes en la vida de un individuo y transforman considerablemente el curso de su desarrollo. Durante todo el ciclo de vida y en las distintas etapas del desarrollo las personas afrontan experiencias que determinan el curso de su vida, así como la forma de relacionarse consigo mismo y con los demás.

¿Cuáles son las implicaciones psicológicas y sociales de la violencia sexual para los grupos sociales de pertenencia de las víctimas?

Las personas y sus grupos sociales de pertenencia son inseparables dentro del proceso de cuidado integral de salud mental ante la violencia sexual, debido al carácter ecológico – socialmente determinado, de los eventos violentos. La violencia sexual afecta la capacidad de confianza en los otros y deteriora las redes sociales de individuos y redes de pertenencia.

¿Por qué es necesario para las personas víctima de violencia sexual y sus comunidades de pertenencia contar con atención psicosocial y en salud mental?

La atención en salud mental y psicosocial ante personas víctimas de violencia sexual y sus comunidades es necesaria atendiendo a razones que sobrepasan la potencial presencia en ellas de trastornos mentales previos o resultantes de la agresión sufrida. Este tipo de atención se justifica:

- *Porque la experiencia injusta impuesta a quien fue agredido exige de la sociedad una reparación para la víctima ante el sufrimiento emocional sufrido, independientemente de la presencia o no de una psicopatología.*
- *Porque éste tipo de atención puede prevenir la agravación, aparición o consolidación de psicopatologías en las víctimas.*
- *Porque se puede interrumpir el ciclo de la violencia en la comunidad – sociedad, dadas las características ecológicas que rodean la emergencia de un acto violento*

6.3. Abordaje Psicosocial e Intervenciones Colectivas para personas víctimas de violencia sexual: características específicas.

El abordaje psicosocial y las intervenciones colectivas a cargo de equipos de de trabajadores de la salud o las ciencias sociales no especializados en salud mental, en conjunto con agentes comunitarios capacitado, puede incluir acciones grupales y primeros auxilios psicológicos individuales en terreno.

También son recomendables los talleres en derechos humanos, derechos humanos de las mujeres, derecho internacional humanitario, derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes, y derechos humanos de las personas LGBTI.

Los grupos de autoayuda son una herramienta central para efectuar éste tipo de abordaje en víctimas de violencia sexual. En el ámbito comunitario, igualmente resultan apropiados los procesos de recuperación de memoria histórica, los procesos de comunicación para el cambio social centrados en los determinantes sociales de la violencia sexual; así como las intervenciones no convencionales centradas en el arte, la música, el deporte, y otras acciones colectivas que promuevan la restauración de la confianza y el tejido social de apoyo.

¿Cuáles son las características de los primeros auxilios psicológicos generales para víctimas de violencia sexual brindados por el personal de abordaje psicosocial y otros trabajadores /as de la salud ubicados en ámbitos comunitarios?

En general, debe tomarse en cuenta lo siguiente en torno a los primeros auxilios psicológicos para una víctima de violencia sexual¹⁹⁰:

- Son muy diferentes a una entrevista psicológica, y no implica acciones de psicoterapia, aunque sirven para proteger de daños mayores a los sobrevivientes.
- Se debe proporcionar a los sobrevivientes oportunidad de que hablen sobre los hechos, pero sin presión.
- Se les ha de informar sobre su derecho de negarse a hablar sobre los hechos con los trabajadores de asistencia psicosocial o sanitarios, o con periodistas.
- Escuchar pacientemente, aceptando lo que se oye, pero sin emitir juicios.
- Transmitir una empatía auténtica.

¹⁹⁰ Lineamientos IASC ya citados anteriormente.

- Determinar cuáles son las necesidades prácticas básicas y velar porque se satisfagan.
- Preguntar a las personas qué les preocupa y tratar de abordar esas situaciones.
- Desalentar maneras negativas de hacer frente a la situación, especialmente el consumo de alcohol y psicoactivos.
- Alentar la participación en actividades cotidianas normales y aprovechamiento de medios positivos para hacer frente a la situación.
- Alentar, pero no obligar, a buscar compañía en uno o más familiares o amigos.
- Según corresponda, ofrecer a la persona la posibilidad de regresar para obtener más apoyo.
- Según corresponda, remitir a la persona a los servicios de apoyo disponibles localmente, y a profesionales clínicos.

En el caso de victimización sexual más frecuente en Colombia, constituido por mujeres, niñas, o adolescentes femeninas en general, pero particularmente cuando éstas han sido victimizadas sexualmente en el marco del conflicto armado interno colombiano, han de tenerse en cuenta adicionalmente las siguientes pautas durante el desarrollo de intervenciones psicosociales, tipo orientación individual o familiar, no necesariamente realizada por personal experto en acompañamiento psicosocial¹⁹¹:

PAUTAS PARA EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES DE MUJERES, ADOLESCENTES FEMENINAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO.	
PAUTA	POR QUÉ
Establezca relaciones de confianza, respeto y solidaridad con la víctima de violencia sexual para que pueda hablar.	Es importante para su recuperación brindarle condiciones que faciliten la verbalización y expresión de sentimientos, exteriorizar sus experiencias y a comprender lo sucedido, facilitar la ubicación de apoyos, aclarar dudas. Creer en su testimonio previene revictimización.

¹⁹¹ Corporación AVRE (2010) “Guía psicosocial para acompañar y apoyar a mujeres víctimas de violencia sexual en conflicto armado interno”. Corporación AVRE – PSC. Bogotá. 48 p. Disponible en: www.corporacionavre.org

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

Acondicione un espacio físico, cerrado o al aire libre, que promueva la confianza y la escucha adecuada e íntimas, y permita a la víctima hablar de lo sucedido.	Refuerza la posibilidad de recobrar la confianza; permite sensación de comodidad y protección; permite garantizar confidencialidad; permite que la persona se exprese sin interrupciones.
Evite tomar fotografías donde sea factible identificar las víctimas, o sin su consentimiento expreso.	Disminuye la posibilidad de recobrar la confianza, y la sensación de seguridad y protección.
Facilite la expresión de sentimientos en la víctima de violencia sexual.	Le permite sentirse comprendida, y puede incentivar en ella el autocuidado.
Garantice la confidencialidad a la víctima	Favorece condiciones para que la mujer avance en la elaboración de sus sentimientos de vergüenza y culpa; permite ganar confianza y seguridad para hablar de los hechos; puede facilitar la expresión de sentimientos y la narración espontánea de lo ocurrido.
Promueva el autocuidado en la víctima a partir del hecho violento	Permite que la víctima supere sentimientos de autorechazo, y contribuye a recuperar el sentido de su propia vida y de su valía; disminuye riesgos de desarrollar trastornos mentales cuando se reconcilia consigo misma; contribuye a la superación de sentimientos de culpa, minusvalía y autoagresión; favorece procesos de integración social, evitando la autoexclusión y la exclusión social.
Facilite a la persona el reconocimiento de los impactos, daños y recursos.	Facilita el proceso de interpretación que la víctima da a la agresión de la que fue objeto y posibilita acciones para el cambio; permite la identificación e intervención oportuna ante daños físicos y emocionales que requieren atención urgente; permite a quien la atiende dimensionar posibles daños físicos y emocionales causados por el hecho violento y realizar una canalización adecuada a servicios clínicos y/o jurídicos; identificar recursos contribuye a la superación de sentimientos de minusvalía y a que recupere el control sobre su vida; le ayuda a generar conciencia de que necesita apoyos especializados; la motiva a iniciar procesos de búsqueda de justicia; la alienta a explorar si hubo testigos del hecho para buscar el apoyo en esas personas.
Informe y asesore a la mujer víctima sobre las precauciones relacionadas con su salud física y emocional.	Permite que la mujer acceda a una atención de urgencias; previene el riesgo de daños físicos y emocionales; facilita la comprensión de lo que está pasando y la importancia de buscar ayuda.
Valore con ella riesgos para promover medidas	Permite prevenir nuevos hechos en contra de la mujer, y genera condiciones para adelantar la denuncia si ella así lo decide; fortalece el sentido de

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

de protección y autoprotección.	autocontrol en la mujer y de control de la situación; reduce sentimientos de minusvalía y de vulnerabilidad;
Promueva la conformación de grupos de autoayuda.	Facilita la elaboración de la situación por parte de la mujer al tener la oportunidad de aprender de las vivencias de otras mujeres; contribuye a superar los sentimientos de minusvalía en la mujer al tener la posibilidad de aportar y apoyar a otras mujeres que han vivido su misma situación; refuerza en las mujeres los sentimientos de solidaridad y de acogida. No insista ni obligue a las mujeres a que participen en un grupo si no es su deseo. No mezcle jovencitas o niñas, con mujeres adultas, procure similitud en las edades de las personas del grupo. No invite a mujeres a grupos de autoayuda sin información previa al grupo y/o a la mujer misma.
Adaptado a partir de Fuente: Corporación AVRE (2010) “Guía psicosocial para acompañar y apoyar a mujeres víctimas de violencia sexual en conflicto armado interno”. Corporación AVRE – PSC. Bogotá. 48 p. Para detalles adicionales ver la referencia web a pie de página.	

Desde una perspectiva de ciclo vital y género es importante también tener en cuenta a las niñas y los niños que resultan victimizados directamente en el marco del conflicto armado interno, o que son testigos de violencia sexual hacia otras personas en dicho contexto. Por ejemplo, es una situación frecuente en las guerras que mujeres madres o adolescentes femeninas sean sometidas a victimización sexual delante de sus hijas e hijos menores, o de otras niñas y niños vecinos. La exposición a éste tipo de victimización sexual pública de otras es a la vez una forma de victimización sexual hacia la infancia bastante específica de los conflictos armados. Las intervenciones psicosociales dirigidas a facilitar la superación de la experiencia traumática por parte de estas pequeñas víctimas y testigos ha de regirse por las siguientes pautas, independientemente de que sea efectuada por personal experto o no en atención psicosocial¹⁹²:

PAUTAS PARA EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES DIRIGIDAS A NIÑAS Y NIÑOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL DIRECTA O POR EXPOSICIÓN A SER TESTIGOS DE VIOLENCIA SEXUAL HACIA OTRAS, EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO	
Niños y niñas de 0 a 9 años o mayores, que han sido víctimas directas de violencia sexual en el marco del conflicto armado interno; y sus familias.	
PAUTA	POR QUÉ HACERLO
Apoye a niños y niñas cuando han sido víctimas directas, y a sus familiares, en el	Previene daños mayores en el futuro, y sienta el panorama de un desarrollo personal adecuado. Nunca pregunte al niño o niña sobre el hecho violento, ni muestre duda frente a lo que relata espontáneamente, más bien invítelo a participar en juegos y otras actividades que le permitan experimentar

¹⁹² Corporación AVRE (2010) “Guía psicosocial para acompañar y apoyar a mujeres víctimas de violencia sexual en conflicto armado interno”. Corporación AVRE – PSC. Bogotá. 48 p. Disponible en: www.corporacionavre.org

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

contexto de reuniones con la víctima y una persona adulta que le genere protección.	sensaciones de protección y le faciliten la expresión de emociones. Permite brindar a los adultos acompañantes información sobre las situaciones que les deben llevar a solicitar ayuda clínica.
Niños y niñas de 0 a 9 años o mayores, que han sido testigos de violencia sexual hacia personas adultas en el marco del conflicto armado interno; y a sus familias.	
PAUTA Apoye a niñas y niños cuando han presenciado hechos de violencia sexual hacia personas adultas (han sido testigos).	POR QUÉ HACERLO Previene en el niño sentimientos de culpa, vergüenza y miedos que pueden llegar a afectar su desarrollo personal; previene daños mayores y traumas. Permite brindar a los adultos acompañantes información sobre las situaciones que les deben llevar a solicitar ayuda clínica.

contexto de la atención inicial de urgencias a través de interconsulta médica especializada de urgencias elaborada por el médico general.

- Intervención en crisis propiamente dicha, a cargo de especialista en salud mental (Médico Psiquiatra o Psicólogo Clínico), a través de formato de psicoterapia breve, con realización de primera sesión dentro del contexto de la atención de urgencias, y planeación o no de sesiones siguientes acorde con las condiciones y posibilidades de la víctima, y las características del contexto terapéutico.
- Intervención terapéutica por equipo interdisciplinario de salud mental, una vez concluida la intervención en crisis por profesional especialista en salud mental (Médico Psiquiatra o Psicólogo Clínico), quien deberá efectuar la derivación correspondiente.

¿Cuáles son las características generales de la intervención terapéutica inicial no especializada en salud mental dispensada por el médico general a las víctimas de violencia sexual en el contexto de la atención de la urgencia médica?

En cuanto a la primera ayuda en salud mental brindada en el contexto de la atención médica general, que es la antesala no especializada para preparar las intervenciones especializadas en salud mental a impartir a toda víctima de violencia sexual, es mandatorio recordar que el trato que se dispensa a la víctima, las pautas de interacción y el apoyo emocional otorgado durante la entrevista médica, el examen físico y el abordaje médico general inicial son decisivos para apuntalar la capacidad de afrontamiento de la víctima de violencia sexual.

Cualquier persona puede llegar a ser víctima de alguna de las formas en las que se expresa la violencia sexual, y puede sufrir sus consecuencias físicas, emocionales y sociales. El evento mismo de violencia generará inestabilidad y situaciones de crisis en la víctima y su familia. Cuando estas buscan ayuda en las instituciones de salud indistintamente de su nivel de complejidad, el personal de salud tiene la responsabilidad de contener y estabilizar esta situación de .10(le9meds)11iatia. u

Este cambio repentino, producto de un evento desencadenador como la violencia sexual, origina crisis y con ella la necesidad de ajustes internos y el uso de mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del individuo, visible en desequilibrios que pueden tener como consecuencias iniciales estrés, ansiedad, aislamiento, retraimiento, sentimientos de culpa, vergüenza, emociones incontrollables como miedo, rabia, culpa, vergüenza, ansiedad, cambios del estado de ánimo, pesadillas, trastornos de sueño, trastornos alimenticios, ideación, planeación y/o intentos de suicidio. Así mismo y como consecuencias posteriores se pueden vivenciar una amplia gama de procesos emocionales y psicológicos que afectaran la calidad de vida, la salud mental, la forma de relacionarse con los otros, la autoimagen y autoestima del individuo, su readaptación al medio familiar y social, así como el desarrollo de algunos tipos de trastornos mentales.

A continuación se plantean algunas recomendaciones para brindar la primera ayuda en salud mental a una víctima de violencia sexual y a su familia.

Deben tenerse en cuenta los siguientes parámetros, incorporados al quehacer cotidiano de la consulta médica general de urgencias:

OBJETIVO GENERAL:

- Proporcionar apoyo al sobreviviente y su familia en el contexto de la práctica de los procedimientos médicos generales propios de la atención integral en salud de una víctima de violencia sexual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Facilitar la realización humanizada de los procedimientos médicos generales propios de la atención del médico general a la víctima de violencia sexual, sentando bases que promueven una posterior recuperación emocional satisfactoria.
- Reducir el peligro de muerte (homicidio o conducta suicida) mediante la detección y manejo de éstos riesgos, como parte de la elaboración de un examen clínico inicial que involucre de manera ordenada la valoración general tanto del estado físico como del estado mental de la víctima.
- Reducir y contener los aspectos emocionales y subjetivos para facilitar el enfrentamiento de la situación realizando un inventario de apoyos, incluyendo en estos los institucionales, familiares y sociales, así como de conductas adaptativas ante la victimización sufrida.
- Vincular a la persona en crisis con los recursos de ayuda inmediatos de tipo clínico especializado, y otros apoyos institucionales requeridos.

CARACTERISTICAS INTERPERSONALES REQUERIDAS EN LA MÉDICA O MÉDICO GENERAL QUE REALICE LA ATENCIÓN INICIAL DE LA URGENCIA MÉDICA POR VIOLENCIA SEXUAL:

Trato empático, éste se da cuando quien presta la atención intenta conectarse con lo narrado por la víctima, fomentando la sensación de comprensión y de un genuino deseo de brindar ayuda.

Confidencialidad. No obstante es importante aclarar que la confidencialidad se abre cuando el médico o el terapeuta se vuelve testigo dentro del proceso judicial y que en este caso si no es quien realiza la denuncia existen excepciones al deber de declarar.

Escucha activa y tranquila, evidenciada en el lenguaje verbal y no verbal.

Sensibilidad por el tema y evidente deseo de ayudar a resolver la situación, esto se manifiesta en la preocupación real del profesional por el bienestar de la persona, más allá de los procesos y procedimientos.

Evitar a toda costa emitir juicios o culpabilizar. En estas circunstancias las víctimas de violencia sexual y sus familias suelen desarrollar profundos sentimientos de culpa, en este sentido, emitir un juicio de valor en tal dirección podría dejar una huella permanente en la persona y su contexto.

Contexto de atención de la urgencia tranquilo y privado. Debe fomentar en la superviviente sensación de control y autonomía. Generar seguridad en la paciente.

Es importante diferenciar entre las intervenciones médico-terapéuticas (dirigidas al bienestar de la víctima, incluyendo acciones a favor de la salud física y mental de la persona) de las intervenciones médico-legales (como parte del proceso legal, o de verificación de unos determinados hechos). Si bien.

En la medida de lo posible, debe darse a elegir a la paciente el sexo del profesional de la salud que le atenderá. En todo caso, ante víctimas mujeres, niñas, niños o LGBTI con identidad femenina, es mandatoria la presencia tranquilizadora para la paciente de una enfermera acompañando a la médica o médico general durante el desarrollo de su labor.

1. **Preparación Previa.** El profesional de salud que dará la primera ayuda en salud mental a víctimas de violencia sexual debe prepararse antes de que los casos parezcan, debe conocer cuál es su mirada sobre esta problemática, cuáles son sus creencias y sentimientos y como puede dejarlas de lado para que no afecten el proceso de ayuda. Para esta tarea es indispensable el compromiso y la sensibilidad personal, así como el compromiso y respaldo de la institución en la generación constante de procesos de capacitación, actualización y sensibilización.

Es imprescindible conocer los derechos de las personas sobrevivientes y los procesos de la ruta de atención intersectorial por los que la persona y su familia deben dirigirse. Este profesional tendrá en sus manos la posibilidad de iniciar el apoyo para el bienestar de la víctima y su familia.

2. **Momento de verdad.** Muchas víctimas de violencia sexual no le cuentan a nadie sobre el incidente, así es que cuando la víctima revela lo ocurrido es muy importante desarrollar las acciones pertinentes para darle orientación y apoyo, pues puede ser un momento de verdad único en la vida de esa persona que recibirá la ayuda, y una oportunidad que puede no volver a repetirse.
3. **Apoyo inmediato y constante durante todo el proceso de conducción de la valoración médica general para las víctimas de violencia sexual .**

Promover la desculpabilización: En muchas familias y contextos puede existir una tendencia a culpar a la víctima por lo ocurrido, es la oportunidad de asegurarse esta comprende que bajo ninguna circunstancia ha sido culpable por lo que le ha ocurrido, que no merecía la violencia sexual y que ella misma no la ha ocasionado. El agresor siempre es el culpable.

Permitir y promover que la víctima y su familia / acompañante se expresen desde las emociones y no desde la racionalidad. La expresión de la emocionalidad libera sentimientos de culpa, ira, rabia y dolor que puede causar el evento (que siente, como se sienten, que quisieran); propiciar en esta primera ayuda intervenciones desde las razones, las causas y lo que pudo haber sido, propicia mayor sensación de culpa e imposibilidad de superar el evento.

No se debe presionar a hablar de los hechos ocurridos, si esto sale en la primera ayuda se escuchara activa y tranquilamente y se registrará textualmente lo referido por la víctima entre comillas en la historia clínica. Para esto se reitera la competencia del sector salud dentro de la cual no está esclarecer los hechos o verificarlos.

Se dará explicación sobre posibles síntomas que pueda tener la víctima: plantear a la víctima que su experiencia ha sido muy dura física y emocionalmente, y que puede llegar a tener síntomas físicos y emocionales consecuencia del trauma como estrés, ansiedad, aislamiento, retraimiento, sentimientos de culpa, vergüenza, emociones incontrolables como miedo, rabia, culpa, vergüenza, cambios del estado de ánimo, pesadillas y trastornos de sueño, trastornos alimenticios, estrés post-traumático. Esto le ayudara a la víctima y a su familia/acompañante a tener una mayor percepción de control frente a sí misma y le orientará sobre cuando buscar ayuda si estos síntomas se presentan.

Medir las consecuencias de sus indicaciones y orientar adecuada e informadamente a la víctima y a su familia. Si el profesional que está haciendo

la orientación no conoce toda la información de rutas y procedimientos, debe abstenerse de dar una orientación equivocada. Como soporte escuchara con tranquilidad y buscará ayuda en la persona referente institucional o de la red interinstitucional.

Apoyar la búsqueda de mecanismos individuales, familiares, sociales e institucionales para la protección de la víctima. En esta primera ayuda en salud mental debe valorarse el riesgo de reincidencia del evento y de la vida de la persona. Para ello se preguntará si tiene un lugar seguro para ir, si confía en alguien de su casa para que le acompañe y de acuerdo al estado emocional de la persona y su red de apoyo (familia, amigos u otras personas representativas y protectoras), se determinara el riesgo y de allí se activaran las acciones de protección.

En el caso que se requiera activar la protección¹⁹⁴ desde el sector salud, es desde la primera ayuda salud mental momento en el cual se gestionará la protección de la víctima.

- **Efectuar una completa valoración física y mental acorde con los requerimientos de la valoración inicial de urgencias por medicina general para una víctima de violencia sexual, atendiendo a los principios del trato humanizado, digno, y de la confidencialidad:** desde su formación básica profesional, el médico general ha de haber desarrollado la competencia técnica para efectuar valoraciones físicas y mentales, que deberá aplicar en éste caso a las necesidades específicas de atención integral en salud para la víctima de violencia sexual. Deberá explicar clara y tranquilamente las características y el sentido de las intervenciones que realizará, y proceder atendiendo al ritmo que le permita la paciente. En el caso de la valoración del estado mental, deben evaluarse y registrarse en la historia clínica médica general la impresión clínica inicial del médico-a sobre el estado emocional de la víctima (ansiosa, retraída, tranquila, etc), junto con los signos clínicos evidenciado en: porte, actitud, conciencia, orientación, pensamiento, afecto, sensopercepción, atención, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conducta motora, conducta alimentaria, conducta sexual, juicio de realidad, prospección, introspección, presencia o ausencia de riesgo suicida activo,

¹⁹⁴ Si la víctima es un niño, niña o adolescente se activara inmediatamente la red de protección con ICBF o Comisaría de Familia de acuerdo con la oferta institucional en su municipio. Si es necesario se procederá a hospitalización en la institución de salud mientras se coordina el proceso intersectorial. Si es mujer y mayor de 18 años y no cuenta con un lugar seguro para ir, la institución deberá ayudar junto con la EPS en la consecución de un espacio seguro al que pueda ir, si es el caso junto con sus hijos e hijas (ley 1257 de 2008). Para ampliar esta acción se sugiere revisar capítulo de protección.

presencia o ausencia de riesgo homicida activo, presencia o ausencia de riesgo activo de revictimización. A la vez, debe Identificar y registrar otros riesgos presentes su entorno social y familiar, presencia o ausencia seguridad para volver a su medio habitual o necesidad de hospitalizar o tomar medidas de protección para proteger la vida de la persona.

Cuando el médico general considere que no cuenta con las herramientas técnicas o con la experticia suficiente para efectuar la valoración completa del estado mental de la víctima, deberá registrar sus impresiones generales al respecto del estado emocional de la víctima, indicando expresamente a continuación que solicitará una consulta o interconsulta médica especializada en contexto de urgencias al médico psiquiatra más cercano, con el fin de aclarar el diagnóstico del estado mental de la víctima. Lo anterior, porque el riesgo de incrementar el deterioro en la salud mental de una víctima de violencia sexual con una valoración efectuada sin la suficiente pericia clínica no se justifica; en tal caso, el médico general deberá no obstante centrarse en los demás componentes ya descritos de la atención inicial no especializada en salud mental a su cargo.

No obstante **AL MÉDICO GENERAL SIEMPRE LE CORRESPONDERA LA DETECCIÓN Y ESTABILIZACIÓN PREVIA DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL QUE EXHIBAN RIESGO DE AUTO O HETEROAGRESIÓN, ASÍ COMO LA HOSPITALIZACIÓN O REMISIÓN PARA PROTECCIÓN EN CASOS DE RIESGO DE REVICTIMIZACIÓN O AUSENCIA DE MECANISMOS DE PROTECCIÓN EFECTIVOS PARA LA SEGURIDAD EN GENERAL DE LA VÍCTIMA** pues esto pertenece al campo de las competencias mínimas en la atención de urgencias médicas que el perfil profesional del médico general debe cumplir.

En cuanto a los riesgos de autoagresión y heteroagresión es importante tener en cuenta los factores de predisposición que son: a) ideación de autolesión o presencia de lesiones autoinducidas, b) ideación heteroagresiva estructurada, c) presencia de psicosis, d) capacidad de autocuidado deteriorada, e) insuficientes redes de apoyo social disponibles, f) síntomas depresivos y g) impulsividad manifiesta¹⁹⁵.

El médico general empleará medidas de tranquilización verbal, acompañamiento y sedación farmacológica, de acuerdo con los respectivos protocolos de urgencias médicas de la institución.

DEBE TENERSE CLARO QUE LA SEDACIÓN NO ES UNA MEDIDA QUE DEBA SER UTILIZADA DE MANERA GENERALIZADA ANTE CUALQUIER TIPO DE SINTOMA

¹⁹⁵ Protocolo para el abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud (2008). Convenio Secretaria Distrital de Salud y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)

ANSIOSO, DEPRESIVO O IRRITABILIDAD MANIFESTADA POR UNA VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL, SOLAMENTE ANTE CASOS DE RIESGO INMINENTE DE AUTO O HETEROAGRESIÓN. EN TODO CASO CON RIESGO SUICIDA O HETEROAGRESIVO DEBE ADEMÁS SOLICITARSE EVALUACION EN URGENCIAS POR EL PSIQUIATRA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ESPECÍFICO-2(ESP)5(ECÍ)-3(FI)-4(CO)<2

- Haloperidol, 5 mg VO cada hora. Mantener entre 5 – 10 mg/ día hasta valoración por el psiquiatra en urgencias.

Si dicho paciente no acepta la vía oral:

- Haloperidol 5-10 mg cada 30' hasta 30 mg. Mantener hasta 20 mg día día hasta valoración por el psiquiatra en urgencias.
- Largactil 25-50 mg I.M. Cada 30' hasta sedar. Mantener dicha dosis repartida en el día hasta valoración por el psiquiatra en urgencias.
- Tomar Tensión Arterial.

Si se encuentra alguna condición médica de base o asociada con los síntomas heteroagresivos o suicidas, relacionada o no con la agresión sexual sufrida:

- Haloperidol 5 - 10 mg I.M. Cada 1-3 horas, con tope máximo ya descrito.

En niños, niñas y adolescentes con riesgo activo de auto o heteroagresión, y una vez verificados y estabilizadas posibles condiciones médicas de base del modo ya indicado en casos de personas adultas proceder como sigue:

- Ante cuadros psicóticos con riesgo activo de auto o heteroagresión en población infantil, es recomendable el uso de Risperidona en solución 1 mg/ml, a dosis de 0.25 mg día en pacientes con peso < 50 kg y de 0.5 mg día si el peso es mayor de 50 kg.

Para niños, niñas y adolescentes también es posible la sedación con Clonazepam solución oral 2.5 mg/ml a dosis mínima durante cortos periodos de tiempo; máximo 4 semanas para evitar producir dependencia y minimizar reacciones adversas.

- **Oral:** Hasta los 10 años de edad o menos de 30 kg de peso corporal. Inicial, 0.01 a 0.03 mg/kg/día repartidos en dos o tres tomas. La dosis máxima no debe exceder de 0.05 mg/kg día. Aumentando gradualmente la dosis en incrementos de 0.25 a 0.5 mg/día cada tres a siete días hasta el control de la crisis o la aparición de las reacciones adversas.
- **Niños entre 10 y 16 años:** La dosis inicial es de 1.0-1.5 mg/día administrados en 2-3 dosis divididas, la dosis puede aumentarse en 0.25-0.5 mg cada tercer día hasta que se alcance la dosis individual necesaria (de 3-6 mg/día). Las gotas nunca deben administrarse directamente a la boca. Deberán mezclarse con agua, té o jugo de frutas.

Independientemente de la solicitud de la valoración de estado mental y manejo de riesgos anteriormente descrita, toda víctima de violencia sexual deberá recibir una interconsulta para sesión de psicoterapia breve de intervención en crisis en el marco de

su atención de urgencias, a cargo de médico psiquiatra o psicólogo clínico. Solo al médico psiquiatra en tal contexto corresponderá la definición de necesidad del inicio de un manejo psicofarmacológico especializado si la persona exhibe síntomas de psicopatología instaurada de tipo ansioso (tipo trastorno por estrés postraumático) o depresivo (tipo depresión mayor), entre otras posibilidades.

Generar proceso de referencia y contra referencia: es indispensable que la primera ayuda en salud mental finalice con la claridad del proceso a seguir desde el sector salud: atención médica general y especializada según el caso, así como psicoterapia breve para intervención en crisis a cargo de especialista en salud mental (médico psiquiatra y/o psicólogo clínico) a brindar dentro de la misma atención inicial de la urgencia. Esto puede realizarse por medio de los procedimientos de consulta de urgencias o interconsulta en contexto de urgencias al médico psiquiatra, o mediante solicitud de consultas de psicología en urgencias. Así mismo y de acuerdo al caso, incluir los procesos de referencia y contra referencia a niveles de mayor complejidad, y la remisión a otros sectores: justicia y protección.

Hacer seguimiento a los procesos de referencia y contra referencia: el médico general es la piedra angular que permite el acceso del paciente a los apoyos médicos y sociales especializados que requiera a través de procesos de referencia y contrareferencia, los cuales debe supervisar, al igual que la evolución clínica del paciente con ellos. En el contexto de la atención de urgencias es el responsable de solicitar las interconsultas o consultas médicas especializadas por psiquiatra / consultas de psicología mediante las cuales se realizarán la valoración especializada en salud mental en los casos en que el propio médico general no tenga suficiencia para realizarla, así como la intervención psicoterapéutica especializada en salud mental dispensada a todas las víctimas de violencia sexual en el contexto de la atención de la urgencia médica.

Posteriormente es también el médico general de consulta externa quien debe estar a cargo de supervisar que se cumplan los controles médicos a realizar en toda víctima de violencia sexual a las 2 semanas, 6 semanas, 12 semanas, 24 semanas y 9 meses.

Debe recordarse que es mandatorio brindar atención especializada en salud mental por profesionales médico psiquiatra Y psicólogo clínico (además de lo concerniente al acompañamiento psicosocial especializado en violencia) en casos de mujeres adultas o mayores, adolescentes femeninas, y niñas afectada por VS en el marco del conflicto armado interno, incluyendo a quienes están en situación desplazamiento forzado y a las que han sufrido otras formas de victimización por el conflicto armado interno nacional, así como para sus familiares, de acuerdo con lo establecido por la Sentencia de la Corte Constitucional T – 045 de 2010.

¿Cuáles son las características generales de la intervención psicoterapéutica especializada en salud mental dispensada a las víctimas de violencia sexual en el contexto de la atención de la urgencia médica?

La oportunidad de generar un proceso de psicoterapia inmediato a la ocurrencia del evento de violencia sexual o de su identificación, protege de la aparición de psicopatología y ante la reincidencia de la violencia sexual, activa mecanismos para resignificar y afrontar el evento, promueve la participación de la familia en la superación del evento y garantiza que haya un acompañamiento profesional en la restitución de derechos. Es importante comprender que cada víctima de acuerdo a sus recursos personales, familiares e institucionales, así como a las características de la situación vivida de violencia sexual requiere procesos psicoterapéuticos distintos.

El proceso de atención psicoterapéutico en el marco de la atención integral debe promover la integración de redes de servicios de salud ubicados en distintos niveles de atención, así como interdisciplinariedad siempre que sea requerida (psicología, trabajo social, psiquiatría), garantizada así mismo con diversas modalidades de abordaje: sesiones individuales, familiares, grupales, domiciliarias y de seguimiento. Estas acciones aportan al restablecimiento de derechos posibilitando la recuperación emocional para el afrontamiento de la situación e integran a la víctima de violencia sexual y su familia dentro de la red de instituciones y servicios de la comunidad con el fin de garantizar sostenibilidad del proceso de recuperación a corto, mediano y largo plazo.

El siguiente cuadro resume las características que debe tener la primera consulta de psicoterapia breve para intervención en crisis a cargo del especialista en salud mental. Cuando se decida continuar en un formato multi – sesiones de psicoterapia breve, deberá planearse dentro de éstos lineamientos el desarrollo de distintas fases habitualmente incluidas en el formato habitual de las psicoterapias breves centradas en solución de problemas, con las adaptaciones debidas a las necesidades singulares del paciente y al estilo terapéutico del profesional especializado a cargo de la intervención.

CARACTERÍSTICAS DE LA PRIMERA CONSULTA DE PSICOTERAPIA BREVE POR ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL (MÉDICO PSIQUIATRA O PSICÓLOGO CLÍNICO) PARA LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL	
	<i>La psicoterapia breve puede ser desarrollada en un formato de entre 1 y 10 sesiones, atendiendo a las necesidades de cada víctima y las posibilidades del contexto. Cuando se emplee un formato multis Sesiones, se recomienda iniciar con una a la semana e ir espaciando hasta máximo una al mes.</i>

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

	Para Facilitar al otro retome una percepción de control sobre sí mismo y sobre sus circunstancias, permitiéndole hacer elecciones en torno a la entrevista: Ej. Ofrecer un vaso de agua, permitir que se elija el sitio en que quiere sentarse, indicar que en cualquier momento puede suspenderse la entrevista si así lo desea, efectuar preguntas del tipo <i>¿Quiere que hablemos o le parece que ahora no es el momento?</i>. Justificar la necesidad de las preguntas, a través de indicaciones como: <i>Cuénteme todo lo que crea que yo debería saber. No tiene necesidad de compartir todo lo ocurrido. Tal vez haya cosas que le parezca que en este momento debe guardar.</i> Indicar respeto al ritmo impuesto a la entrevista por la víctima: mediante frases como: <i>En cualquier momento puede interrumpir la entrevista y nos tomamos un descanso hasta que se sienta mejor.</i> Ofrecer opciones, a través de intervenciones tales como: <i>Tal vez haya algunos temas que prefiera escribirlos o dibujarlos o sacarlos de otra manera que no sea necesariamente contárselos a alguien.</i> Para facilitar la expresión de emociones, significados y sentidos propios otorgados a lo ocurrido: Mostrar una actitud de comprensión con el cuerpo y utilizando expresiones como “puedo ver que...”, “por lo que dices, parece que te sientes...”, pero evitando “lo comprendo”. Dar signos de atención (afirmar con la cabeza, con la mirada, alguna anotación, alguna expresión verbal), que animen a la persona a sentirse cómoda hablando. Observar la comunicación no verbal y considerar lo que está sintiendo la persona tanto por lo que dice como por lo que no dice. Preguntar por sus necesidades, preocupaciones, ansiedades y dificultades. Formular las preguntas de manera abierta, que faciliten la comunicación, por ejemplo <i>“¿cómo ves la situación?”</i> Parafrasear los puntos principales para confirmar que se ha entendido bien y para darle la oportunidad para corregirnos y, a la vez, profundizar en lo que está diciendo: <i>“¿estás diciendo que no puedes soportar tanta tensión?”</i>. Aceptar tranquilamente el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona el tiempo que sea necesario sin perder la calma o llenar el silencio con cualquier comentario. Tener una actitud corporal que facilite la comunicación con el cuerpo orientado hacia la persona (sin brazos o piernas cruzadas), hacia delante y acercándose al otro, aunque Tener contacto visual como signo de aceptación y de escucha; en ciertos momentos, no evitar el contacto físico con las manos (en el hombro o tomando las manos del otro), aunque con prudencia, ya que prematuro o a destiempo puede ser vivido como una invasión del espacio personal, y tomando en cuenta lo que socialmente se considera aceptable en el lugar (por ejemplo, en la mayor parte de los contextos colombianos suele ser comúnmente aceptado éste tipo de contacto entre dos mujeres, o desde una mujer hacia una niña o niño, que desde un hombre hacia otro). Poner el foco de atención en cómo se siente y se comporta la persona respecto a lo ocurrido más que en lo ocurrido: por ejemplo, en sus emociones y percepciones en torno a los hechos (humillación, fortaleza, culpa, rabia, tristeza, etc) y detectar cuales de estas emociones pudieran ser problemáticas en el futuro (por ejemplo, autoacusación o vergüenza severas), trabajando conjuntamente posibilidades alternativas de entender los hechos; para dar apoyo emocional a víctimas de violencia no se necesita saber la “verdad” ni conocer detalles de lo ocurrido. Para resignificar los sentidos y significados otorgado por la víctima a lo ocurrido, de modo que la adaptación y solución de problemas resulte más fácil: ayudar a construir un marco comprensivo que ubique la agresión sexual en un contexto relacional enmarcado por estructuras de poder hegemónicas que pusieron en desbalance de poder a la víctima con relación al victimario, promoviendo la victimización sexual. Emplear técnicas de connotación positiva que sean sensibles a la condición de víctima de la consultante. Emplear técnicas de ubicación en un futuro en el cual ya se hayan superado los efectos de la victimización. Resignificar los signos y síntomas mentales encontrados, así como los tratamientos psicofarmacológicos cuando sean requeridos, como una parte mas de las estrategias de afrontamiento desplegadas, en el marco de otras incluso desarrolladas por la misma víctima y su grupo de apoyo primario.
	Decir “le entiendo perfectamente” o “imagino por lo que está pasado”, porque aparte de inadecuado es falso. Pensar por adelantado lo que va a decir en la intervención, o aplicar rígidamente programaciones preestablecidas independientemente de las necesidades percibidas en la víctima en el contexto de la sesión. Ignorar, restar importancia o negar los sentimientos de la otra persona. Fingir que se ha comprendido, cuando no es así . Cambiar del tema que resulta importante para la persona por incomodidad personal. Aconsejar con frases como “creo que deberías...”, “¿cómo es que no...?”. Intentar tranquilizar forzosamente, tratar de animar, consolar o quitarle importancia al asunto con frases como: “anítese ¡no es para tanto!”. Juzgar o criticar lo que la persona hizo durante la agresión o después de ella. Instruir con frases como “esto puede ser una experiencia interesante si...”. Hostigar con preguntas sobre detalles de la experiencia o corregir, con frases como: “¿cuándo empezó todo?”, “no, esto no fue así.
	• •

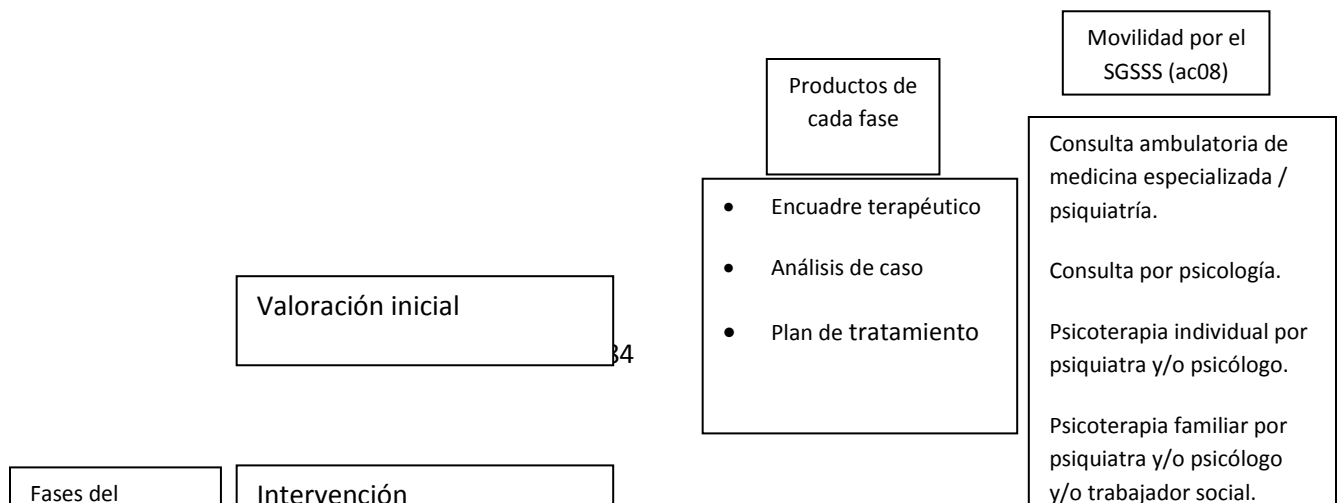
	•
Construido a partir de las Sigüientes Fuentes:	

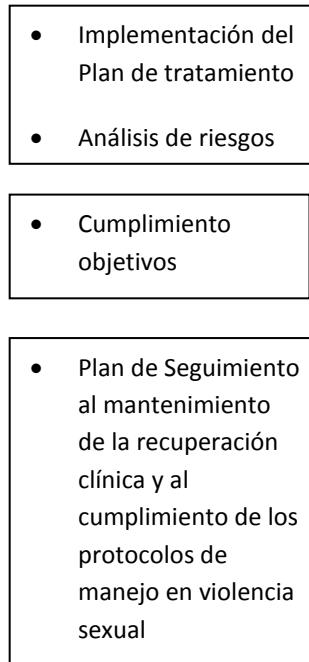
¿Cuáles son las características esenciales de la intervención terapéutica por equipo interdisciplinario de salud mental para víctimas de violencia sexual?

Elementos para realizar intervención psicoterapéutica especializada por equipo interdisciplinario en salud mental para víctimas de violencia sexual

- Resignificar sentimientos de frustración (por no haber impedido la ocurrencia de la violencia sexual).
- Promover la desculpabilización de la víctima de violencia sexual y su familia.
- Disminuir la ansiedad.
- Propiciar el afrontamiento y resolución.
- Fortalecer la adherencia y continuidad de los tratamientos médicos en pro de la salud y calidad de vida de las víctimas de violencia sexual establecido de acuerdo a cada caso.
- Mejorar la autoestima de la víctima de violencia sexual a partir de la recuperación de la sensación de control del propio cuerpo y de la autonomía.
- Promover el fortalecimiento de factores protectores y fortalecer las redes de apoyo.

Estructura de la intervención psicoterapéutica por equipo interdisciplinario





De acuerdo con las características de cada caso, el enfoque terapéutico del equipo, así como el estilo terapéutico de cada uno de las y los profesionales involucrados, se diseñaran las estrategias y técnicas específicas de intervención, en el marco de las características generales ya anteriormente citado. Del mismo modo variará la duración y número de sesiones requeridas para adelantar cada fase.

Equipo humano mínimo necesario para brindar una atención integral en salud mental para víctimas de violencia sexual en ámbitos ambulatorios u hospitalarios:

- Profesional de la medicina con especialidad médica en psiquiatría y entrenamiento específico en el manejo de las víctimas de violencia sexual.
- Profesional de la psicología con especialización o maestría clínica y entrenamiento específico en el manejo de las víctimas de violencia sexual.
- Profesional del trabajo social con experticia o formación en salud mental.
- Profesional de la enfermería con experticia y formación en salud mental.
- Aunque no es miembro permanente del equipo interdisciplinario de salud mental, el médico general de APS encargado del seguimiento de las víctimas de

violencia sexual referidas para atención especializada por equipo interdisciplinario en salud mental debe estar en contacto permanente con la enfermera profesional del equipo, pues es responsable del seguimiento a la evolución clínica del caso, así como a los procesos de referencia y contrareferencia.

Adicionalmente, y según el nivel de complejidad del sistema de salud en que éste equipo se encuentre¹⁹⁶, se podrá contar con otros profesionales que pueden desempeñar tareas centrales dentro del proceso de atención terapéutica por equipo interdisciplinario en salud mental, en el marco de su propio perfil profesional, tales como:

- Profesionales de la terapia ocupacional.
- Profesionales de la terapia física.
- Profesionales de la terapia del lenguaje.
- Profesionales de la pedagogía.
- Profesionales de la terapia psicosocial.
- Profesionales expertos en arte - terapia, musicoterapia y biodanza.
- Profesionales de la medicina con especialidades médicas o maestrías clínicas en la pediatría, la gineco – obstetricia, la medicina alternativa y la toxicología.
- Profesionales de la nutrición y dietética.
- Profesionales de las ciencias sociales y políticas con experiencia y formación específica en temas de poder, género, cultura, y victimización sexual, tales como: profesionales en ciencias políticas, profesionales en sociología, profesionales en antropología.

¹⁹⁶ En Colombia hay divergencias entre divisiones territoriales internas en cuanto al nivel o niveles de atención en los cuales se encuentran ubicados equipos interdisciplinarios de salud mental y en relación con los profesionales, técnicos de apoyo y agentes comunitarios en salud mental que los integran. Existen equipos interdisciplinarios de salud mental con distintas composiciones ubicados en instituciones sanitarias del primero, segundo y tercer nivel de complejidad. Inclusive, se encuentran unidades de salud mental altamente especializadas pertenecientes a hospitales de primer nivel de atención, e instituciones de segundo o tercer nivel con ninguno o muy pocos profesionales de la salud mental.

- En aquellos contextos en que predominan pacientes pertenecientes a etnias indígenas y afro descendientes, también ha de otorgarse un papel específico a los cuidadores tradicionales de la salud en el marco de los procesos de atención terapéutica interdisciplinaria diseñados por el equipo de salud mental.

A las personas pertenecientes a todos esos perfiles profesionales complementarios se les debe pedir formación específica para la atención integral de víctimas de violencia sexual como condición indispensable para hacer parte del equipo terapéutico interdisciplinario. En el marco de la flexibilidad requerida ante cada caso, y ante las particularidades de cada equipo terapéutico, a continuación se presentan una serie de indicaciones generales sobre las características que se esperan de las intervenciones interdisciplinarias brindadas a las víctimas de violencia sexual por un equipo de salud mental, atendiendo a la diversidad impuesta por el enfoque diferencial requerido para el abordaje de algunos de los grupos humanos más afectados en Colombia por violencia sexual.

Debe notarse que en muchos casos una misma víctima está expuesta a más de una condición de las contempladas por el enfoque diferencial explicitado al principio de éste documento. La flexibilidad y habilidad del equipo clínico deberá integrar aspectos terapéuticos para cubrir esas diversas necesidades manifiestas, en virtud de las características de cada persona y las singularidades de cada caso de victimización sexual.

Sin embargo, describir el tipo de intervención terapéutica a ser brindada a cada una de esas poblaciones especiales sobrepasa los límites de este texto, por lo tanto es importante remitir a las personas y organizaciones responsables e interesadas a la literatura disponible, en el marco de la identificación de unos derroteros comunes que guíen las intervenciones, tal como se expone a continuación.

Necesidades especiales del/la niña, niño o adolescente que ha sido víctima de violencia sexual, rol de la familia y del sector salud en perspectiva de ciclo vital en la intervención por equipo interdisciplinario en salud mental.

Es importante promover que la familia se convierta en un elemento protector y fundamental para la recuperación de la víctima niña, niño o adolescente. Para lograrlo, el sector salud podrá orientar a los familiares, cuidadores o personas que puedan hacer acompañamiento y protección en actitudes y comportamientos deseables que favorecerán la experiencia de la víctima y un manejo de su recuperación.

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

QUE NECESITA LA VICTIMA	LO QUE SE DEBE FOMENTAR EN LA FAMILIA	RECOMENDACIONES
Contar con un medio protector que disminuya su vulnerabilidad y riesgo a nuevas situaciones de violencia.	Que la familia logre entender las circunstancias difíciles que afronta la víctima, que logre sobreponerse a la situación de crisis y que genere acciones de protección, comportamientos de apoyo y desculpabilización. Que el niño, niña o adolescente permanezca escolarizada-o y disfrute de experiencias gratificantes en el contexto escolar.	Preguntar al la sobreviviente sobre su red de soporte social e identificar quienes pueden ejercer un rol de protección y compañía en el proceso de atención institucional e interinstitucional. Fomentar desde las competencias del sector salud y desde las habilidades y saberes propios del equipo interdisciplinario de salud mental, la inserción y permanencia escolar, y la adecuada adaptación a éste medio.
Sentir que la revelación que ha hecho es creída, que no se le está manipulando, que no ha perdido valor por lo que le ha ocurrido y que le siguen queriendo.	Que la familia crea lo que la víctima ha planteado, y que le ayude a entender que no es culpable de la situación. Demostrar que le creen sin cuestionarlo, escuchándole activamente, expresándole directamente que le quieren y que eso no va a cambiar por lo que ha ocurrido.	Registrar en la HC entre comillas, todo lo que el/ la sobreviviente dice sin cuestionarlo, sin profundizar en hechos o eventos. Orientar a la familia sobre la necesidad de creerle a la víctima y realizar demostraciones de afecto y comprensión. Orientar a la familia sobre la necesidad de no presionar a la /el sobreviviente de violencia sexual. Hacerle entender el proceso difícil por el que éste está pasando y la necesidad de apoyarle y ayudarlo a recuperar. Principalmente en los casos en que la violencia sexual se manifiesta como abuso sexual intrafamiliar y cuando el agresor es cercano a la familia, es frecuente que inicialmente la familia pase por procesos de negación e incredulidad. Es muy importante que el profesional de salud anticipe esta situación y que categóricamente ponga de manifiesto que al sobreviviente hay que creerle y que no es el responsable de la situación violencia.
Saber que el abuso no fue su culpa	Promover que la familia diga explícitamente que ellos saben que no ha sido culpa suya. Que la culpa siempre es del agresor.	Explicarle a la familia que el/la sobreviviente no ha tenido la culpa. Nada de lo que hizo justificaba la violencia sexual. La culpa siempre es del agresor
Ser tranquilizado/a por un adulto	La familia debe tratar de mostrar tranquilidad hacia el niño o la niña. Es importante que se le tranquilice a través de palabras positivas, expresiones que planteen que todo va a mejorar de ahí hacia delante y que las cosas van a estar bien. Que el sobreviviente no está solo y que cuenta con ellos.	El profesional de la salud debe tener una actitud tranquila, empática y respetuosa. Es importante que se tranquilice al sobreviviente a través de palabras positivas, expresiones que planteen que todo va a mejorar de ahí hacia delante y que las cosas van a estar bien. Y que se le va a ayudar. En la situación de post-revelación los miembros de la familia pueden entrar en una situación de crisis. Más aun si la situación de violencia ha ocurrido al interior de la familia, o si se tiene cercanía con el agresor. En muchas oportunidades es indispensable que la familia reciba el acompañamiento en salud mental, ya sea desde una orientación inicial, la primera ayuda en salud mental , un proceso de intervención breve, un grupo de apoyo a la psicoterapia individual o grupal. Ver cuadro de necesidades de la familia Brindar información sobre los mecanismos de ayuda que puede buscar o recibir la familia

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

QUE NECESITA LA VICTIMA	LO QUE SE DEBE FOMENTAR EN LA FAMILIA	RECOMENDACIONES
Sentir que hizo bien al contar	Expresarle abiertamente que hizo muy bien en contar lo ocurrido, que va a tener ayuda y que no debe tener miedo por si mismo o sus seres queridos.	Orientar sobre la necesidad de no presionar al sobreviviente para que hable de lo ocurrido. Explicarle que no debe regañarlo ni manipularlo, que no debe inducir con preguntas a que el niño cuente lo ocurrido.
Sentirse protegido/-a	El/la sobreviviente debe sentir que la situación de violencia sexual no va a repetirse.	La institución de salud debe garantizar que establecerá los procesos de atención, acompañamiento y referenciación institucional e interinstitucional para que se garantice la protección del o la sobreviviente El personal de salud debe movilizar la red protectora familiar. Debe identificar posibles riesgos y el plan de protección. Además de activar las rutas institucionales justicia y protección. Ayudarle a establecer mecanismos o estrategias con los que la víctima pueda ayudar a evitar un nuevo hecho de violencia sexual. UN CASO QUE HA SIDO DETECTADOY/O ATENDIDO POR LA INSTITUCION NO DEBE VOLVER A REPETIRSE. SI ESTO OCURRE HABRIA QUE REVISAR SI EL PROCESO DE ATENCION, ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR E INSTITUCIONAL SE REALIZO ADECUADAMENTE.
Expresar como se siente	La familia debe comportarse de manera receptiva y paciente frente a las consecuencias emocionales del evento. Es importante que la familia le brinde la oportunidad de hablar tranquilamente de la situación de violencia sexual, desculpabilizándole siempre que sea posible. Es muy importante que las y los miembros de la familia puedan desarrollar destrezas y habilidades en comunicación que le ayuden al/la sobreviviente en su proceso de recuperación. Si en la evaluación que el profesional de salud mental se hace evidente que no cuentan con esas destrezas, deberá trabajar en el plan de tratamiento familiar en el desarrollo de las mismas.	El profesional del sector salud debe informar a la familia cuales son las consecuencias más frecuentes de la violencia sexual, y se le debe informar de algunas alternativas de manejo hacia los mismos. Brindar espacios terapéuticos que le permitan la expresión de sentimientos: Psicoterapia Individual Psicoterapia grupal Grupos de apoyo
Sentirse valioso y competente	La familia debe mostrar énfasis en las cualidades, logros, habilidades del sobreviviente, tratando de hacer énfasis en otras actividades y hechos vitales que pueden ser gratificantes para el /la sobreviviente.	El profesional de la salud, debe hacerle énfasis a la familia, en el proceso de confidencialidad en su medio social y familiar. El hecho solo deben conocerlo quienes hayan estado en contacto con la situación de revelación, y quienes ejerzan un rol protector hacia el/la sobreviviente. Esto puede evitar re victimizaciones sociales posteriores hacia el / la sobreviviente.
Verse a si mismo como una persona normal	Aunque es importante reconocer que lo que le ha ocurrido es un hecho difícil, hay que tratar que la vida del niño recupere su normalidad. La familia protectora deberá tratar al/la sobreviviente con normalidad y sin ninguna discriminación. Debe a toda costa evitarse que la familia rotule al/la sobreviviente por la situación que le ha ocurrido.	De otro lado se debe hacer claridad de que el delito de violencia sexual sea denunciado, pues esta es la única manera de prevenir que otras situaciones de violencia sexual vuelvan a presentarse. Es importante que se oriente a que se establezca si el agresor ha estado en contacto con otras posibles víctimas, y establecer los mecanismos de protección

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

QUE NECESITA LA VICTIMA	LO QUE SE DEBE FOMENTAR EN LA FAMILIA	RECOMENDACIONES
		social para evitar que mientras se ejerce su judicialización, éste agrede sexualmente a otras personas Brindar espacios terapéuticos que le permitan la expresión de sentimientos: Psicoterapia Individual Psicoterapia grupal Grupos de apoyo
Sentir que puede seguir siendo un niño, niña o adolescente	La familia debe promover que el niño/niña juegue la pase bien y se divierta, asumiendo el rol que es normal para su lugar en el ciclo de vida.	Brindar espacios terapéuticos que le permitan la expresión de sentimientos: Psicoterapia Individual Psicoterapia grupal
Sentir que sigue siendo hombre en el caso de niños y adolescentes varones (no es homosexual) después de la situación en la que ha sido agredido por otro hombre		Grupos de apoyo de trabajo sobre masculinidad Psicoterapia Individual Psicoterapia grupal
Sentir que puede disfrutar de su sexualidad (especialmente en el caso de niñas y adolescentes mujeres)		Brindar espacios terapéuticos que le permitan la expresión de sentimientos: Psicoterapia Individual Psicoterapia grupal Grupos de apoyo
En caso de niños, niñas y adolescentes, Volver a confiar en el mundo de los adultos	La familia debe actuar de forma consistente y debe apoyar al/la sobreviviente de forma incondicional. Garantizando que la situación de violencia no vuelva a presentarse.	Grupos de apoyo
Adaptarse a sus actividades y roles	Apoyar la reincorporación del la sobreviviente a sus actividades normales.	
BIBLIOGRAFÍA Y RECOMENDADA	CAIN: http://www.icrc.org/Web/spa/sitespao.nsf/htmlall/p0577K/%24File/0821_cicr_ninos_en_la_guerra.pdf ESCENNA: http://www.derechosinfancia.org.mx/Documentos/protocolo.pdf TRATA DE PERSONAS: http://www.oim.org.co/Programas/ContralaTratadePersonas/Conceptosgeneralesdetratadepersonas/tabid/179/langu age/es-CO/Default.aspx	

Orientaciones generales para el diseño de intervenciones terapéuticas por equipo interdisciplinario en salud mental para la atención

especializada de personas víctima de violencia sexual con necesidades terapéuticas especiales por su pertenencia a otros grupos humanos sujetos a especial protección

TIPO DE POBLACIÓN CON NECESIDADES ESPECIALES	ORIENTACIONES ESPECIALES PARA LA ACCIÓN CLÍNICA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL	BIBLIOGRAFÍA INICIAL DE APOYO AL EQUIPO TERAPEUTICO INTERDISCIPLINARIO EN EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS SENSIBLES A NECESIDADES DE GRUPOS HUMANOS SUJETOS A ESPECIAL PROTECCIÓN
MUJERES, NIÑAS, Y ADOLESCENTES FEMENINAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.	Superar la formación tradicional en terapia y evaluación de la salud mental por psiquiatras y psicólogos, que se orienta más bien hacia la interpretación intrapsíquica y deficitaria que a lo relacional y lo saludable; y es acrítica ante los dispositivos de poder que están inmersos en la violencia de género.	Bosch, E; Ferrer, V; Alzamora, A (2005) “Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género” Feminismo/s, 6,diciembre, pp 121 – 136 http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3185/1/Feminismos_6_09.pdf Cabruja, T (2008)“¿Quién teme a la psicología feminista? Reflexiones sobre las construcciones discursivas de profesores, estudiantes y profesionales de la psicología para que cuando el género entre en el aula, el feminismo no salga por la ventana”.Pro-Posições , V. 19, No. 2 (56) – maio/ago http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072008000200004&lng=pt&nrm=iso&tling=pt ACNUR (2003) “Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta”. ACNUR. 164 p. http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3667.pdf
PERSONAS PERTENECIENTES AL EJE LGBTI	Superar la formación tradicional en terapia y evaluación de la salud mental por psiquiatras y psicólogos, que se orienta más bien hacia la interpretación intrapsíquica y deficitaria que a lo relacional y lo saludable; y que es acrítica ante los dispositivos de poder que están inmersos en la violencia de género, la homofobia y la inter/trans fobia.	Cabruja, T (2008)“¿Quién teme a la psicología feminista? Reflexiones sobre las construcciones discursivas de profesores, estudiantes y profesionales de la psicología para que cuando el género entre en el aula, el feminismo no salga por la ventana”.Pro-Posições , V. 19, No. 2 (56) – maio/ago http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072008000200004&lng=pt&nrm=iso&tling=pt ACNUR (2003) “Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta”. ACNUR. 164 p. http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3667.pdf De la Espriella Guerrero R (2007) “Homofobia y psiquiatría”. rev.colomb.psiquiatr. vol.36 no.4 Bogotá Oct./Dec. http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80636411.pdf Ardila, R (2007) “Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas” rev.colomb.psiquiatr. Vol. XXXVI No. 1. Pp. 67 – 77. http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80636106.pdf
PERSONAS PERTENECIENTES A COMUNIDADES RURALES Y COMUNIDADES ÉTNICAS INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES.	Intervenciones culturalmente apropiadas, incluyentes con respecto a las prácticas tradicionales para el cuidado de la salud, que tomen en cuenta los significados de salud mental propios del contexto de origen de la víctima, y con participación de traductores de la misma etnia y sexo cuando sea necesario.	ACNUR (2003) “Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta”. ACNUR. 164 p. http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3667.pdf
PERSONAS SOMETIDAS A VIOLENCIA SEXUAL EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO	Intervenciones que se desarrollen en el marco de la más estricta confidencialidad,	ACNUR (2003) “Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas. Guía para la prevención y respuesta”. ACNUR. 164 p. http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3667.pdf

	diseñadas para poder llevarse a cabo tomando en cuenta las restricciones en el acceso a servicios de salud propias de los contextos de guerra, y en concordancia con lo principios del DIH y el DDHH.	
--	---	--

- 1.4. El rol del equipo interdisciplinario de salud mental ante el agresor sexual menor de 14 años.

¿Cuáles son las posibles intervenciones psicoterapéuticas del equipo interdisciplinario de salud mental ante el agresor sexual menor de 14 años?

A nivel mundial se ha encontrado que existe alrededor de un 20% de agresores sexuales que son menores de 18 años al cometer su delito, quienes constituirían una excepción que ameritaría tratamiento clínico desde el sector salud, ya que los seguimientos realizados en agresores de éste tipo que han recibido intervenciones clínicas muestran tasas de reincidencia del 10%, bastante más bajas que las que se obtendrían sin ninguna intervención clínica¹⁹⁷.

En el ámbito de Colombia, el foco para las acciones del sector salud desde sus equipos de atención en salud mental e intervención psicosocial debe ser puesto entonces en aquellos agresores sexuales menores de 14 años, en quienes de acuerdo con la literatura disponible (1, 2, 13) las posibilidades de transformar a futuro sus comportamientos sexuales violentos son más esperanzadoras que en la población adulta agresora sexual. En su valoración inicial y seguimientos debe chequearse constantemente la presencia de riesgos activos de auto o heteroagresión, y así como la presencia de psicopatologías instauradas (tipo depresivo, ansioso o conductual) que requieran intervención psicofarmacológica de acuerdo a los lineamientos generales establecidos en la sección de manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por el médico general, y de los síntomas psiquiátricos mediante psicofarmacoterapia a cargo del especialista en psiquiatría.

¹⁹⁷ Bonner, B (2008) Prevención y Tratamiento. En: Sanmartín, J (Coord.) Violencia contra niños. Ariel. Barcelona. Pág. 131 – 152

El trabajo con esta población debe ser realizado por un grupo interdisciplinario en salud mental, debidamente entrenado y especializado en este tipo de intervenciones. Dicha intervención y el seguimiento de estos jóvenes debe llevarse a cabo por el sistema de Salud y Justicia.

La intervención brindada debe incluir los siguientes aspectos:

- Apoyo por grupo de pares
- Modificar negación y minimización de la responsabilidad del abuso
- Educación sexual y promoción del autocuidado.
- Generar habilidades sociales
- Conciencia de la víctima
- Reconocimiento y modificación de distorsiones cognitivas sobre la violencia sexual y los roles de género.
- Analizar ciclo de abuso para entenderlo y detener su progresión.

- 1.5. Cuidado de la salud mental de los trabajadores de la salud que atienden víctimas de violencia sexual y agresores sexuales menores de 14 años.

¿Cuáles son los cuidados mínimos en salud mental para los trabajadores de la salud que atienden víctimas de violencia sexual?

Es importante frente al desgaste del profesional que es propio de la atención en salud para víctimas de violencia sexual, generar estrategias para la prevención de este en los trabajadores y trabajadoras, a través del aseguramiento de condiciones de trabajo dignas y seguras, ausencia de presión de tiempo para el desarrollo de la tarea, espacios para la expresión de sentimientos, estudios de caso e intercambio de experiencias que promuevan la salud mental de los profesionales de atención, con el fin de evitar naturalizar las situaciones de violencia y la desesperanza frente a la superación de la misma.

Según el Decreto Ley 129 de 1994 y otras normas asociadas, todas las acciones tendientes a la prevención de los riesgos para la salud del trabajador o trabajadora ligados con el trabajo que desempeñan, es responsabilidad y competencia directa del empleador. En cuanto a la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), le compete brindar asesoría y asistencia técnica al empleador para efectuar dicha prevención.

Es importante planear e implementar estrategias de intervención desde el área de salud ocupacional dirigidas a los trabajadores de la salud encargados de brindar la atención integral a víctimas de violencia sexual con el fin de garantizar la preservación y el cuidado de la salud mental de estos trabajadores, quienes por razón de su tarea se ven continuamente expuestos al riesgo de tener efectos potencialmente negativos sobre su salud, surgidos de una condición laboral que les exige ser testigos de situaciones de violencia infringidas a otras personas.

Algunas de la problemáticas que se presentan con más frecuencia en los profesionales que trabajan en las áreas de la salud y sociales es el Síndrome de Burnout.

Síndrome de Fatiga Crónica o Síndrome de Burnout.

El "síndrome de fatiga crónica" o "síndrome del desgaste profesional" es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, que ha despertado mucha atención en las últimas dos décadas en el ámbito de la Psicología (Buendía & Ramos, 2001; Hombrados; 1997). Entre otras definiciones del síndrome del Burnout, Burke (1987), lo explica como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (Ramos & Buendía, 2001).

El síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos:

- a) Psicósomáticos: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño,
- b) úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, entre otros.
- c) Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, entre otros.
- d) incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.
- e) Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.
- f) En ambiente laboral: detrimento de la capacidad de trabajo, detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes.

Otros cuadros clínicos psiquiátricos y psicológicos que pueden ser desarrollados por éstos trabajadores y trabajadoras de la salud en virtud de su trabajo son: trastornos por estrés postraumático (traumatización vicaria), síndrome por compasión, y trastornos

depresivos, entre otros. Además de las enfermedades profesionales ya descritas, el manejo de personas que potencialmente pueden exhibir riesgos más o menos inminentes a auto o heteroagresión los expone también a sufrir accidentes de trabajo en virtud de las características y contextos en que realicen su trabajo.

En concordancia con la normatividad vigente ya mencionada, a la ARP es a quien corresponde responder ante el trabajador o la trabajadora en cuanto a las prestaciones asistenciales y económicas que correspondan ante casos ya dados de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

ANEXO CAPITULO 6.

DIAGNÓSTICOS CIE 10 DE REACCIONES Y CUADROS CLÍNICOS PSIQUIÁTRICOS Y PSICOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Los cuadros clínicos más frecuentes asociados a la violencia QUE DEBEN SER EFECTUADOS Y REGISTRADOS POR EL MEDICO GENERAL, PSIQUIATRA, PSICOLOGO, ENFERMERA U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD QUE EFECTÚE INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EMPLEANDO DIAGNÓSTICO MULTIAIXIAL incluyen los siguientes:

- (T74.1) Abuso físico
- (T74.2) Abuso sexual
- (T74.3) Abuso psicológico
- (T74.8) Otros síndromes del maltrato
- (T74.9) Síndrome del maltrato, no especificado
- (Y05) Agresión sexual con fuerza corporal
- (Y05.0) Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda
- (Y05.1) Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial
- (Y05.2) Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
- (Y05.3) Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo
- (Y05.4) Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras
- (Y05.5) Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y área de servicios
- (Y05.6) Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción
- (Y05.7) Agresión sexual con fuerza corporal, en granja
- (Y05.8) Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado
- (Y05.9) Agresión sexual con fuerza corporal, en lugar no especificado
- (F43) Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
- (F43.0) Reacción a estrés agudo.
- (F43.1) Trastorno de estrés post-traumático.
- (F43.2) Trastornos de adaptación.
- (F43.8) Otras reacciones a estrés grave.
- (F43.9) Reacción a estrés grave sin especificación

DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LAS REACCIONES ANTE EL ESTRÉS, TRASTORNOS POSTRAUMÁTICOS Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN SEGÚN EL CIE – 10:

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

Incluye trastornos que se identifican no sólo por la sintomatología y el curso, sino también por uno u otro de los dos factores siguientes: antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo o la presencia de un cambio vital significativo, que de lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación. Aunque situaciones de estrés psicosocial más leve ("acontecimientos vitales") puedan precipitar el comienzo o contribuir a la aparición de un amplio rango de trastornos clasificados en otras partes de esta clasificación, su importancia

Capítulo 7

Procesos Intersectoriales y Ruta de atención Intersectorial

Una vez se han realizado los procesos iniciales de atención integral en salud de las víctimas de violencia sexual, las instituciones de salud deben iniciar el proceso de remisión hacia las instituciones de protección y justicia. Estas deben garantizar la protección de la víctima ante nuevas situaciones de violencia; las acciones de acceso a justicia para evitar la impunidad y repetición de eventos de violencia por parte del agresor, y el acceso a procesos de restitución de derechos y reparación de la víctima.

Esto implica que para los casos en los que las víctimas no vienen remitidas por instituciones de justicia o protección, los actores del SGSSS que la atienden deben activar las rutas de atención integral intersectorial de la violencia sexual del municipio y/o la localidad.

Para ello, es necesario que el prestador de Salud conozca:

- a) Qué entidades de salud, protección y justicia están presentes en el municipio o localidad.
- b)Cuál es la ruta de atención intersectorial definida en el Municipio o localidad.
- c) Cuáles son los datos de contacto de las entidades a las que tendrá que contactar e informar del caso sospechoso de violencia sexual:

- i) Centros Intersectoriales de Atención¹⁹⁸ que reúnen en un mismo lugar entidades de varios sectores involucrados en la atención a víctimas de violencia sexual y otras formas de violencia, (por lo que sí existe uno en la ciudad o localidad será la primera opción de contacto):
 - (1) Centros de Atención Integral para la Violencia y el Abuso Sexual CAIVAS¹⁹⁹
 - (2) Casas de Justicia

En las ciudades o municipios donde no existan centros intersectoriales de atención se tendrán que identificar las instituciones de protección y Justicia a contactar.
- ii) Instituciones de Protección
 - (1) ICBF (caso de NNA)
 - (2) Comisarías de Familia (casos de mayores de 18 años)
 - (3) Policía de Infancia y Adolescencia (caso NNA) para hacer acompañamiento al NNA.
- iii) Instituciones del Sector Justicia
 - (1) Fiscalía
 - (2) Policía Judicial: CTI, URI. En los lugares donde no hay Policía Judicial estas funciones las asume la Policía Nacional.
- d) Definir quién será el profesional encargado de realizar los contactos institucionales, y cuál será la forma de remitir la información a las demás instituciones.
- e) Debe tener definidos los elementos de información que dará a la víctima y a su familia acerca de sus derechos y la ruta intersectorial.
- f) Definir los procesos de seguimiento al caso.

Activación de la Ruta de Protección:

¹⁹⁸En estos centros de atención (CAIVAS; CAVIF y Casas de Justicia), las víctimas de las violencias sexuales y sus familias tienen acceso a los servicios institucionales de las entidades encargadas de hacer las denuncias, emitir medidas de protección y restitución de derechos, desarrollar procesos de investigación, brindar orientación legal y atención psicológica.

i) ¹⁹⁹A partir de acuerdos interinstitucionales en muchas ciudades se han establecido, CAIVAS; CAVIF en las que funcionan servicios de atención integral especializada para las víctimas de violencia sexual y violencia intrafamiliar, respectivamente.

En caso de que la víctima de violencia sexual sea NNA no se podrá dar de alta hasta que no se inicie el proceso de protección por parte del ICBF.

- Para ello, comuníquese con el ICBF (centro zonal, Casa de Justicia, CAIVAS) del municipio o localidad. Remita los datos del NNA, la impresión diagnóstica y solicite el acompañamiento del ICBF en el manejo del caso.
- En articulación con la Policía de Infancia y Adolescencia el ICBF asistirá al hospital y deberá acompañar a la víctima y su familia en el proceso de atención intersectorial.

CUANDO POR MOTIVOS DE UBICACIÓN GEOGRÁFICA O POR QUE NO SE CUENTE EN EL MOMENTO (FIN DE SEMANA), CON LOS SERVICIOS DEL ICBF, LA INSTITUCIÓN DE SALUD DEBERÁ GARANTIZAR LA PROTECCIÓN DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL REALIZANDO UNA HOSPITALIZACIÓN POR PROTECCIÓN. ESTO HASTA QUE SE GARANTICE EL INICIO DEL PROCESO DE PROTECCIÓN.

Activación de la Ruta de Acceso a Justicia:

De acuerdo con la normatividad vigente, es necesario que cuando cualquier prestador de salud identifique un caso sospechoso de ser un delito sexual, reporte a las autoridades competentes la ocurrencia del mismo.

La institución de salud debe contar con los mecanismos de coordinación intersectorial con el sector justicia para garantizar que al recibir un caso de violencia sexual, se conozcan los procedimientos con los que se pondrá en aviso a la autoridad competente de la sospecha de delito sexual.

Esta coordinación debe hacerse a través del profesional o comité encargado de coordinar la atención en violencias, o en su defecto a través del representante legal del hospital. El reporte de la IPS o EPS debe hacerse de forma Institucional y no personal. Cuando quien detecta la situación de violencia sexual es un profesional independiente que hace la detección en su práctica privada deberá poner en conocimiento de la autoridad de manera directa (puede hacerse de manera formal o no formal).

Las Instituciones a las que se debe contactar e informar del posible caso de violencia en el municipio son:

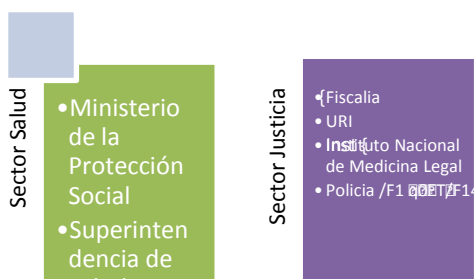
Fiscalía, Policía Judicial: CTI, URI. En los lugares donde no hay Policía Judicial estas funciones las asume la Policía Nacional.

- El/la profesional responsable de la coordinación del tema de violencias en la IPS:
 - Identificará cuáles son las entidades del sector justicia del municipio- localidad.
 - Se pondrá en contacto con ellas para definir cuáles serán los procesos de reporte/denuncia del caso.
- Una vez se ha detectado el caso el médico tratante informará al profesional que coordina la atención a víctimas.

- El coordinador de los procesos de atención se pondrá en comunicación con la entidad de justicia (primer paso de la ruta), informará sobre el evento sospechoso y pondrá en marcha el mecanismo de reporte previamente establecido.

Es importante que se tenga claro que este paso no es necesario cuando la atención en salud se da por solicitud de cualquier entidad del sector justicia, para que se inicie el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, o cuando la víctima refiere que ya se ha establecido la denuncia.

SECTORES QUE INTERVIENEN EN EL ABORDAJE INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL



Competencias Institucionales de los otros sectores:

Es muy importante que el sector salud conozca cuales son las competencias institucionales de otras entidades que participan en el proceso de atención integral a las víctimas de violencia sexual. Esto apoyará además el proceso de fortalecimiento de las redes interinstitucionales y las rutas de atención intersectoriales por las que la víctima de violencia sexual tendrá que conocer en el proceso de atención integral.

Competencias Institucionales

Comisaría de Familia:	• Tiene autoridad de Policía Judicial • Recibe denuncias • Practica rescates para darle fin a situaciones de peligro • Brinda atención en crisis con equipos psicosociales • Remite a salud para la atención de urgencias • Remite el caso a Fiscalía • Solicita dictamen a Medicina Legal
------------------------------	--

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

	• Toma medidas de protección • Apoya a la familia y acompaña a las víctimas • Realiza investigación socio familiar • Remite y gestiona atención en servicios especializados • Realiza seguimiento del caso.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	• Identifica o recibe el caso de violencia sexual cuando sean niños, niñas y adolescentes • Realiza investigación sociofamiliar • Remite y gestiona atención en servicios especializados: nutrición, psicología, trabajo social, educación en salud • Verifica garantía de derechos • Brinda atención en crisis • Hace remisión a salud • Gestiona de inmediato la denuncia ante fiscalía • Acompaña y apoya a la víctima • Toma medidas de restablecimiento de derechos • Realiza seguimiento del caso • Representa a niños, niñas y adolescentes en las actuaciones judiciales y administrativas cuando no esté presente o carezcan de representante legal. • Debe ejercer la secretaria técnica del comité {e intersectorial para el abordaje de la violencia sexual en el municipio.
Sector Justicia	FISCALIA GENERAL DE LA NACION • Recibe denuncia e Investiga judicialmente. • Ordena Pruebas (Policía judicial - CTI) • Solicita Diagnóstico a Medicina Legal • Realiza visita a la escena • Ordena medidas de protección, inclusive atención en servicios especializados. • Orienta a la víctima • Dispone judicialización y captura a la persona agresora • Fiscalía investiga un delito penal; Comisarías de familia dicta medidas de protección ante situaciones de emergencia. • La Fiscalía General de la Nación investiga los delitos contra la vida y la integridad personales, la autonomía personal, la familia y contra la libertad, integridad y formación sexuales. • Cuando la fiscalía recibe un caso con un informe del sector salud, o protección, la evaluación del caso parte de este, para

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011

	no revictimizar al usuario/a ni duplicar acciones institucionales. • CAIVAS centro de atención integral para la Violencia y el Abuso Sexual
	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CF • Realiza (Dx) examen sexológico, recomienda otros exámenes o actuaciones en materia de salud y remite resultados a Fiscalía • Acompaña técnicamente las capacitaciones al sector salud POLICIA JUDICIAL: CTI, SIJIN, DIJIN, (Comisarías de Familia en casos específicos) • Presta la ayuda necesaria a personas e instituciones en caso de que se requiera la acción

	CTI • Apoya al Fiscal, investiga, compila pruebas, captura y adelanta la iniciativa
Sector Educación	• Identifica casos. • Notifica y denuncia casos al sector justicia. • Activa las redes intersectoriales para el restablecimiento de derechos. • Gestiona el traslado a otra institución educativa en caso de ser necesario. • Gestiona la inclusión de la víctima a programas de revinculación al sistema educativo. • Realiza el seguimiento de los casos.

diferentes nombres en cada una de las regiones, sin embargo, la mayoría de estas son conocidas como Redes de Buen Trato. Las instituciones de protección y salud, y la normatividad intersectorial han promovido la permanencia de estas redes, sin embargo su funcionamiento se da de manera desigual a nivel regional.

El buen funcionamiento de las redes intersectoriales necesita del compromiso y la gestión de

agados por la12(y las normas)5(nos)5(t)11(itu)4(c)6(io)5(nes)-3(rma)5(qu)5(e)-291(la)-290(c)-4(o)5(nfo)5(r)-3(m)4(an.)13()maTrasce
o

1. Identificar cual es la oferta de instituciones presentes en el municipio, por sectores y por competencias.
 2. Establecer si existe o ha existido en el municipio la red para el abordaje intersectorial de la violencia sexual.
 3. Definir líneas de acción de la red
 - a. Definir o ajustar una ruta de atención que garantice el abordaje integral del caso. Establezca un reglamento básico para el funcionamiento de la red, que contenga un directorio institucional y que acompañe los diagramas de la ruta.
 - b. Definir directorio institucional, en el que se establezca el contacto con personas puntuales dentro de cada una de las instituciones que hacen parte de la red. Este directorio debe ser conocido por el personal de las instituciones y debe permanecer en lugares específicos y de fácil acceso.
 - c. Diseñar la ficha de remisión, notificación de entidades y formatos de denuncia formal y no formal. Definir procesos y pasos ante la detección de casos y mecanismos de referencia interinstitucional
 - d. Definir la información en derechos y orientación en ruta que se les dará a las personas víctimas de violencia y a sus familias.
 - e. Establecer cuál va a ser la estrategia de acompañamiento a la persona y a su familia en el paso por las instituciones de la red.
 - f. Establecer acciones y ruta de seguimiento al/la sobreviviente.
 4. Definir procesos de evaluación permanente del manejo de los casos
 - a. Identificar cuáles fueron las instituciones que atendieron el caso.
 - b. Cual fue la ruta utilizada
 - c. Identificar en que instituciones y partes de la ruta hubo dificultades
 - d. Determinar cuáles fueron las lecciones aprendidas.
- Desarrollar un plan de mejoramiento para el funcionamiento de la red.
- e. Desarrollar un plan con tiempos y responsables.
 - f. Retroalimentar y fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica.

Rutas de Atención Intersectorial para las víctimas de Violencia Sexual

Las rutas de atención intersectorial se han constituido en mecanismo fundamental para el acceso a atenciones en salud, mecanismos de protección o restitución de derechos y acciones de acceso al sector justicia. Las rutas buscan orientar a las personas víctimas de violencia, a sus acompañantes y a los funcionarios de las diferentes instituciones que hacen la detección, a dichos servicios. Cuando la ruta funciona adecuadamente y se encuentra respaldada por procesos intersectoriales de trabajo en red y de procesos de atención con calidad, las víctimas cuentan con un soporte y un acompañamiento que favorece el acceso a servicios a los que tiene derecho y a procesos de recuperación e incluso de reparación. Cuando esto no se da, el paso por la institucionalidad se convierte para la víctima en un factor para empeorar la vulneración de sus derechos.

En capítulos anteriores se han planteado elementos para fortalecer los procesos de atención con calidad, que incluyen la competencia y capacidad del recurso humano que interactúa con la víctima, el desarrollo de procesos institucionales y procesos intersectoriales, y las condiciones de las entidades frente a su infraestructura, insumos y dotación. Estos elementos de calidad en la atención a víctimas pueden extrapolarse a los otros sectores y constituyen necesidades de

fortalecimiento que todas las entidades deben asumir para minimizar el riesgo de revictimización en sus interacciones con la víctima de violencia sexual y su familia.

El país ha avanzado en la construcción de dichas rutas y muchos municipios e incluso localidades cuentan ya con ellas. Sin embargo, al hacer un análisis sobre su ajuste a las competencias institucionales y sobre su funcionamiento, se encuentran serias dificultades, que cobran gravísimas consecuencias sobre el bienestar y seguridad de la víctima de estas violencias.

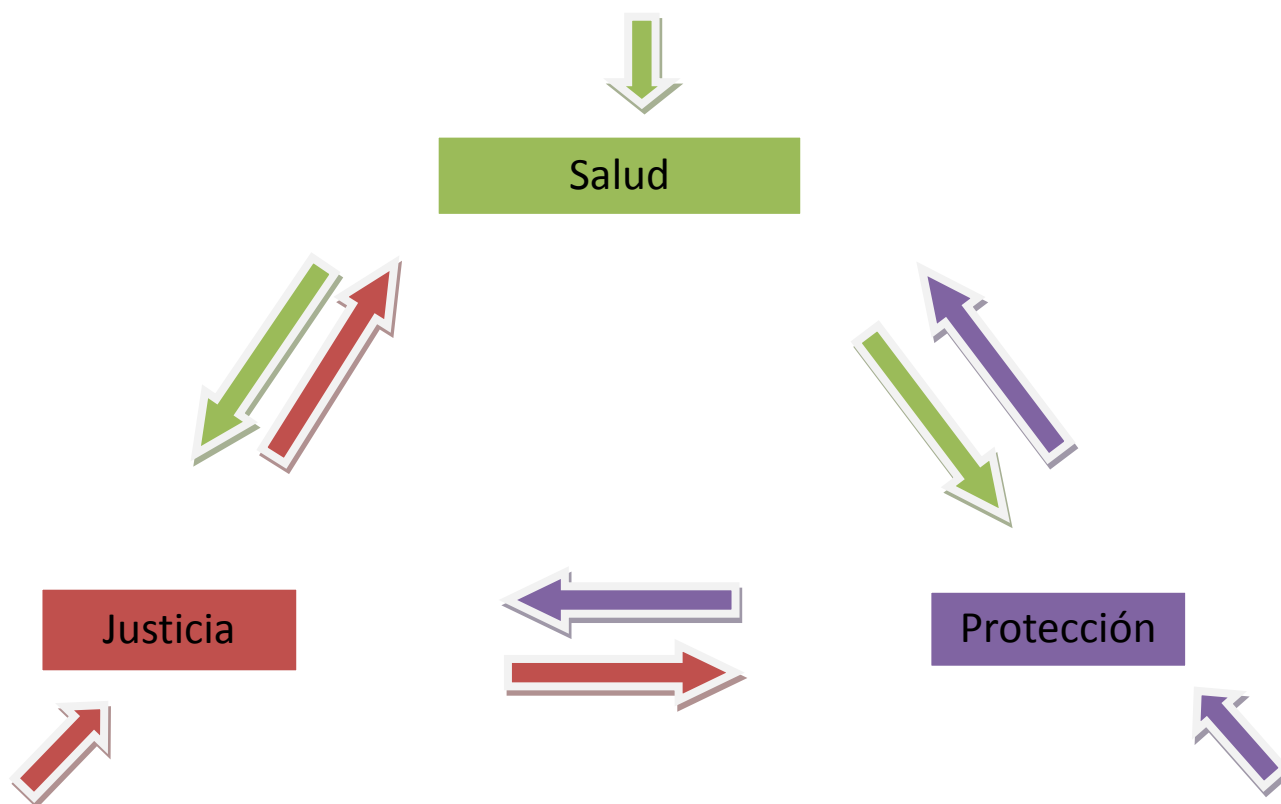
A continuación se exponen algunas de las principales dificultades en su funcionamiento y algunas acciones sugeridas para resolverlas:

Dificultades a resolver	Acciones a realizar
La ruta de atención no existe en el municipio	Construir la Ruta del municipio
La ruta es la ruta del departamento y no está ajustada al municipio	Construir la Ruta del municipio
Los funcionarios de las instituciones no las conocen.	Realizar procesos de divulgación a las entidades y comunidades
Los funcionarios de las instituciones no saben cuál es su función dentro de las rutas.	Realizar procesos de capacitación, mesas de trabajo. Solicitar asistencia técnica.
Una vez una víctima es detectada los funcionarios realizan la remisión a otras entidades sin cumplir con sus propias funciones frente a la misma.	Realizar la atención de la propia entidad y remitir posteriormente a los otros dos sectores responsables de la intervención.
La ruta se convierte en un diagrama que no está acompañada de acciones en red.	Realizar acciones de fortalecimiento red.
No se le brinda información a la víctima y esta desconoce sus derechos.	Desarrollar un volante con información básica sobre sus derechos y las entidades que realizaran atención, junto con las direcciones, teléfonos y datos de las personas a contactar.

Recuerde que:

- Independientemente de la oferta institucional presente en el municipio o localidad, las víctimas de violencia sexual deberán recibir atención en salud física y mental, procesos de restablecimiento de derechos o protección y acciones de acceso a justicia.
- Dependiendo del sector por el que se da la identificación y el acceso a la atención se tendrán que activar las otras dos rutas. Si el caso entra por salud, salud deberá remitir el caso a la institución de la ruta que va a garantizar las acciones de protección y a acceso a justicia. Si entra por justicia la entidad deberá remitir a los procesos de atención en salud y a los procesos de protección, y si entra por protección deberá remitir a salud y a justicia.
- Es muy importante que se visibilicen las acciones de atención integral, y que estas solo pueden darse en el marco de respuestas sinérgicas, respetuosas y en el marco de acciones de respuesta basadas en los derechos de la persona víctima de violencias.
- Para ello, es muy importante desarrollar acciones de fortalecimiento institucional para el recurso humano que hace parte de las instituciones que tienen competencia en la atención a víctimas. En estos procesos es importante el reconocimiento y la transformación de creencias que pueden interferir en un abordaje ético y basado en el bienestar de la persona víctima de violencias. La identificación de roles y competencias

que cada quien tiene en el proceso de abordaje del caso, y el desarrollo de habilidades que permitan mejorar el desempeño.



Capítulo 8

Protección y Recuperación

La mirada tradicional de protección se asume para la violencia sexual en las acciones del ICBF, desde esta perspectiva es frecuente que el sistema de salud enfatice sus acciones alrededor de la violencia sexual en la recuperación física, psicológica y emocional de la persona sobreviviente de violencia sexual y de su familia. Sin embargo el proceso integral de recuperación incluye también las acciones lideradas por el sector salud en el área de la protección.

La protección como área de la recuperación es vinculada a los sistemas de protección establecidos desde el sector justicia y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. En este

apartado se visibiliza la necesidad de que el sector salud lidere y esté al tanto de activar las rutas de protección y todas las formas de garantizarla a partir de las siguientes acciones:

- Conocimiento de los Derechos de las personas sobrevivientes de violencia sexual, incluido el derecho a recibir protección (ley 1257).
- Coordinación intra e interinstitucional para la accesibilidad a los mecanismos de protección.
- Elaboración de un plan de protección para la persona sobreviviente de violencia sexual.

ELABORACIÓN DEL PLAN DE PROTECCIÓN

Debido a que el sector salud es clave en los procesos de identificación y detección de la violencia sexual, tiene la responsabilidad de liderar acciones que garanticen la protección de la persona sobreviviente. Es así como todo caso de violencia sexual, incluyendo la simple sospecha, debe pasar por la elaboración y puesta en marcha de un plan de protección como forma de responder a las necesidades de seguridad y apoyo de la persona sobreviviente de violencia sexual.

El plan de protección se basará en los siguientes ejes:

- Creación de condiciones de seguridad para las víctimas que les contengan, respeten y protejan.
- Visualización de la persona sobreviviente de violencia sexual como sujeto y no objeto.
- Establecimiento de redes de apoyo claras y específicas.
- Creación de condiciones y mecanismos ágiles y adecuados para la denuncia y buscar medios de promoverla de forma intersectorial (ver anexo de denuncia).
- Aumentar la seguridad de la persona sobreviviente ante el riesgo de reincidencia de violencia sexual.
- Garantizar la protección integral de las personas menores de edad y las mujeres. (ley 1257)
- Movilizar recursos externos (intersectorialmente), para garantizar la protección de las víctimas frente a los agresores sexuales.
- Participar activamente en la solución de las necesidades inmediatas.
- Proporcionar apoyo y contención a partir de la primera ayuda Psicológica y de la referencia a procesos más integrales de psicoterapia.
- Evaluar y realizar un plan para garantizar la seguridad de la víctima y dar seguimiento a la atención de las consecuencias.
- Articular el proceso de la atención.
- Incluir en caso de adultos, a sus hijos e hijas, y en caso de personas menores de edad, a sus hermanos o hermanas, y/o familia extensa en condiciones de riesgo.
- El plan de trabajo siempre será articulado con otras instancias gubernamentales y no gubernamentales

Pasos para la elaboración del plan de protección desde el sector salud²⁰¹.

La elaboración de un plan de protección es muy importante ya que puede hacer la gran diferencia entre la vida y la muerte, entre la revictimización y el inicio de la restitución de derechos, especialmente si el agresor o agresora ha amenazado, ha intentado matar al-la sobreviviente de violencia sexual o tiene fácil acceso a ella nuevamente. Esta tarea será realizada por un profesional de salud mental (psicología, psiquiatría, trabajo social), en la ausencia de estos quedara como responsabilidad del médico tratante debido a la importancia de esta acción dentro del proceso de restablecimiento de derechos.

1. Evaluación de los factores de riesgo:

- Valorar el peligro de reincidencia y específicamente, cuando este es inmediato, se deben tener en cuenta las siguientes preguntas orientadoras:
 - el agresor o agresora es parte de la familia inmediata?,
 - el agresor o agresora convive en la misma casa?
 - el agresor o agresora no vive en la misma casa de la persona sobreviviente pero es fácil que acceda a ella?La red familiar cree en lo narrado por el-la sobreviviente?
- Valorar los Riesgos Potenciales:
 - Hay riesgos asociados a hijas e hijos, hermanos y hermanas de la persona sobreviviente de violencia sexual?.
 - Hay riesgos asociados a personas en situación de discapacidad que queden en el entrono del posible agresor o agresora?
 - Hay riesgos de que la persona sobreviviente de violencia sexual reciba maltrato psicológico debido a la culpabilización por la violencia sexual y/o por denunciar al agresor (especialmente si es familiar), rechazo y hostilidad o estigmatización?

2. Evaluación del ejercicio de derechos

- Valorar la presencia de otro tipo de violencia, así como de otras posibles vulneraciones a sus derechos humanos. Por ejemplo, si es una persona menor de edad, monitorear si está ejerciendo el derecho al estudio.
- Educar sobre derechos: la violencia no es justificada bajo ninguna circunstancia, por o que además es importante ofrecer información básica sobre las leyes contra la violencia sexual.

²⁰¹ Adaptado de: Serie Género y Salud Pública Violencia Sexual basada en Género y Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo – PAHO/WHO 28

3. Evaluación de los recursos de apoyo.

Identificar los recursos que deberán activarse para lograr las metas. Se incluyen tanto los recursos identificados por la persona sobreviviente o su familia, como los disponibles en la comunidad y en las instituciones.

Dentro de los recursos institucionales es importante que los profesionales de salud tengan conocimiento y claridad de:

- a. El establecimiento de medidas de protección: “Toda persona que dentro de su contexto familiar sea víctima de daño físico, psíquico o daño a su integridad sexual, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar, podrá pedir, sin perjuicio de las denuncias penales a que hubiere lugar, al comisario de familia del lugar donde ocurrieren los hechos y a falta de este al Juez Civil Municipal o Promiscuo Municipal, una medida de protección inmediata que ponga fin a la violencia, maltrato o agresión o evite que esta se realice cuando fuere inminente. Cuando en el domicilio de la persona agredida hubiere más de un despacho judicial competente para conocer de esta acción, la petición se someterá en forma inmediata a reparto. Parágrafo. En los casos de violencia intrafamiliar en las comunidades indígenas, el competente para conocer de estos casos es la respectiva autoridad

4. Consolidación y ejecución del plan de protección.

Con el ejercicio de evaluación del riesgo, del ejercicio de derechos y recursos de apoyo, el profesional consolidará y registrará en la historia clínica un plan de protección construido específicamente para cada caso.

Este plan tendrá en cuenta que todo caso debe tener construido un plan de protección de acuerdo con las características y los riesgos identificados. Si no se evidencian riesgos de reincidencia, se fortalecerá en el/la sobreviviente y su familia comportamientos protectores y auto protectores.

Dentro de la estructuración del plan de protección estará:

- De acuerdo al nivel de riesgo valorado, el plan de protección debe incluir:

Proceso de Hospitalización.

En menores de edad. “En los casos en que se observe que el menor afronta un *riesgo alto* en su hogar, debe ser hospitalizado para su tratamiento y el caso reportado inmediatamente a las instituciones de protección”²⁰³.

En el caso de mujeres, “la decisión de regresar a casa o no junto con el agresor es una decisión que tomará la víctima y debe ser respetada”²⁰⁴. Si la mujer agredida requiere y acepta la protección, la institución de salud debe realizar los contactos necesarios para garantizar que la víctima sea recibida por una institución de protección.

Solicitud Medida de Protección a entidad competente de acuerdo al caso

- Movilización de los recursos de apoyo identificados.
- Procesos de referencia y contrareferencia así como remisión y articulación con otros sectores competentes (protección, educación y justicia)
- En todos los casos se debe dar información sobre los servicios locales disponibles para la atención y protección de víctimas, así mismo un listado con nombres y números telefónicos de personas o sitios a los que puede acudir en un momento de emergencia (ICBF, Comisarías de Familia, Policía, Fiscalía).

Monitoreo del plan de acción

Es imprescindible que los planes de protección tengan un monitoreo institucional constante, con el objeto de garantizar la seguridad del sobreviviente y el inicio de la ruta de acción.

²⁰³ Guía de atención al menor maltratado. Resolución 412 de 2000

²⁰⁴ Guía de atención a la mujer maltratada. Resolución 412 de 2000

El proceso de recuperación de sobrevivientes de violencia sexual, requiere del trabajo aunado y coordinado de los sectores competentes, entre los más importantes:

SALUD
EDUCACIÓN
JUSTICIA
PROTECCIÓN

Este proceso debe incluir la “recuperación física, emocional y la reparación de vínculos familiares y sociales²⁰⁵”, por lo tanto los procesos de atención debe trascender la atención individual hacia la inclusión de la familia además de la articulación con los procesos de protección (si se requiere) y de judicialización.

²⁰⁵ Ley 1257 de 2008

Capítulo 9

Atención de la Violencia Sexual en el Marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

Se especula mucho sobre la atención de la violencia sexual y su cobertura en el actual sistema de salud en Colombia, al punto de generar mitos de su supuesta exclusión de los planes de beneficios y de la orfandad del evento: nada más falso que esta afirmación!.

Las normas que rigen la salud en Colombia han previsto la cobertura dentro del SGSSS, de casi todos los eventos de salud de la población colombiana, expresándola no en términos de enfermedades o diagnósticos, sino de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, materiales, equipos, etcétera, incluidos en los llamados planes de beneficios o Planes Obligatorios de Salud, los cuales se despliegan obedeciendo la aplicación de unas reglas de juego, que exigen su cumplimiento cabal, honesto y de buena fe por los responsables tanto de garantizarlos, como de complementarlos, para permitir una atención fluida, justa, oportuna, con excelentes atributos de calidad.

En el presente capítulo demostraremos que la atención en salud del evento violencia sexual sí está cubierta y que esa cobertura se logra de manera complementaria entre los actores del sistema, para lo cual estudiaremos algunas generalidades de este último, algunas particularidades de la cobertura de servicios de salud y, finalmente, la del evento que nos ocupa.

9.1 Generalidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

El SGSSS.

9.1.1. Definición.

Es el conjunto de instituciones, procedimientos y normas que lo regulan, así como las interrelaciones e interacciones establecidas entre esos, sus elementos, a través del cual se busca garantizar el servicio público esencial de salud a toda la población Colombiana.

“El carácter esencial de un servicio público se predica, cuando las actividades que lo conforman contribuyen de modo directo y concreto a la protección de bienes o a la satisfacción de intereses o a la realización de valores, ligados al respeto, vigencia, ejercicio y efectividad de los derechos y libertades fundamentales. Ello es así en razón de la preeminencia que se reconoce a los derechos fundamentales de la persona y de las garantías dispuestas para su amparo, con el fin de asegurar su respeto y efectividad”²⁰⁶.

²⁰⁶ Sentencia C-450/95, Honorable Corte Constitucional; Magistrado ponente, Antonio Barrera Carbonell.

9.1.2. Integrantes, jerarquía, competencias principales.

La composición jerárquica y de competencias del SGSSS es esencialmente la siguiente:

Organismos de Dirección, Vigilancia y Control (IVC):

- a. Ministerio de la Protección Social (MPS) – Dirección del SGSSS y vigilancia de riesgos laborales para la salud.
- b. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) – Asesor y consultor de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y el MPS
- c. IVC:
 - Adscritos al MPS:
 - Superintendencia Nacional de Salud (SNS) – IVC de la gestión del SGSSS
 - Instituto Nacional de Salud (INS) – vigilancia en salud pública
 - Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) – vigilancia sanitaria
 - Entidades territoriales (departamentales y distritales)
- d. CRES – regulación del SGSSS

Organismos de administración y financiación:

- e. Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPSC) y Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPSS)
- f. Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud
- g. Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

Prestadores de servicios de salud:

- h. Públicos (Empresas Sociales del Estado – ESE)
- i. Privados (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS)
- j. Mixtos

Prestadores de salud adscritos al MPS:

- k. Instituto Nacional de Cancerología (INC)
- l. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta
- m. Sanatorio de Agua de Dios
- n. Sanatorio de Contratación

Aportantes: empleadores, trabajadores y sus organizaciones y trabajadores independientes cotizantes al régimen contributivo y los pensionados.

Beneficiarios del SGSSS

Organizaciones comunitarias (Comités de Participación Comunitaria – COPACO)

Los regímenes de afiliación del SGSSS.

Las personas se afilian al Sistema General de Seguridad Social, a través de dos mecanismos: el pago voluntario u obligatorio, con su dinero, de una cuota mensual, que depende de sus ingresos y de sus condiciones de trabajo; y, el pago que por ellas hace el Estado en forma de ayudas o subsidios, cuando pertenecen a población clasificada en los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN, un sistema diseñado para seleccionar a las personas que más pudieran necesitar las ayudas del Estado y sobre las cuales se focalizarían muchos de sus recursos.

El tiempo de afiliación a cualquiera de los dos regímenes suma al de permanencia en el SGSSS, pues ambos le pertenecen.

Los regímenes de excepción.

Son instituciones como fuerzas militares y de policía, Ecopetrol, magisterio, entre otros, que se rigen por reglamentos y normatividad que no es aplicable para el resto de la población, ni ingresan al SGSSS establecido por la Ley 100. Sin embargo, estos regímenes deben garantizar la atención integral a su población afiliada, ya sea en condiciones de urgencia, ambulatorias u hospitalarias, para todas las contingencias de salud.

Los planes de beneficios en el SGSSS.

Los afiliados al SGSSS reciben beneficios en salud, contenidos en los distintos planes obligatorios, según el régimen que corresponda.

Los afiliados al Régimen Contributivo tienen el Plan Obligatorio de Salud Contributivo (POS-C), que representa el marco general de cobertura para el sistema de salud; los afiliados al subsidiado, el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) para población afiliada con subsidios totales y el POSS para los afiliados con subsidios parciales.

Como concepto general, los planes obligatorios de salud (POS) son un conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones (API), medicamentos, insumos y demás recursos necesarios para su exitosa prestación. Es decir, que los POS son todos los servicios de salud, que están las EPS obligadas a garantizar a sus afiliados, para satisfacer sus

necesidades de salud. Aquí se incluyen los necesarios tanto para no enfermarse, como para el manejo de las personas enfermas y su recuperación. Aquí se incluyen también las incapacidades y las licencias de maternidad que se dan en el régimen contributivo, por ejemplo.

Cada POS define también las condiciones de prestación de los servicios en él contenidos. Existen en el sistema otros beneficios en salud, que se proveen a través de otros planes tanto individuales como colectivos, siendo algunos de ellos:

- Los del Plan de intervenciones colectivas (PIC), prestados directamente por el estado o por particulares mediante contrato con el Estado.
- Los de los Planes complementarios de atención en salud, contratados y financiados mediante la modalidad de prepago.
- Los contemplados en la atención de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, garantizada por las entidades administradoras de riesgos profesionales (ARP).
- Los brindados en la atención de accidentes de tránsito con cargo al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)

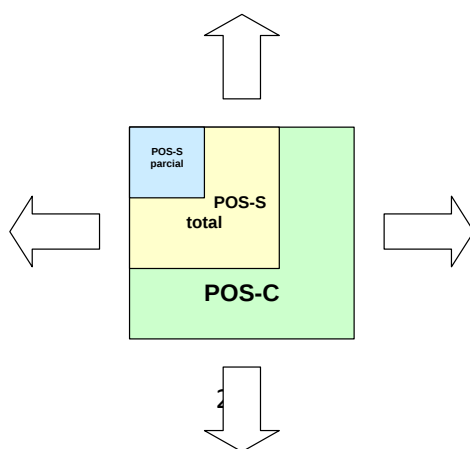
Lo no incluido en el Plan Obligatorio de Salud (NO POS).

Definimos como tal, todas las actividades, procedimientos e intervenciones no cubiertas en el POS marco, el mismo POS-C, así como los recursos necesarios para su exitosa realización.

Lo NO POS se define previa aplicación de los principios y criterios establecidos por la norma vigente en salud.

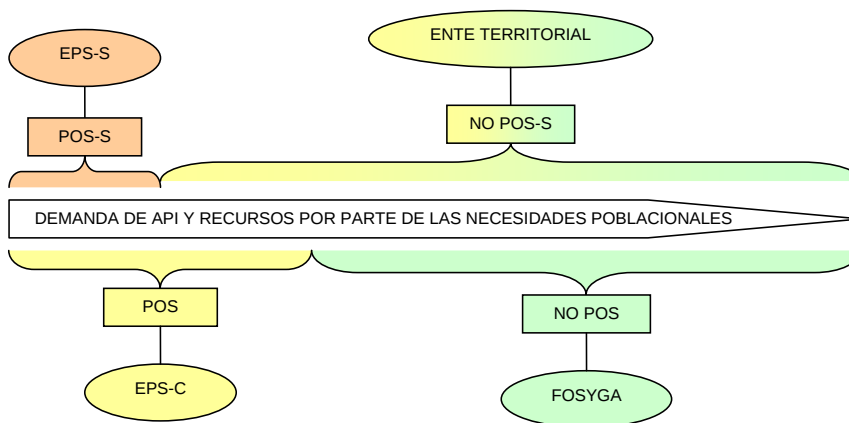
Lo NO POS debe ser cubierto con cargo a otros recursos del sistema, tales como los del FOSYGA, para el régimen contributivo, o los de los Fondos Territoriales de Salud (FTS), para el subsidiado.

La representación gráfica de los planes de beneficios se entendería como un área limitada, contenida en un universo en permanente expansión, de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos, suministros, dispositivos y demás recursos necesarios para su exitosa realización y aplicación, que son demandados para la satisfacción de las cada vez más dinámicas necesidades en salud de la población.



Esquema 1: Los planes de beneficios en el SGSSS.

Por otra parte, si representáramos linealmente las necesidades poblacionales a partir de un punto cero y superpusiéramos la cobertura, obtendríamos la representación de lo NO POS y lo NO POSS, con sus responsables:



Esquema 2: Planes de beneficios y su cobertura por regímenes de afiliación

Lo no incluido en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (NO POS-S)

De acuerdo con los esquemas anteriores, entenderíamos como servicios NO POSS aquellos que desbordan los contenidos de los planes de beneficios del régimen subsidiado, en subsidio parcial y total, lo que quiere decir, que lo NO POS-S contiene tanto servicios del POS-C no considerados en el POS-S, como los no incluidos en el mismo POS-C.

Los niveles de complejidad.

Los servicios de salud, dependiendo del nivel técnico y tecnológico que demande su realización y del equipo humano que la tenga a su cargo, se dividen en baja, mediana y alta complejidad. El primero de ellos demanda una capacidad técnica y tecnológica no altamente especializada para la realización de sus actividades, procedimientos e intervenciones y se encuentra a cargo del médico general, personal auxiliar o paramédico u otros profesionales de la salud no especializados; el segundo demanda una capacidad técnica y tecnológica más especializada y se encuentra a cargo del médico general o profesional paramédico, con interconsulta, remisión o asesoría de personal o recursos especializados; el tercero, demanda una capacidad técnica y tecnológica muy especializada y se encuentra a cargo del médico especialista con la participación del médico general o profesional paramédico.

El Anexo 2 del Acuerdo 008/09, que contiene las actividades, procedimientos e intervenciones de los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, clasifica sus contenidos por los niveles de complejidad 1, 2 y 3, correspondientes a baja, mediana y alta complejidad, respectivamente.

Principios y criterios para la definición y cobertura de contenidos.

Los contenidos de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado se definen para cada régimen, a través de la aplicación de principio rectores y criterios de interpretación.

Entre los principios rectores debemos destacar el de *Integralidad* y el de *complementariedad*, en virtud de los cuales “...los medicamentos esenciales, suministros y tecnología en salud, en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes ámbitos de atención, necesarios para ejecutar una actividad, procedimiento o intervención de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad...”, de las contenidas en el POS, “...hacen parte y en consecuencia constituyen la integralidad del POS o del POS-S según el caso.”(Sic); y, “...las acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud deben proveerse de manera que complementen las acciones individuales o colectivas de otros beneficios como: los del sistema de riesgos profesionales, con los eventos Amparados por el SOAT, con Planes complementarios, con el Plan de Intervenciones en Salud Pública y en general los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otros planes de beneficios.” (Sic), debiendo ser considerados también aquí los servicios de salud no cubiertos por los recursos de los respectivos regímenes, mas sí por otros: los del FOSYGA y los Fondos Territoriales de Salud.

Los criterios de interpretación podríamos clasificarlos en *implícitos* y *explícitos*.

Son criterios explícitos:

- grupos de edad (para el suministro de lentes, por ejemplo)
- fases de la enfermedad (para salud mental, por ejemplo)
- tipo de atención (urgente, ambulatoria, hospitalaria, etc.)
- especialidades médico-quirúrgicas
- finalidad de la atención (diagnóstica, tratamiento o rehabilitación y no cosmética)
- costo-efectividad en el manejo (enfermedades catastróficas)
- costos de algunos insumos (stent coronario, malla)
- la condición del paciente (recuperable, para Unidad de Cuidados Intensivos – UCI)
- la denominación del tipo de tecnología (tomográfica, endoscópica, ecográfica, etc.)
- zonas corporales (tórax, abdomen, cabeza, etc.)
- grupos de actividades, procedimientos e intervenciones (laboratorio clínico, por ejemplo)
- niveles de complejidad
- existencia de servicios tecnológicamente “equivalentes” en los planes de beneficios
- el que las actividades, procedimientos e intervenciones (API) simultáneamente estén contenidas en las normas técnicas para el desarrollo de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública, entre otros más.

Son criterios implícitos:

- la denominación genérica de muchas actividades, procedimientos e intervenciones
- la homologación por igualdad o equivalencia técnica

- el criterio de finalidad, que implica el que los servicios de salud no puedan tener otro fin que el de contribuir de manera efectiva al mantenimiento o recuperación de la salud, a través de la prevención y el tratamiento de la enfermedad o la rehabilitación de la discapacidad. Este criterio respalda toda la cobertura en los planes de beneficios, particularmente en situaciones que pudieran generar controversia, como aquellas relacionadas con la atención por cirugía plástica con fines funcionales: reconstrucción mamaria post mastectomía, reducción mamaria por dorsopatías y otras alteraciones, corrección de labio y paladar hendido, por ejemplo.
- criterio de racionabilidad, es decir, aquel que permite juzgar de las cosas con razón, consistente en la susceptibilidad de priorización de las necesidades, de acuerdo con el impacto que pueda tener su insatisfacción sobre el mantenimiento de la vida y la salud.
- proporcionalidad y pertinencia, que indica que las respuestas a las necesidades de salud deben ser de una magnitud y unas características conformes a la naturaleza y la magnitud de la necesidad que se quiere atender.
- necesidad, entendida como el grado en que la prestación se hace imprescindible para recuperar la salud o disminuir o eliminar cualquier probabilidad de daño para la vida del o de la paciente.
- compensación, cuando, en estricta justicia, compensamos a los que administran los dineros dispuestos para la financiación de los procedimientos, que por avances tecnológicos, su peso específico sobre los recursos en administración supera el de sus antecesores.

Población por condición de afiliación y las condiciones de cobertura de su atención.

El afiliado.

Es todo individuo por el que una aseguradora de salud denominada Empresa Promotora de Salud (EPS), recibe un pago periódico por garantizar la atención de su salud. Este pago puede ser realizado por el mismo individuo; de manera compartida por el individuo y la entidad en donde labora; por otra persona o por el Estado.

El no afiliado.

Son todos los individuos que no cumplen los criterios de definición del afiliado.

Los periodos mínimos de cotización y los pagos compartidos: ¿qué son? ¿siempre operan?

En el Régimen Contributivo se han establecido periodos mínimos de cotización o periodos de carencia, consistentes en la obligatoriedad de sus afiliados a cotizar al Sistema de Salud durante un tiempo mínimo para alcanzar la cobertura total del POS. De todas formas, este tiempo no puede ser superior a 26 semanas. Nótese, que la obligatoriedad de cotización es al sistema y no al régimen contributivo, por lo que se ha de proceder a sumar los tiempos de cotización a los distintos regímenes para efectos de calcular el de cotización mínima al sistema.

De aquí se desprende, que la afiliación al subsidiado por 26 semanas o más, da por cumplido de entrada el periodo de carencia en el contributivo.

Todos los servicios en el régimen subsidiado, así como la atención inicial de urgencias (AIU), la atención del menor de 1 año, el embarazo, parto y puerperio en el contributivo, no son afectados por los periodos de carencia.

De cualquier manera, el concepto de periodo de carencia es relativo, pues bajo ninguna circunstancia se podría negar la atención en salud por encontrarse una persona en él, por ser la salud un derecho fundamental.

Por otra parte, la norma obliga a las EPS a cubrir el valor de los servicios de manera proporcional al tiempo de afiliación al sistema, cuando este es menor a las 26 semanas, pero nunca a negar la atención.

Para los afiliados a los dos regímenes existen los llamados pagos compartidos, que son las cuotas moderadoras y los copagos, dineros que cancela el afiliado al recibir la atención, para los cuales hay unas tablas que se rigen por el monto de los ingresos que recibe el afiliado, para el contributivo, y el nivel de SISBEN, para el subsidiado. Estos pagos compartidos ayudan a financiar el sistema de salud y a regular el uso de los servicios. Sin embargo, hay servicios, como por ejemplo los de alto costo en el régimen subsidiado, que están exentos de pagos compartidos, es decir, que son completamente gratis para los afiliados. Igualmente están exentos de pagos compartidos, todos los afiliados al régimen subsidiado pertenecientes al nivel 1 del SISBEN.

Los recobros en el Sistema de salud.

Como medida que favorezca el acceso poblacional a los servicios de salud, el sistema de salud ha previsto el recobro de los recursos que hayan sido invertidos por quienes funjan como aseguradores, en la prestación de servicios no incluidos en los planes de beneficios, pero que fueron requeridos por la población a su cargo, para responder a sus necesidades de salud. Para el caso del régimen contributivo, el recobro se hace ante el FOSYGA. Para el subsidiado, ante el Ente Territorial respectivo.

Cobertura de servicios de salud.

La urgencia y la atención inicial de urgencias.

Urgencia es “...la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona por cualquier causa, con cualquier grado de severidad, que comprometen su vida o funcionalidad y que requieren acciones oportunas de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o

El Acuerdo 008/09, que aclaró y actualizó integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, define la **urgencia** como “... la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona por cualquier causa, con cualquier grado de severidad, que comprometen su vida o funcionalidad y que requieren acciones oportunas de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras.”(Sic).

El mismo acuerdo define la **atención de urgencias**, como la “... prestación oportuna de servicios de atención en salud mediante actividades, procedimientos e intervenciones en una institución prestadora de servicios de salud...” a personas que presenten alteraciones compatibles con una urgencia.

La **atención inicial de urgencias** es definida por esta norma, como las “... acciones realizadas a una persona con patología que requiere atención de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y determinar el destino inmediato, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido o diferido, para recibir su tratamiento posterior definitivo. La estabilización de signos vitales implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, no necesariamente implica la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.”(Sic)

El Decreto 783/2000 incluyó en la Atención Inicial de Urgencias (AIU), “... todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en:

- a) Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales;
- b) La realización de un diagnóstico de impresión;
- c) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia 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.”

Aspectos generales de la cobertura de servicios de salud y en especial de la atención inicial de urgencias.

Los contenidos de la cobertura de servicios de salud en el SGSSS están dados en términos de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y otros recursos necesarios para la exitosa ejecución y cumplimiento de sus fines.

El Acuerdo 008/09 definió un lenguaje de interpretación de sus contenidos, a través de criterios y principios que deberán combinarse para establecer la cobertura de servicios y la responsabilidad por ella, de aquellos que actúan como aseguradores.

Algunos principios y criterios fueron ya descritos arriba.

...los criterios de exclusión y las exclusiones mismas no rigen para la atención inicial de urgencias, de tal modo, que los límites de su cobertura están determinados por las necesidades del paciente y ..

Las EPS cubrirán, de acuerdo con las condiciones de cobertura establecidas para cada régimen y con excepción de lo expresamente excluido de sus coberturas, todas las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y los suministros, insumos, dispositivos y demás recursos necesarios para su exitosa ejecución o aplicación.

No obstante lo anterior, los criterios de exclusión y las exclusiones mismas no rigen para la atención inicial de urgencias, de tal modo, que los límites de su cobertura están determinados por las necesidades del paciente y solo por ellas, debiendo garantizarse incluso, si ello fuera necesario, “... 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,...”²⁰⁷, debiendo ser “... considerados como parte de la atención inicial de urgencias...”²⁰⁸, no estando por ello “... sujetos a periodos mínimos de cotización...”²⁰⁹, debiendo sus costos ser reconocidos por el asegurador respectivo.

Según lo arriba citado, la atención de urgencias se debe entender entonces como la “... prestación oportuna de servicios de atención en salud mediante actividades, procedimientos e intervenciones en una institución prestadora de servicios de salud,...” a personas que presenten alteraciones compatibles con una urgencia.

²⁰⁷ Ministerio de la Protección Social, Circular Externa No. 000010 del 22 de marzo de 2006, dirigida a Representantes legales y directivos de IPS, EPS, ARS y Directores Seccionales, Locales y Distritales de Salud, en la cual se imparten instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes.

²⁰⁸ Ídem.

²⁰⁹ Ídem.

De igual manera, la **atención inicial de urgencias** se tendrá que entender como las *“...acciones realizadas a una persona con patología que requiere atención de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y determinar el destino inmediato, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido o diferido, para recibir su tratamiento posterior definitivo. La estabilización de signos vitales implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, no necesariamente implica la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.”*(Sic)

Aquí cabe anotar, que no toda urgencia se acompaña necesariamente de una desestabilización evidente de los signos vitales, sin que esto desvirtúe su condición, afirmación implícita en la misma definición de urgencia.

En cuanto a la cobertura de la atención de urgencias, el Acuerdo 008/09, en su Artículo 24, dice: *“El Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado cubre las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para la atención de urgencias del paciente, teniendo en cuenta el resultado del sistema de selección de pacientes en urgencias “triage”, todo lo anterior acorde con lo definido en el parágrafo del artículo siguiente.”*(Sic).

El artículo 25 se refiere a la cobertura de la atención inicial de urgencias de la siguiente manera: *“La cobertura (...) es obligatoria y su pago está a cargo de la EPS cuando se trata de sus afiliados y la prestación oportuna es responsabilidad del prestador de servicios de salud más cercano al lugar en que se encuentre el paciente o de todos modos en el prestador en que se demande el servicio.*

Parágrafo: *La atención subsiguiente, que pueda ser diferida, postergada o programada, será cubierta por la EPS en su red adscrita, conforme a lo establecido en el presente Acuerdo y a la definición y contenidos del Plan Obligatorio de Salud de cada régimen.”*(Sic)

Valga aclarar, que el Acuerdo 008/09 en el literal 1, Principio y enfoque de integralidad de los Planes Obligatorios de Salud, de su Artículo 9, Criterios generales para la definición, actualización, modificación y provisión del POS, estableció la integralidad de los planes de beneficios como constituida por *“(...) los medicamentos esenciales, suministros y tecnología en salud, en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes ámbitos de atención, necesarios para ejecutar una actividad, procedimiento o intervención de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad,(...)”* descritos en el acuerdo, que a juicio médico sean necesarios para cumplir los fines de la atención inicial de urgencias. Los artículos 13, Cobertura integral, y 14, Cobertura de insumos, suministros y materiales, reafirman y complementan lo escrito en el noveno.

También incluye el acuerdo la atención inicial de urgencias del paciente con trastorno mental en los servicios de urgencia y de observación hasta por 24 horas, *“...en el evento que ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad.”*

De acuerdo con lo anterior, tanto el régimen contributivo como el subsidiado tienen a su cargo la atención de urgencias de sus afiliados, con las actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud *“...necesarias para la*

atención de urgencias del paciente...”, es decir, sin más restricciones que las que impongan las necesidades de éste y el cumplimiento sus fines, como son: estabilizar “...sus signos vitales...” ubicándolos “...dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación...”; “...realizar un diagnóstico de impresión y determinar el destino inmediato...” para “...conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras...” para su salud.

El Ministerio de la Protección Social, ante la muerte de algunos pacientes, presentada durante los años 2005-2006, por la falta de oportunidad y otros atributos de calidad en la atención inicial de urgencias, emitió la Circular 010 del 22 de marzo del 2006, en la cual se impartieron las siguientes instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes:

“(…)

1 *Obligatoriedad de la aplicación de triage por personal idóneo de salud. La realización del triage (clasificación de la prioridad para la atención de urgencias) o la toma de decisiones acerca de si un paciente debe recibir o no atención de urgencia en una Institución Prestadora de Servicios de Salud siempre debe estar a cargo de un profesional de salud debidamente entrenado para tal efecto.*

2 *No exigencia de contrato o autorización previa para la atención inicial de urgencias. En ningún caso la atención inicial de urgencias requiere contrato o autorización previa por parte de las EPS, ARS o Secretarías de Salud. En consecuencia las IPS están obligadas a prestar el servicio y las EPS, ARS o Secretarías de Salud a realizar el pago correspondiente.*

La Circular 010/06 del MPS instruyó sobre la Obligatoriedad del triage por personal idóneo de salud; la no exigencia de contrato o autorización previa; la no exigencia de pago previo o copago y la no aplicación de los periodos de carencia para la atención inicial de urgencias, señalando que “...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

3 *No exigencia de pago previo o copago para la atención inicial de urgencias. En ningún caso la atención inicial de urgencias puede estar condicionada al pago de suma de dinero alguna por parte del usuario del servicio.*

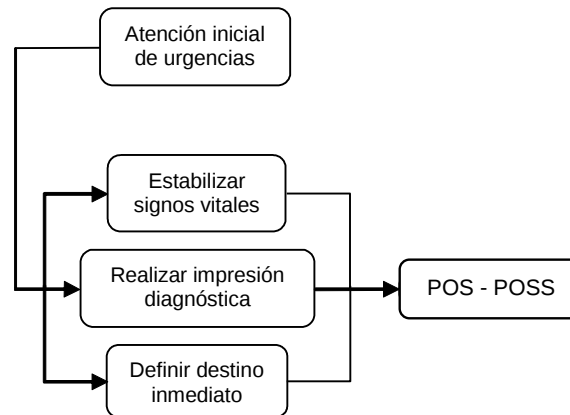
4 *No aplicación de los periodos de carencia en casos de atención inicial de urgencias. De conformidad con lo establecido en el decreto 806 de 1998, para la atención inicial de urgencias no puede exigirse el cumplimiento de periodos mínimos de cotización. En consecuencia, el acceso a servicios tales 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.*

(...)” (Sic)

De todo lo anterior se desprende, que la atención inicial de urgencias podría desbordar los contenidos

de los planes de beneficios, sin que esto se convierta en barrera de acceso a los servicios requeridos para el cumplimiento de sus tres fines ya definidos ni para la cobertura de aquellos por el asegurador o del que haga sus veces.

De acuerdo con lo anterior, la AIU, sus fines y su cobertura podríamos representarlos de la siguiente manera:



La cobertura de la atención subsiguiente a la inicial de urgencias y la no urgente.

La atención subsiguiente a la inicial de urgencias, es decir, toda aquella “... que pueda ser diferida, postergada o programada, será cubierta por la EPS en su red adscrita,...” conforme a lo establecido por el Acuerdo 008/09 para cada régimen de afiliación y su Plan Obligatorio de Salud.

La atención electiva o no urgente, es aquella requerida por un paciente que no presenta alteraciones de la integridad física, funcional o mental, que comprometan su vida o funcionalidad, permitiendo su prestación programada, en plazos no inmediatos. Los servicios electivos pueden ser tanto ambulatorios (consulta externa, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, laboratorio clínico y radiología no urgente, entre otros) como hospitalarios (manejos con fines diagnósticos o terapéuticos, invasivos o no invasivos, etc., que requieren la estancia del paciente en la institución).

Tanto la cobertura de la atención subsiguiente a la inicial de urgencias, como de la electiva se rigen por las condiciones establecidas por el Acuerdo 008/09 para cada régimen de afiliación y su Plan Obligatorio de Salud, así como por las pactadas contractualmente entre quienes funjan como aseguradores y los prestadores de servicios de salud.

La cobertura del no afiliado.

En el país existe un sistema técnico de información, que pretende la identificación y clasificación por sus condiciones socioeconómicas, a través de una encuesta especialmente

diseñada, de potenciales beneficiarios del gasto social del Estado. Este sistema se conoce con las siglas SISBEN.

Paralelos al SISBEN existen otros mecanismos de selección de beneficiarios, que utilizan criterios de priorización, tales como la pertenencia a minorías étnicas; condiciones como la de habitante de calle, desplazamiento, reinserción; etapas del ciclo vital, como niñez, gestación o ancianidad; entre otros más que se definen a partir de las políticas públicas del Estado; los intereses de las poblaciones y sus gobernantes.

Con base en los resultados de la clasificación, las personas pueden ser objeto de unos u otros subsidios del Estado o no.

Entre los subsidios del Estado se cuentan los destinados a la atención de la salud, ya sea a través del aseguramiento al SGSSS (subsidios a la demanda) o de la prestación de servicios por instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), públicas (Empresas Sociales del Estado – ESE) o privadas, contratadas directamente por el Estado con esos fines (subsidios a la oferta).

La población clasificada por el SISBEN y los demás mecanismos podríamos dividirla así:

Población no afiliada, no cubierta por subsidios a la demanda.

Pertenecen a esta población las personas clasificadas en los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN, además de los priorizados por otros mecanismos y criterios, tales como condición de desplazamiento, habitante de calle, reinsertado, etc. El Distrito Capital de Bogotá ha incluido en esa población, a los no identificados por el SISBEN, pero que los son provisionalmente mediante una encuesta que se aplica por los prestadores de servicios de salud contratados.

Es de aclarar, que la clasificación obtenida por la aplicación de la encuesta del SISBEN no representa afiliación alguna al SGSSS, por lo que carece de sentido la expresión *afiliado o afiliada al SISBEN*.

La atención en salud de esta población se debe hacer en la red pública y privada contratada para la prestación de servicios de salud por el Ente Territorial, con cargo al Fondo Financiero Territorial de Salud correspondiente.

Población no afiliada, no objeto de subsidios.

Aquella no afiliada al SGSSS ni regímenes especiales, que no cumple ninguno de los criterios de priorización definidos para ser objeto de subsidios del Estado.

De acuerdo con la norma, esta población tendría que afiliarse como independiente al Régimen Contributivo o asumir los gastos de su salud contra su propio peculio.

Algunos “mitos” en la cobertura de los planes de beneficios.

La no cobertura del transporte primario por los Planes de Beneficios.

La Atención Inicial de Urgencias incluye, según lo definido por el Decreto 783/2000, “... todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en:

- a) Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales;
- b) La realización de un diagnóstico de impresión;
- c) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia 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.”

El Decreto 1486/94, en su Artículo, definió el **transporte de pacientes** como “... el conjunto de actividades destinadas al traslado de personas en estado crítico o limitado ya sea primario, secundario o con atención prehospitalaria,...” (Sic) y la **atención prehospitalaria** como “... el conjunto de acciones y procedimientos extrahospitalarios, realizados por personal de salud calificado a una persona limitada o en estado crítico, orientadas a la estabilización de sus signos vitales, al establecimiento de una impresión diagnóstica y a la definición de la conducta médica o paramédica pertinente o su traslado a una institución hospitalaria.” (Sic)

El Decreto 2423/96 definió la **atención de urgencia de tipo prehospitalario y apoyo terapéutico en unidades móviles** como “... el conjunto de recursos técnicos como equipamiento de cuidado intensivo, instrumental, materiales, equipo de radio, etc. y de recursos humanos capacitados en el manejo de emergencias, disponibles para desplazarse en forma oportuna al lugar ocurrencia de una emergencia, prestar la atención inicial por cualquier afección, mantener estabilizado el paciente durante su traslado a un Centro Hospitalario y a orientar respecto de las conductas provisionales que se deben asumir mientras se produce el contacto de la unidad con el paciente.” (Sic)

El Acuerdo 008/09, que aclaró y actualizó integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, define la urgencia como “... la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona por cualquier causa, con cualquier grado de severidad, que comprometen su vida o funcionalidad y que requieren acciones oportunas de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras.” (Sic).

El Acuerdo 008/09 define la atención de urgencias, como la “... prestación oportuna de servicios de atención en salud mediante actividades, procedimientos e intervenciones en una institución prestadora de servicios de salud,...” a personas que presenten alteraciones compatibles con una urgencia.

La **atención inicial de urgencias** es definida por esta norma, como las “... acciones realizadas a una persona con patología que requiere atención de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y determinar el destino inmediato, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido o diferido, para recibir su tratamiento posterior definitivo. La estabilización de signos vitales implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, no necesariamente implica la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.”(Sic)

En cuanto a la cobertura de la atención de urgencias, el Acuerdo 008/09, en su Artículo 24, dice: “El Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado cubre las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para la atención de urgencias del paciente, teniendo en cuenta el resultado del sistema de selección de pacientes en urgencias “triage”, todo lo anterior acorde con lo definido en el parágrafo del artículo siguiente.” (sic).

El artículo 25 se refiere a la cobertura de la atención inicial de urgencias de la siguiente manera: “La cobertura (...) es obligatoria y su pago está a cargo de la EPS cuando se trata de sus afiliados y la prestación oportuna es responsabilidad del prestador de servicios de salud más cercano al lugar en que se encuentre el paciente o de todos modos en el prestador en que se demande el servicio.

Parágrafo: La atención subsiguiente, que pueda ser diferida, postergada o programada, será cubierta por la EPS en su red adscrita, conforme a lo establecido en el presente Acuerdo y a la definición y contenidos del Plan Obligatorio de Salud de cada régimen.” (sic)

Valga aclarar, que el Acuerdo 008/09, en el literal 1, *Principio y enfoque de integralidad de los Planes Obligatorios de Salud*, de su Artículo 9, *Criterios generales para la definición, actualización, modificación y provisión del POS*, estableció la integralidad de los planes de beneficios como constituida por “(...) los medicamentos esenciales, suministros y tecnología en salud, en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes ámbitos de atención, necesarios para ejecutar una actividad, procedimiento o intervención de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad,(...)” descritos en el acuerdo, que a juicio médico sean necesarios para cumplir los fines de la atención inicial de urgencias. Los artículos 13, *Cobertura integral*, y 14, *Cobertura de insumos, suministros y materiales*, reafirman y complementan lo escrito en el noveno.

Un paciente que presenta una urgencia demanda cuidados iniciales indispensables e inmediatos, que comienzan con cualquier actividad, intervención o procedimiento encaminado a estabilizar sus signos vitales, a realizar un diagnóstico de impresión, a definir su destino inmediato. El traslado hace parte de las actividades que favorecen el acceso a la atención en salud, reduciendo el tiempo entre ella y la ocurrencia del suceso, con minimización del daño.

Toda esta acción demanda para su realización la disponibilidad de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, entre los que están incluidos los vehículos y su

equipamiento, haciendo parte así de la atención inicial de urgencias.

De esta manera, el traslado se constituye en un recurso fundamental en la garantía del derecho a la salud y la vida.

Los planes de beneficios incluyen también el traslado interinstitucional, cuando las condiciones del paciente y de disponibilidad de servicios de salud así lo requieran.

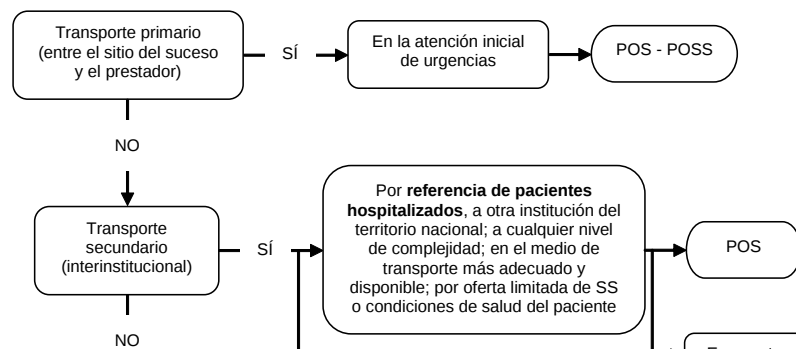
Los regímenes especiales son también garantes de los derechos a la salud y la vida de sus afiliados, debiendo por lo tanto garantizarles todas las actividades, procedimientos e intervenciones indispensables para mantener su salud y prevenir la enfermedad. Así, en caso de una urgencia deben proveerles todo lo necesario para lograr estabilizar sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión, definir su destino inmediato y continuar su atención dentro de los más altos estándares hasta su recuperación.

En caso de accidente laboral, el servicio de ambulancia es responsabilidad de la administradora de riesgos profesionales.

Basados en lo anterior podríamos concluir:

1. La definición de una urgencia a través del *triage* corresponde al médico y no al asegurador.
2. La atención de la urgencia hace parte de las coberturas del POS, del POS-S, Planes de Beneficios de los Regímenes Especiales (RE) y Administradoras de Riesgos profesionales (ARP).
3. El traslado, tanto primario (entre el sitio del suceso y el prestador) como secundario (interinstitucional), hace parte de los servicios necesarios para la atención de la urgencia y se encuentra incluido en los planes de beneficios, como parte de la atención de la urgencia.
4. Cuando se haya realizado traslado (primario o secundario) en ambulancia de un paciente con una condición de salud definida por el médico como una urgencia, la cobertura hace parte de las obligaciones de aquellos quienes actúan como sus aseguradores (EPS, EPS-S, RE, ARP).
5. La atención de la urgencia en su fase inicial no está ni geográfica ni administrativamente condicionada, por lo que debe ser reconocida, incluido el traslado, por el asegurador, así no haya existido su previa autorización.

De esta manera, la cobertura del transporte podríamos esquematizarla así: (ver además el anexo 2 - El transporte en el POS).



La limitada cobertura de la atención en salud mental por los Planes de Beneficios.

El Acuerdo 008/09 estableció en su Artículo 26 la cobertura de la atención inicial de la urgencia psiquiátrica y la observación hasta por 24 horas, condicionando esta última al peligro que su condición represente para *“...su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad...”* (Sic); y, en su Artículo 32, la de la internación para el manejo de la enfermedad psiquiátrica, cobertura que podría extenderse hasta por treinta días de la fase aguda o en caso de que la enfermedad *“...ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad...”* (Sic). Este mismo artículo estableció el manejo preferente del paciente con enfermedad psiquiátrica en el *“...programa de “HOSPITAL DE DÍA”...”*, correspondiente a una modalidad de manejo que incluye todas las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y demás, pero prestados en condiciones no hospitalarias, y que se encuentra a cargo del asegurador sin restricciones en el tiempo ni de contenidos, con excepción de los expresamente establecidos por la norma como no incluidos en los POS.

Lo escrito en torno a la modalidad de manejo preferente en el programa de HOSPITAL DE DÍA del paciente con enfermedad psiquiátrica en cuestión, corresponde a lo aclarado por la CRES en el radicado RAD – CRES – 2635 -10, del 21 de septiembre del 2010, emitido en respuesta a la solicitud hecha por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en ese sentido.

Dice la Comisión:

“(...

Los hospitales de día, ofrecen a los pacientes los servicios que tiene un hospitalizado, por lo que contarán con los mismos contenidos o componentes, pero prestados en un horario limitado durante el día sin ser considerado un servicio de hospitalización.

El Régimen Subsidiado, en relación con el paciente psiquiátrico corresponde es a su atención inicial de urgencias, con excepción de la prestación que se le brinde a los niños menores de 18 años en virtud de los Acuerdos 004 y 011 de la Comisión de Regulación en Salud, que busco la unificación de planes de beneficios; que si bien estos afiliados, tienen acceso al mismo plan de beneficios del régimen contributivo, para este último se tiene como exclusión el tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y solo durante la fase inicial; tampoco se excluyen las terapias grupales. Igualmente si el paciente está siendo tratado de manera ambulatoria, está incluido en el POS-S, el manejo en Hospital día.

Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se pueda prolongar máximo hasta los treinta días de evolución. Ver artículos 32 y 54 numeral 9, del Acuerdo 008 de 2009.

(...)” (Sic)

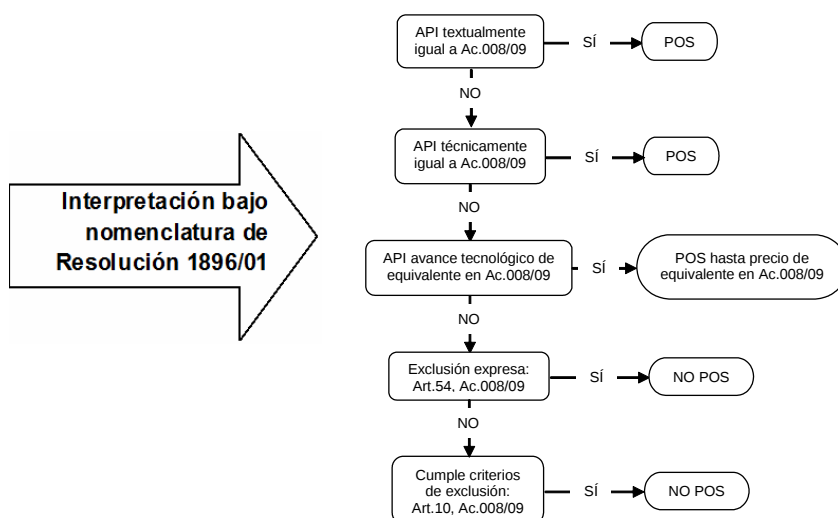
Tanto el Anexo 1, como el 2 del Acuerdo 008/09 incluyen una amplia gama de actividades, procedimientos e intervenciones, así como medicamentos e insumos a ellos ligados, que

son de muy importante uso en la atención de la salud mental de la población, por distintas disciplinas y especialidades médicas. (Ver anexo 3)

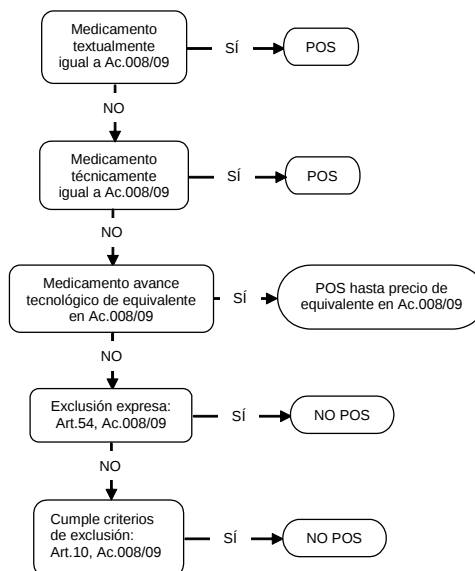
De todas formas, aquella atención en salud mental, que eventualmente desborde los contenidos de los POS, será cubierta con cargo al FOSYGA, para el caso de pacientes pertenecientes al régimen contributivo; y a los Fondos Financieros Territoriales de Salud, para los del subsidiado, los no afiliados no cubiertos por subsidios a la demanda, población priorizada y los provisionalmente identificados, sin perjuicio de lo establecido por los Artículos 22 y 23 del Acuerdo 008/09, para el acceso excepcional a API y medicamentos no incluidos en los planes de beneficios.

Para efectos prácticos, la definición de API y medicamentos como incluidos o no en el POS podría seguir, sin perjuicio de la aplicación de criterios complementarios, los siguientes algoritmos:

Algoritmo 1 – Definición de cobertura de API por el POS



Algoritmo 2 – Definición de cobertura de medicamentos por el POS



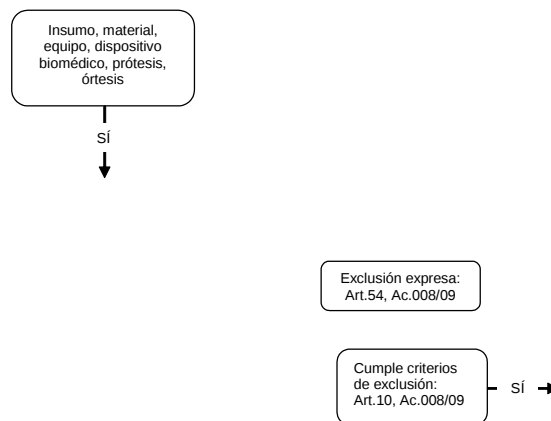
4.1. La no cobertura de insumos,

materiales, equipos, dispositivos biomédicos, prótesis, órtesis y otros elementos por los Planes de Beneficios.

Los POS, tal como ya se ha expuesto arriba, en cumplimiento del principio de integralidad, cubren todos los insumos, materiales, equipos, dispositivos biomédicos, prótesis, órtesis y demás, que sean necesarios para la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones y para el suministro de los medicamentos por ellos cubiertas, sin perjuicio de las exclusiones expresas establecidas por la norma.

El algoritmo 3 orienta sobre la definición de cobertura de insumos en el POS:

Algoritmo 3 – Definición de cobertura de insumos, insumos, materiales, equipos, dispositivos biomédicos, prótesis, órtesis y otros elementos por el POS



La no cobertura de insumos, materiales, equipos, dispositivos y demás elementos necesarios para la administración de los medicamentos contenidos en los Planes de Beneficios.

Los POS cubren todos los medicamentos incluidos en el Anexo 1 del Acuerdo 008/09, así como los insumos, materiales, equipos, dispositivos y demás elementos necesarios para su administración, de acuerdo con las condiciones de operación de cada régimen y los criterios definidos en los mismos planes de beneficios. (Ver los algoritmos 2 y 3).

La absoluta no cobertura de lo NO POS y lo NO POSS por los Planes de Beneficios.

El Acuerdo 008/09, en sus Artículos 22 y 23, establece como mecanismo concreto de acceso excepcional por la población a actividades, procedimientos, intervenciones (API) y medicamentos no incluidos en los Anexos 1 (medicamentos) y 2 (actividades,

procedimientos e intervenciones) de los Planes de Beneficios, así como por extensión, de los insumos, materiales, equipos, dispositivos biomédicos, prótesis, órtesis y demás, que sean necesarios para su realización o su administración, la cobertura obligatoria por el asegurador, del valor del servicio (con sus elementos necesarios para su realización) o medicamento (con sus elementos necesarios para su administración) no incluido, hasta por el precio del equivalente incluido en el plan de beneficios correspondiente.

Acceso excepcional a servicios y medicamentos no incluidos en los POS:

1. El asegurador cubrirá con cargo a su UPC todo medicamento o API no incluido en los Anexos 1 o 2 del Acuerdo 008/09, que posea equivalente en los mismos y cuyo precio sea menor o igual al de su equivalente incluido en el anexo correspondiente.
2. El asegurador cubrirá hasta por el precio de su equivalente incluido en el anexo correspondiente, con cargo a su UPC, todo medicamento o API no incluido en los Anexos 1 o 2 del Acuerdo 008/09.

La diferencia de precio la asumirá el FOSYGA, para el caso de afiliados al régimen contributivo, y el Ente Territorial, para el subsidiado.

De acuerdo con lo anterior, se pueden presentar los siguientes escenarios de acceso excepcional:

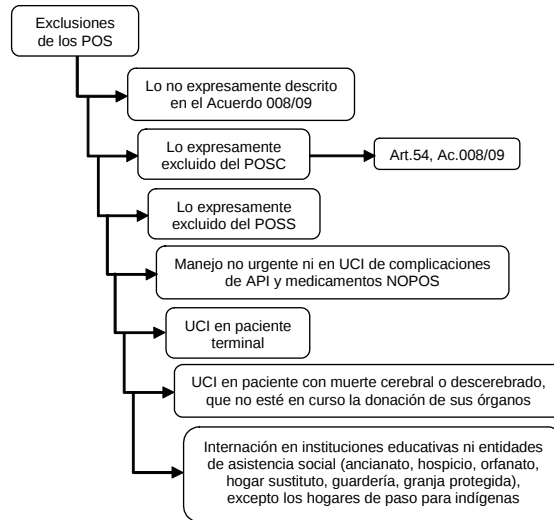
1. El asegurador cubrirá con cargo a su UPC todo medicamento o API no incluido en los Anexos 1 o 2 del Acuerdo 008/09, que posea equivalente en los mismos y cuyo precio sea menor o igual al de su equivalente incluido en el anexo correspondiente.
2. El asegurador cubrirá hasta por el precio de su equivalente incluido en el anexo correspondiente, con cargo a su UPC, todo medicamento o API no incluido en los Anexos 1 o 2 del Acuerdo 008/09.

La diferencia de precio la asumirá el FOSYGA, para el caso de afiliados al régimen contributivo, y el Ente Territorial, para el subsidiado.

Valga aclarar, que la equivalencia debe considerar la escala terapéutica, no pudiéndose pretender asumir como equivalente la tecnología más antigua.

Algoritmo 4 – Definición de exclusiones del POS

Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual
Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011



I. Cobertura de la atención de la violencia sexual.

1. La violencia sexual es siempre una urgencia.

Traigamos a revisión la definición de urgencia dada por el

Acuerdo 008/09, que aclaró y actualizó integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado:

La definición de urgencia dada por el Acuerdo 008/09 no restringe el plazo de acción de las causas ni de la ocurrencia del daño, siendo, acorde con la naturaleza de este tipo de eventos, amplia en las clases de alteraciones que incluye: física, funcional y mental; en sus grados de severidad y sus causas: cualquiera; en los daños y secuelas que puede generar y que deben ser intervenidos: a la vida, a la funcionalidad; en la atención requerida: servicios de salud en general; y en los fines que su atención

“...la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona por cualquier causa, con cualquier grado de severidad, que comprometen su vida o funcionalidad y que requieren acciones oportunas de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras.”(Sic).

Nótese, que la definición citada no restringe el plazo de acción de las causas ni de la ocurrencia del daño y que es, acorde con la naturaleza de este tipo de eventos, amplia en las clases de alteraciones que incluye: física, funcional y mental; en sus grados de severidad y sus causas: cualquiera; en los daños y secuelas que puede generar y que deben ser intervenidos: a la vida, a la funcionalidad; en la atención requerida: servicios de salud en general; y en los fines que su atención persigue: conservar la vida y prevenir cualquier tipo de consecuencias.

Si bien el Acuerdo 008/09 cambió en la definición de “urgencia” traída anteriormente por la Resolución 5261/94, que estableció el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (MAPIPOS), el requerir “...la protección inmediata de servicios de salud...”, por “... acciones oportunas de los servicios de salud...”, la esencia de tal definición se mantuvo en gran medida.

La situación de crisis y de riesgo para su vida en la que siempre se encuentra la víctima de violencia sexual, obliga a una inmediata atención, independientemente del tiempo

transcurrido desde el inicio del evento, con un despliegue amplio de medidas tanto del sector salud como de los demás sectores, a fin de garantizar la integralidad de la misma.

Pues bien, de acuerdo con lo expuesto, la violencia sexual encaja perfectamente en esta definición, justificando plenamente su condición de urgencia.

La violencia sexual es siempre una **urgencia**, independientemente del plazo y de las condiciones de su ocurrencia.

La atención inicial de la violencia sexual es siempre **atención inicial de urgencias**, sin más límites en su contenido, que los impuestos por las necesidades de la víctima.

La atención inicial de urgencia en la atención de la violencia sexual es de obligatoria prestación, de acuerdo con su nivel de complejidad, por el prestador que recibe el caso, quien, incluso si la necesidad del o de la paciente rebasara su capacidad resolutoria, no podría argumentarla para negarse a atender,

Lo anterior es recogido para niños, niñas y adolescentes, por el numeral 1 del Artículo 9, *Atención integral en salud*, del Capítulo III, *Atención integral del niño, niña y adolescente víctima de abuso sexual*, de la Ley 1146 de 2007, “Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.”:

“(…)

1. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Salud tales como EPS, IPS, ARS previamente mencionadas, de manera inmediata y en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo

estos casos como de urgencia médica...” (Subrayado y cursiva fuera de texto)

Marco normativo aplicado a la cobertura de la atención en violencia sexual.

La atención inicial de urgencias en la atención de la violencia sexual y su cobertura de acuerdo con las normas del SGSSS.

Hemos definido entonces los conceptos *urgencia* y *atención inicial de urgencias* y entendido bajo estas definiciones la violencia sexual como una urgencia, independiente del plazo y de las condiciones de su ocurrencia, y su atención inicial, que busca tres fines específicos: estabilizar los signos vitales, hacer un diagnóstico de impresión y definir el destino inmediato del paciente, como *atención inicial de urgencias*, que para efectos prácticos de cobertura en el SGSSS significa la total responsabilidad del asegurador del paciente por la atención que su condición de salud demande.

Dicho de otra manera, la atención inicial de la urgencia en la atención de la violencia sexual es de obligatoria cobertura por el asegurador y de obligatoria prestación, de acuerdo con

su nivel de complejidad, por el prestador que recibe el caso, quien, incluso si la necesidad del o de la paciente rebasara su capacidad resolutoria, no podría argumentarla para negarse a atender, debiendo prestar aquellos servicios que sean de su competencia y referir a la persona al nivel que pueda darle respuesta a sus necesidades.

Aplicación de otras normas a la cobertura de la atención de la violencia sexual.

- 2.1.1. La Ley 360/97,** *“Por medio de la cual se modifican algunas normas del título XI del Libro II del Decreto-ley 100 de 1980 (Código Penal), relativo a los delitos contra la libertad y pudor sexuales, y se adiciona el artículo 417 del Decreto 2700 de 1991 (Código Procedimiento Penal) y se dictan otras disposiciones.”*, en su ARTÍCULO 15. DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL Y LA DIGNIDAD HUMANA., ordena:

“(…)

Toda persona víctima de los delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana tiene derecho a:

(…)

Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:

1. Examen y tratamiento para la prevención de enfermedades venéreas incluido el VIH/SIDA.
2. Examen y tratamiento para trauma físico y emocional.

“(…)”

Sin embargo, esta Ley no señaló claramente a los responsables de la gratuidad en la cobertura, pudiendo entenderse, que para el caso de los afiliados serían los aseguradores quienes cubrirían los valores que se generaran por pagos compartidos (cuotas moderadoras, copagos) y los Entes Territoriales, por cuotas de recuperación.

- 2.1.2. La Ley 1146 de 2007,** *“Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.”*, en su Artículo 9, Atención integral en salud, del Capítulo III, Atención integral del niño, niña y adolescente víctima de abuso sexual., dispuso:

“(…)”

En caso de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. La no definición del estado de aseguramiento de un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual no será impedimento para su atención en salud, que en todo caso incluirá como mínimo lo siguiente:

1. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Salud tales como EPS, IPS, ARS previamente mencionadas, de manera inmediata y en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo estos casos como de urgencia médica. (Subrayado fuera de texto)
2. Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso.
3. Provisión de antirretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/Sida.
4. Durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y psicológica del niño, niña o adolescente víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias.
5. A que se recoja de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia.
6. Se dará aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF.
7. Se practicarán de inmediato las pruebas forenses, patológicas y psicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.

PARÁGRAFO. Las EPS, IPS, y ARS u otros prestadores del servicio que no cumplan de manera inmediata con lo ordenado en el presente artículo, serán objeto de sanción por parte de la Superintendencia de Salud, quien para el efecto deberá dentro de los treinta (30) días siguientes a la promulgación de la presente ley, determinar la escala de sanciones y procedimientos que estarán enmarcados dentro de los principios de celeridad y eficacia, a fin de que se cumplan efectivamente los preceptos aquí consagrados.

(...)"

- 2.1.3. La **Ley 1257/08**, *"Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los códigos penal, de procedimiento penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones"*, en su Artículo 19 del Capítulo IV estableció:

"(...)

Capítulo VI, Medidas de atención:

Artículo 19.

(...)

- a. Garantizar la habitación y alimentación de la víctima a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las Empresas Promotoras de Salud y los Administradores de

Régimen Subsidiado, prestarán servicios de habitación y alimentación en las instituciones prestadoras de servicios de salud, o contratarán servicios de hotelaría para tales fines; en todos los casos se incluirá el servicio de transporte de las víctimas, de sus hijos e hijas.

Adicionalmente, contarán con sistemas de referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, siempre garantizando la guarda de su vida, dignidad, e integridad.

b. Cuando la víctima decida no permanecer en los servicios hoteleros disponibles, o estos no hayan sido contratados, se asignará un subsidio monetario mensual para la habitación y alimentación de la víctima, sus hijos es hija, siempre y cuando se verifique que el mismo será utilizado para sufragar estos gastos en un lugar diferente a que habite el agresor. Así mismo este subsidio estará condicionado a la asistencia a citas médicas, psicológicas o psiquiátricas que requiera la víctima.

En el régimen contributivo éste subsidio será equivalente al monto de la cotización que haga la víctima al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y para el régimen subsidiado será equivalente a un salario mínimo mensual vigente.

c. Las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras de Régimen Subsidiado serán las encargadas de la prestación de servicios de asistencia médica, psicológica y psiquiátrica a las mujeres víctimas de violencia, a sus hijos e hijas.

Parágrafo 1°. La aplicación de las medidas definidas en los literales a. y b. será hasta por seis meses, prorrogables hasta por seis meses más siempre y cuando la situación lo amerite.

Parágrafo 2°. La aplicación de éstas medidas se hará con cargo al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(...)"

Sin embargo, en su Artículo 13 del Capítulo IV, estableció:

"(...)

CAPÍTULO IV

Medidas de sensibilización y protección

Artículo 13. Medidas en el ámbito de la salud. El Ministerio de la Protección Social, además de las señaladas en otras leyes, tendrá las siguientes funciones:

(...)

2. Reglamentará el Plan Obligatorio de Salud para que incluya las actividades de atención a las víctimas que corresponda en aplicación de la presente ley, y en particular aquellas definidas en los literales a., b. y c. del artículo 19 de la misma.

(...)"

Contrario a la Ley 1257/2008, las Leyes 360/97 y 1146/2007 no dispusieron la reglamentación de lo ordenado por ellas para su aplicación, entendiéndose entonces, que tienen efecto inmediato desde su vigencia.

En el Comunicado número 48 del 29 de septiembre del 2010, la Honorable Corte Constitucional, en su Sentencia de Constitucionalidad C-776/10, del Magistrado Ponente Jorge Iván Palacio Palacio, "...declaró EXEQUIBLES los artículos 13 (parcial) y 19 (parcial) de la Ley 1257 de 2008, "Por la cual se dictan normas de sensibilización y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones",..." sólo por los cargos examinados en esa providencia.

Sobre los fundamentos de la decisión, dijo el comunicado:

"(...)

Fundamentos de la decisión

El análisis de la Corte parte de una concepción expansiva, universal, amplia e integral del derecho a la salud, que impide restringir su protección a prestaciones tales como valoración médica, tratamientos, procedimientos quirúrgicos, medicación o suministro de medicamentos, ya que la naturaleza misma de este derecho comprende una gran diversidad de factores, que tanto la ciencia médica como la literatura jurídica no alcanzan a prever. Así mismo, tuvo en cuenta la aplicación del principio de progresividad en la protección del derecho a la salud (arts. 48 y 49 C.P.).

En esa medida, consideró que en aras de proteger adecuadamente el derecho a la salud, el legislador puede permitir que determinados tratamientos y prestaciones hagan parte de las garantías consagradas a favor del paciente o de quien resulte víctima de actos violentos. Así, las relacionadas con alojamiento y alimentación durante el período de transición requerido por las mujeres víctimas de agresiones físicas o psicológicas, no pueden ser considerados como sinónimo de hotelería turística y gastronomía, sino como ayudas terapéuticas propias del tratamiento recomendado por personal experto y requerido por las personas que resultan afectadas, resultando indispensable la reubicación temporal de quienes razonablemente, según la ley y el reglamento, ameritan un tratamiento preferencial y especial. (...) la Sala determinó que las prestaciones de alojamiento y alimentación suministradas a la mujer víctima de violencia, hacen parte de las medidas de protección y atención propias de su derecho integral a la salud, siempre y cuando sean proporcionadas dentro de las condiciones previstas (i) en la Constitución Política; (ii) en la Ley 1257 de 2008; (iii) en el reglamento que deberá expedir el Ministerio de la Protección Social; y (iv) en esta providencia. La concesión de alojamiento y alimentación ampara el derecho a la salud de la agraviada, en cuanto procura su estabilización física y emocional, permitiéndole

gozar de un período de transición al cabo del cual, podrá continuar con la ejecución del proyecto de vida por ella escogido.

En cuanto al cuestionamiento relativo a las sumas de dinero que se requerirán para cubrir las prestaciones de alojamiento y alimentación establecidas a favor de la mujer víctima de violencia, en detrimento de otras áreas prioritarias del Sistema de Seguridad Social en Salud, la Corte encontró que conforme a la exigencia prevista en la norma orgánica del presupuesto (art. 7° de la Ley 819 de 2003), durante el curso del proyecto de ley se discutió sobre su soporte presupuestal e impacto fiscal de mediano plazo, a partir de lo señalado en la exposición de motivos de la ponencia presentada a consideración de las cámaras. Esta exposición prevé como fuentes fiscales tanto los recursos de los programas contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo sobre protección a la familia, la infancia y la juventud y en particular, los concernientes a prevención y atención de la violencia intrafamiliar y de apoyo a la mujer; así mismo, los componentes del Plan Colombia, en el capítulo de fortalecimiento institucional y desarrollo social, específicamente, los planes y programas de la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Ante las observaciones formuladas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público respecto de la falta de precisión de las fuentes de financiación de dichos servicios, los congresistas presentaron el pliego de modificaciones reemplazando los centros de acogida o refugios por las medidas de alojamiento y alimentación, por considerar que causaban un menor impacto fiscal. Sin embargo, sobre los efectos fiscales de estas medidas no aparece un análisis del Ministerio que demuestre su inviolabilidad, como lo ha precisado de manera reiterada la jurisprudencia constitucional, en cuanto la intervención del Gobierno Nacional en el trámite de los proyectos de Ley no condiciona la validez de la normativa, pues la observación inicial del Gobierno no puede entenderse como un veto sobre la actuación del Congreso ni puede convertirse en una barrera para que el legislador ejerza su función legislativa, de manera que el concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público no es obligatorio, ni las cámaras legislativas están en el deber de acoger los criterios del ejecutivo.

No obstante, atendiendo a los principios de coordinación y concurrencia aplicables a las actuaciones que mancomunadamente deben adelantar el Congreso de la República y el Gobierno, la Corte advirtió que ambos deben procurar que el ejercicio de sus competencias desemboque en la elaboración de normas financieramente sostenibles y fiscalmente realizables. Fue así como el Congreso de la República procuró disminuir el impacto fiscal mediante la adopción de medidas consideradas menos onerosas, pero que finalmente tendrán consecuencias económicas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es decir, corresponde al Gobierno elaborar un nuevo estudio sobre las implicaciones fiscales de la Ley 1257 de 2008 y con base en éste, incluir las partidas en los presupuestos pertinentes para proceder a ordenar el gasto respectivo.

En conclusión, para la Corte, las expresiones acusadas de los artículos 13 y 19 de la Ley 1257 de 2003 no desconocen las previsiones de los artículos 48 y 49 de la Constitución, toda vez que (i) las prestaciones de alojamiento y alimentación establecidas a favor de la mujer víctima de violencia hacen parte del derecho a la salud y (ii) el legislador, en ejercicio legítimo de sus potestades ha decidido que los recursos para proveer tales prestaciones estarán a cargo del Sistema General de Seguridad Social en salud, de manera que tampoco se viola el principio de especificidad de los recursos del Sistema de Seguridad Social en salud.

(...)”

La **Resolución 1776/2008**, de la Superintendencia Nacional de Salud, *“Por medio de la cual se determina la escala de sanciones y procedimientos por incumplimiento a los preceptos señalados en el artículo 9° de la Ley 1146 de 2007.”*, estableció multas que van de uno (01) a entre mil doscientos y dos mil (1200 y 2000) SMLMV, por una vez o en forma sucesiva, a aseguradores o

- ◆ Provisión de antirretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/Sida.
 - ◆ Evaluación física y psicológica, durante la atención de la urgencia, del niño, niña o adolescente víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias.
 - ◆ Recolección oportuna y adecuada de evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia.
 - ◆ Práctica inmediata de pruebas forenses, patológicas y psicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.
3. La Ley 1257/2008 fue muy tímida, dejando sujeto a reglamentación lo establecido por ella, reglamentación que aun no se ha realizado.

Así las cosas, se entiende que los servicios descritos por las dos primeras leyes corren a cargo de los aseguradores, para los afiliados, y de los Entes Territoriales, en el caso de los no afiliados, y que serían los primeros quienes cubrirían los valores que se generaran por pagos compartidos (cuotas moderadoras, copagos) y los segundos, por cuotas de recuperación.

Todo lo anterior significa, que la atención de la violencia sexual se sigue rigiendo por lo establecido en las normas que regulan los POS, de acuerdo con las competencias y obligaciones definidas para los diferentes actores del sistema, con los ajustes introducidos por las normas arriba mencionadas.

La cobertura de esos servicios de salud debe considerar entonces los criterios explícitos e

La mencionada estrategia ha logrado reducir con tendencia a cero los casos de transmisión del VIH de madre a hijo en la población atendida en la red pública hospitalaria.

La organización de rutas de atención intrasectorial e intersectorial es otra estrategia para reducir los plazos de atención efectiva de la violencia sexual. Estas rutas deben ser consultadas en la sección correspondiente.

¿En la atención de la violencia sexual esto es POS o NOPOS?

La respuesta a esta permanente pregunta, surgida en el desarrollo de cualquier atención de salud que se preste en el marco del SGSSS y no solo de la violencia sexual, se obtiene a través de la aplicación sistemática de los criterios de cobertura definidos por la norma vigente.

Para obviar este ejercicio, se ha elaborado una tabla de contenidos de la atención de la violencia sexual y su cobertura por condición de afiliación, la cual puede ser usada como referencia para la toma de decisiones. (Ver tabla 1).

Reduciendo el error

En el proceso de aplicación de criterios para la definición de la cobertura de API, medicamentos e insumos en el POS, se pueden cometer errores que conlleven a conclusiones erradas. Para facilitar este ejercicio se sugiere apoyarse en los algoritmos 1, 2 y 3, descritos arriba.

Mecanismos expeditos en el Distrito Capital, para la cobertura de lo no cubierto por los planes de beneficios: ¿una experiencia para adaptar o para adoptar?

En aras de proteger el derecho a la salud de la población afiliada al SGSSS, así como de cuidar la debida ejecución de los recursos públicos de destinación específica para tal fin, en el marco de la normatividad vigente en salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá emitió una directriz para garantizar la prestación oportuna de servicios de atención en salud NO POSS²¹⁰ a los afiliados al régimen subsidiado, entendidos como aquellos que desborden los contenidos en su plan de beneficios.

Para ello se expusieron los antecedentes relacionados con la decisión y se establecieron definiciones para la interpretación y aplicación de lo mandado:

“(…)

1. El Acuerdo 08/09 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) actualizó los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

²¹⁰ Para los menores de dieciocho años, el POSS es el previsto en las normas del régimen contributivo.

2. La Corte Constitucional, mediante Sentencia de Constitucionalidad 252 del 16 de abril del 2010 resolvió declarar inexecutable el Decreto 4975/09, por medio del cual el Gobierno Nacional declaró la Emergencia Social en Salud, dejando sin fundamento los decretos emitidos durante dicho estado de excepción.
3. Dejadados sin efecto jurídico los decretos de la Emergencia Social, las normas en vigor a la fecha de su expedición recobraron vigencia el 16 de abril del 2010.

Definiciones:

1. Pertinencia médica: medida en que la atención médica corresponde a la naturaleza de la condición de salud del paciente que la demanda.
2. Proporcionalidad: medida en que la magnitud de la atención médica corresponde a la magnitud de la necesidad en salud del paciente que la demanda.
3. Servicios de atención en salud: medicamentos, actividades, procedimientos e intervenciones, con los recursos e insumos necesarios para su desarrollo y cumplimiento.
4. Necesidad: grado en que la prestación se hace imprescindible para recuperar la salud o disminuir o eliminar cualquier probabilidad de daño para la vida del o de la paciente.

(...)”

Efectuado lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, como entidad rectora del SGSSS en el Distrito Capital, estableció la directriz para garantizar la prestación oportuna de los servicios de atención en salud NO POSS, en los siguientes términos:

“(…)”

1. Servicios de atención en salud NO POSS requeridos por un afiliado al régimen subsidiado, atendido en la red adscrita o complementaria de prestadores de servicios de salud, contratada por el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS):
 - a. En la atención posterior a la inicial de urgencias el prestador debe:
 - Cumplidos los fines de la atención inicial de urgencias (estabilizar los signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definir el destino inmediato del paciente que la demanda), a través de la prestación de actividades, procedimientos e intervenciones, con los recursos e insumos necesarios para su desarrollo y cumplimiento, que a juicio médico se realicen durante ella, el prestador, teniendo contratado el servicio de atención en salud requerido por el o la paciente, agotar las posibilidades terapéuticas contenidas en el POSS, aplicar los criterios de pertinencia médica, proporcionalidad y necesidad de la prestación para recuperar la salud o disminuir o eliminar cualquier probabilidad de daño para la vida del o de la paciente, lo que deberá constar en la correspondiente historia clínica.

-

- Del requerimiento, verificar el agotamiento de las posibilidades terapéuticas contenidas en el POSS, la pertinencia médica, la proporcionalidad y la necesidad de la prestación para recuperar la salud o disminuir o eliminar cualquier probabilidad de daño para la vida del o de la paciente, a través del estudio por el Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT) de la solicitud justificada del médico tratante.
- Solicitar autorización al grupo de Electivas de la Secretaría Distrital de Salud, anexando la justificación del médico tratante, el acta del CFT, documentos del paciente y el formato de referencia y contrarreferencia.
- Proceder de acuerdo con la respuesta emitida por el grupo de Electivas: prestar el servicio de atención en salud directamente y facturar al FFDS o ubicar al o la paciente en la red contratada por este.

Nota: La facturación estará sometida a auditoría médica, administrativa y financiera.

3. Fallos de tutela:

El procedimiento para garantizar la prestación oportuna de los servicios de atención en salud requeridos a la Secretaría Distrital de Salud por fallo de tutela, seguirá la siguiente directriz:

En la atención ambulatoria u hospitalaria el prestador debe:

- Prestar el servicio de atención en salud, de acuerdo con lo ordenado por el Juez y lo solicitado por la Dirección de Aseguramiento en Salud – Servicios al Vinculado de la Secretaría Distrital de Salud.
- Facturar con cargo al FFDS.

Nota: La facturación estará sometida a auditoría médica, administrativa y financiera.

4. Acompañamiento al usuario:

En la atención de personas afiliadas al Régimen Subsidiado, que demanden servicios de salud no incluidos en el POSS, cuando medie prescripción médica, referencia, contrarreferencia o interconsulta, las EPSS deben garantizar su acompañamiento en coordinación con el responsable del pago, hasta tanto no se haga efectiva su transferencia a la red dispuesta por éste último.

(...)”

Siguen firmas y fin del documento.

En respuesta a la inquietud presentada por uno de los prestadores, en cuanto a lo escrito en el numeral 1, literal b, de la “Directriz para garantizar la prestación de servicios de atención en salud NO POSS”, la entidad emisora aclaro lo siguiente:

“(…)

1. La directriz en cuestión no pretende, de ninguna manera, ignorar o modificar lo establecido por la norma vigente en salud, lo que queda explícito en el propósito escrito en su parte introductoria: “...proteger el derecho a la salud de la población afiliada al SGSSS, así como (...) cuidar la debida ejecución de los recursos públicos de destinación específica para tal fin, (...) en el marco de la normatividad vigente en salud, (...)”, para garantizar “...la prestación oportuna de servicios de atención en salud NO POSS²¹³ a los afiliados al régimen subsidiado, entendidos como aquellos que desborden los contenidos en su plan de beneficios,...”.
2. De la misma manera, esta directriz no persigue modificar unilateralmente lo establecido contractualmente entre el FFDS y las ESE, en cuanto a la prestación de servicios de salud no cubiertos por el POS-S y contenidos en el POSC, a la población subsidiada que los demande, condiciones que sólo en el contexto de los ajustes que ha determinado la norma vigente en salud, se podrían cambiar.
3. Para la garantía de servicios de salud contenidos en el POSC, pero no cubiertos por el POS-S a la población subsidiada que los demande, la Secretaría Distrital de Salud ya ha establecido y ratificado las condiciones de su cobertura, consistentes en su prestación con cargo al contrato vigente y su sujeción a auditoría posterior.

De lo anterior se desprende, que la lectura de la directriz establecida se debe hacer en el contexto de lo normado y lo contractualmente pactado, entendiéndose entonces, que aquellos servicios no contenidos en el POSS, pero sí en el POSC y contratados con las ESE, salvo algunas excepciones como la polisomnografía, por ejemplo, se prestan al paciente subsidiado que las demande, con cargo al contrato entre el FFDS y la ESE correspondiente, aplicando, claro está, los criterios de pertinencia médica, proporcionalidad y necesidad de la prestación y habiendo agotado las posibilidades terapéuticas contenidas en el POSS, lo que deberá constar en la correspondiente historia clínica y será objeto de auditoría.

A los componentes de la atención no contenidos en el POSS ni en el POSC, les aplica lo establecido en la directriz y deben someterse a Comité de Farmacia y Terapéutica.

Sea esta la ocasión para aclarar también, que los medicamentos NO POSC que sean ordenados ambulatoriamente por un prestador no contratado por el FFDS, dentro de la atención de pacientes con una condición de salud con cobertura incluida en el POSS, por ejemplo infección por el VIH, se someten igualmente a revisión por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la IPS prescriptora, entrega por ella, recobro al FFDS y auditoría por este último.

La requisición de una actividad, procedimiento o intervención, diagnóstica o terapéutica, no incluida en el POS C, ordenada ambulatoriamente por un prestador no contratado por el FFDS, dentro de la atención de pacientes con una condición de salud con cobertura incluida en el POSS, se tramita, previa revisión por el Comité de Farmacia y Terapéutica de esa IPS, a través

²¹³ Para los menores de dieciocho años, el POSS es el previsto en las normas del régimen contributivo.

del grupo de Electivas de la Secretaría Distrital de Salud, quien define al proveedor del servicio y gestiona su autorización.

(...)”

Siguen firmas y fin del documento.

Las estrategias de centralización.

Con el fin de garantizar la estandarización de los procesos relacionados con la toma de muestras, su embalaje, procesamiento, emisión y entrega oportuna de resultados y la generación de información confiable y oportuna, así como de lograr economía a escala en el diagnóstico y seguimiento por laboratorio clínico de eventos de interés en salud pública para el Distrito Capital, tales como la infección por el VIH y el SIDA, el cáncer de cuello uterino, el hipotiroidismo congénito y la intoxicación con drogas de abuso y drogas de uso delictivo, la Secretaría Distrital de Salud ha implementado las estrategias de centralización del diagnóstico y seguimiento de estos eventos, a través de la contratación de su administración con algunas de las ESE distritales, las cuales, en cumplimiento de lo contratado, han creado sendos laboratorios centralizados y montado todo un andamiaje logístico para la optimización y estandarización de los procesos y procedimientos que van desde la toma de muestra en el prestador que realiza la atención de pacientes, hasta la entrega efectiva al mismo, de los resultados de la muestra procesada.

La centralización del diagnóstico y seguimiento se ha acompañado de la descentralización de la toma de muestras, la que se realiza bajo protocolos estándares, diseñados y vigilados en su cumplimiento por el mismo operador de la estrategia.

Las estrategias de centralización del diagnóstico y seguimiento por laboratorio clínico de los eventos ya mencionados, han favorecido el desarrollo y fortalecimiento de otras estrategias afines, como la de reducción de la transmisión de madre a hijo, implementada en el país a comienzos de la presente década por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y la Comisión Europea (CE).

Anexo 3 – El transporte en el POS

- S3** **SERVICIOS DE TRASLADO (TRANSPORTE) DE PACIENTES (AMBULANCIA)**
Incluye: UTILIZACION DE LA UNIDAD MOVIL (VEHICULO), RECURSOS HUMANOS Y TECNICOS CALIFICADOS, DOTACION BASICA Y REQUISITOS MINIMOS, PARA EL TRANSPORTE EXCLUSIVO DE PACIENTES, SEGUN LA REGLAMENTACION VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES. Y LA NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC 3729 DEL 30 DE MAYO DE 2001
- S3.1** **SERVICIO DE TRASLADO BASICO DE PACIENTES (TAB)**
Incluye: LOS REQUERIMIENTOS MINIMOS DE RECURSO HUMANO Y DOTACION ESPECIFICA DE ACUERDO CON REGLAMENTACION VIGENTE. UNIDAD MOVIL DESTINADA AL TRASLADO DE PACIENTES CUYO ESTADO REAL O POTENCIAL NO PRECISEN CUIDADO ASISTENCIAL ESPECIALIZADO DURANTE EL TRANSPORTE.
- S3.1.1** **TRASLADO ACUÁTICO BÁSICO DE PACIENTES**
- S3.1.1.01** **TRASLADO ACUATICO BASICO DE PACIENTES, PRIMARIO**

- S3.1.1.02 TRASLADO ACUATICO BASICO DE PACIENTES, SECUNDARIO
- S3.1.2 TRASLADO AEREO BASICO DE PACIENTES**
- S3.1.2.01 TRASLADO AEREO BASICO DE PACIENTES, PRIMARIO
- S3.1.2.02 TRASLADO AEREO BASICO DE PACIENTES, SECUNDARIO
- S3.1.3 TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES**
- S3.1.3.01 TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES, PRIMARIO
- S3.1.3.02 TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES, SECUNDARIO
- S3.3 SERVICIO DE TRASLADO MEDICALIZADO DE PACIENTES (TAM)**
- Incluye: LOS REQUERIMIENTOS MINIMOS DE RECURSO HUMANO Y DOTACION ESPECIFICA DE ACUERDO CON REGLAMENTACION VIGENTE. UNIDAD MOVIL DESTINADA AL TRASLADO DE PACIENTES CUYO ESTADO POTENCIAL ES DE ALTO RIESGO Y REQUIEREN EQUIPAMIENTO, MATERIAL Y PERSONAL ESPECIALIZADO DURANTE EL TRANSPORTE; LAS HAY PARA ADULTOS, NEONATALES Y MIXTAS.
- S3.3.1 TRASLADO ACUATICO MEDICALIZADO DE PACIENTES**
- S3.3.1.01 TRASLADO ACUATICO MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO
- S3.3.1.02 TRASLADO ACUATICO MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO
- S3.3.2 TRASLADO AÉREO MEDICALIZADO DE PACIENTES**
- S3.3.2.01 TRASLADO AÉREO MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO
- S3.3.2.02 TRASLADO AÉREO MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO
- S3.3.3 TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES**
- S3.3.3.01 TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO
- S3.3.3.02 TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO
- S3.4 SERVICIO PREHOSPITALARIO §**
- S3.4.0 SERVICIO PREHOSPITALARIO Y APOYO TERAPEUTICO EN UNIDADES MOVILES §**
- Incluye: EL CONJUNTO DE UNIDADES MOVILES, RECURSO HUMANO Y DOTACION ESPECIFICA DE ACUERDO CON REGLAMENTACION VIGENTE, PARA LA ATENCION DE URGENCIAS O EMERGENCIAS, DISPONIBLES PARA DESPLAZARSE EN FORMA OPORTUNA AL LUGAR DE OCURRENCIA DE EMERGENCIA, URGENCIA O DESASTRE PARA BRINDAR LA ATENCION INICIAL POR CUALQUIER AFECCION, MANTENER ESTABILIZADO EL PACIENTE Y TRASLADARLO A UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ADEMAS DE ORIENTAR RESPECTO DE LAS CONDUCTAS PROVISIONALES QUE SE DEBEN ASUMIR MIENTRAS SE PRODUCE EL CONTACTO DE LA UNIDAD MOVIL CON LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
- S3.4.0.00 SERVICIO PREHOSPITALARIO Y APOYO TERAPEUTICO EN UNIDADES MOVILES SOD

Anexo. 1

Oferta de acciones de prevención en el SGSSS

Definiciones

FUENTE	DEFINICION
Plan Nacional de Salud Pública,	para el cual la prevención se entiende como “el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir”,

Actividades de Prevención²¹⁴

Para ser realizada con personas, grupos, familias y comunidades en situación de riesgo o que han empezado a sufrir problemas o trastornos mentales.

Se realizan en los siguientes grupos:

Grupos de mayor riesgo identificables entre las personas que acuden a las IPS: consultadores crónicos, problemas y patologías agudas, víctimas de las diferentes formas de violencia, familiares de personas con trastornos mentales o discapacidad crónica, personas de grupos vulnerables como minorías étnicas, en situación de desplazamiento, niños y niñas con dificultades escolares, etc.

Personas en las que es posible detectar, mediante tamizaje, síntomas o situaciones de alto riesgo para su salud mental, en las actividades habituales del equipo de salud tales como: Evaluaciones de salud ocupacional, certificados de salud para centros educativos y universidades, consulta de niño sano, consulta de adolescentes, consultas de tercera edad.

Actividades:

Actividad psicosocial grupal: Realizada por el psicólogo, médico, enfermera, trabajadora social u otro integrante del equipo de salud, dirigidas a grupos con alto riesgo de presentar problemas o trastornos mentales.

Actividad comunitaria: Realizada por la trabajadora social, psicólogo, enfermera, médico u otro integrante del equipo de salud general, con organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias, redes sociales, grupos de autoayuda, centros educativos, centros de formación técnica y profesionales, empresas y fabricas.

²¹⁴ Tomados del documento borrador modelo de APS en salud mental. MPS Diciembre 2008.

Estrategias Nacionales para enmarcar acciones en prevención de la violencia sexual

Estrategias propuestas por la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. La prevención de la violencia doméstica y sexual, como línea de acción de la política de SSR, propone estrategias para la implementación de modelos de promoción y prevención, en este sentido se deben tener en cuenta las siguientes:

Estrategias de (IEC), a través de las cuales se planean, implementan y evalúan acciones para generar o desarrollar competencias cognitivas y sociales en los individuos y los colectivos. A través de estas estrategias, se fundamentan procesos de sensibilización y movilización, creando así un clima propicio para el cambio a través del desarrollo de proyectos dirigidos a que la ciudadanía conozca qué comportamientos constituyen violencia sexual y se sensibilice frente a la importancia de rechazarlos y denunciarlos.

Coordinación intersectorial e interinstitucional, como medio para que todos los actores del Estado y de la sociedad civil que tienen responsabilidades y competencias en el abordaje de la violencia sexual asuman un papel activo en función de una agenda común.

Fortalecimiento de la gestión institucional, no solo al interior de las instituciones sino en el nivel de las relaciones que éstas establecen con otras y las que deben realizarse en conjunto con la sociedad

Fortalecimiento de la participación, a partir de la información, formación y exigibilidad de los derechos con énfasis en los servicios de atención integral a cargo de las entidades prestadoras de servicios de salud, así como ejercer acciones de control social de la calidad de dichos servicios.

Potenciación de las redes sociales de apoyo, a partir del desarrollo de habilidades para el establecimiento de relaciones personales y afectivas que se constituyan en factores protectores contra la violencia,

Desarrollo de investigación, que desde una lectura de factores socioculturales contribuya a focalizar los comportamientos violentos y los tipos de violencia en los municipios, departamentos y regiones particulares, para la generación de acciones integrales que respondan a las necesidades identificadas.

Implementación de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes

Como estrategia para fortalecer la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes y como medio para facilitar el cumplimiento de las metas propuestas en la Política Nacional de SSR, esta iniciativa se enfoca en la “implementación de acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, movilización de la demanda temprana y mejoramiento de la prestación de servicios en un marco de equidad de género y derechos sexuales y reproductivos”²¹⁵. El modelo de servicios amigables para adolescentes y jóvenes es dirigido a todos los actores del SGSSS.

En relación a la violencia sexual, es determinante focalizar dentro de esta propuesta estrategias de prevención de la violencia sexual en la población adolescente y joven, teniendo en cuenta que durante el 2008 de acuerdo a cifras del INML²¹⁶, se reportaron 10199 casos de violencia sexual en población entre 10 y 24 años, constituyéndose en un 54% del total reportado. Es así como desde el modelo de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes se especifica la asesoría sobre maltrato y abuso, incluyendo abuso sexual, para lo cual sugiere lo siguiente:

Que asesorar?

- Formas de maltrato y abuso, incluyendo el abuso sexual.
- Medidas para evitar y/o enfrentar el maltrato y/o abuso sexual.
- Orientaciones sobre mecanismos legales de protección, acceso a protección y apoyo.

²¹⁵ Modelo servicios amigables UNFPA-MPS 2008

²¹⁶ Forenses. Dictámenes sexológicos 2008

- En caso de abuso sexual: prevención del embarazo, uso de píldoras anticonceptivas de emergencia, pruebas para detección de VIH y otras ITS.
- Información sobre organizaciones de apoyo psicológico y legal para estos casos.

Estrategia AIEPI Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Como estrategia nacional que ha contribuido a las prioridades de salud pública del país, se centra en el bienestar general del niño y la niña, teniendo en cuenta la variedad de factores de riesgos graves que los afectan buscando reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, y promover su mejor crecimiento y desarrollo. Al abarcar componentes preventivos y curativos e involucrar para su aplicación a las familias, las comunidades y los servicios sanitarios, se vuelve potencial para generar acciones en la prevención de la violencia sexual.

Dentro de los objetivos que plantea la estrategia se encuentra:

- Fortalecer la calidad de la atención de los servicios en la comunidad.
- Fortalecer las prácticas familiares y comunitarias en el cuidado y protección de los niños y las niñas.
- Sumarse a los esfuerzos locales para fortalecer actitudes, habilidades y prácticas en la familia y la comunidad.

Es así como promoviendo el mejoramiento de condiciones y estilos de vida, favoreciendo la coordinación y participación intra e intersectorial pública, privada y comunitaria; y fomentando la aplicación de factores protectores de la salud y el control de los de riesgo, se garantiza la calidad de vida de niños y niñas, evitando toda clase de abusos incluido el abuso sexual.

¿Cuáles son los componentes de la estrategia vinculados a la prevención de la violencia sexual?

- Fortalecimiento de la organización de los servicios.
- Mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias en el cuidado y protección de los niños y las niñas. Construir y poner en práctica las competencias familiares y sociales requeridas para la toma de decisiones que favorecen el cuidado y protección de niños y niñas.
- Mejoramiento de las habilidades para cuidar adecuadamente a los niños y las niñas. Estas habilidades pueden ser de diferente orden: gerenciales, organizativas, de comunicación, de liderazgo, de resolución de conflictos y para la atención integral, entre otras.

Atención Primaria en Salud (APS)²¹⁷.

Estrategia que ha demostrado convertirse en la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo alcanzable para la comunidad y el país; la APS promueve la integralidad de la atención en salud mediante la acción coordinada y complementaria de recursos y tecnologías presentes en diversos niveles de atención, especializados y no especializados, en torno a la resolución de las necesidades de los casos.

La prevención de la violencia sexual debe ser un eje estratégico de acción, coherente con los territorios. El Ministerio de Protección social plantea estrategias de APS en Salud Mental, las cuales dentro de sus objetivos contienen:

- ✓ Promover la participación social.
- ✓ Generar procesos de atención integral.
- ✓ Construir una organización por niveles de complejidad.

²¹⁷ Estrategia incluida en la declaración de Alma – Ata de 1978 para alcanzar “Salud para todos”.

- ✓ Incluir el componente de salud mental en las acciones de salud.
- ✓ Desarrollar acciones específicas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- ✓ Establecer sistemas de referencia y contrarreferencia.
- ✓ Implementar servicios de asesoría especializada en salud mental.

NIVEL DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL

Orientadas por el Plan Nacional de Salud Pública y la ley 715, está en los departamentos y los municipios las siguientes competencias:

NIVEL DEPARTAMENTAL	NIVEL MUNICIPAL
Formula planes, programas y proyectos en armonía con las metas nacionales y adecuando tales disposiciones a las prioridades de cada departamento	Desarrolla los planes, programas y proyectos para la población de su jurisdicción de conformidad con las prioridades nacionales y departamentales
Vigila el desarrollo de las acciones en la población	Vigilan la acción coordinada de los prestadores y aseguradores el cumplimiento de las líneas de acción.
Asesora a los municipios en los aspectos técnicos y operativos	

Prestadores de Servicios de Salud EPS / IPS

Muchas veces el sistema de salud es la única alternativa que actúa con todas las personas en algún momento de sus vidas, situación relevante para las situaciones de violencia que llevan a que aumenten los riesgos de otros problemas de salud, siendo esta la oportunidad para prevenir situaciones de mayor riesgo o reincidencia de eventos violentos.

Es así como juegan un papel fundamental los programas de atención primaria en la comunidad, los programas dirigidos a la población infantil y adolescente, las salas de urgencias, la consulta de planificación familiar, la consulta prenatal, la atención al parto, la consulta pediátrica, los servicios ginecológicos y de atención a ITS, la atención al parto, entre otros que se presentan a continuación bajo la estructura del SGSSS.

Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que deben ser ejecutadas por las EPS, Entidades Adaptadas y ARS a sus afiliados y por las IPS públicas a los afiliados al sistema, se fundamentan en la resolución 412 de 2000, mediante la cual se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como las establecidas por el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud MAPIPOS²¹⁸, las cuales se organizan en el primer nivel de complejidad.

Actividades de promoción y prevención Resolución 412 de 2000:

- Protección específica: Entendida como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad, toda EPS e IPS debe garantizar programas en:
 - a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
 - b. Atención Preventiva en Salud Bucal
 - c. Atención del Parto.
 - d. Atención al Recién Nacido
 - e. . Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres
- Detección temprana: Entendida como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción

²¹⁸ Artículo 102. Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte, entre ellas se encuentran:

- a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)
- b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
- c. Detección temprana de las alteraciones del embarazo
- d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)
- e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino
- f. Detección temprana del cáncer de seno
- g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

ACUERDO 08

¿COMO SE RELACIONAN LAS ACCIONES NORMADAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN CON LA VIOLENCIA SEXUAL?

A través de los programas normados los y las profesionales de la salud no deben dejar pasar por alto la oportunidad para socializar acciones informativas, formativas y educativas relacionadas con el fortalecimiento de conductas protectoras hacia la infancia y la adolescencia, hacia la familia y la comunidad como espacios protectores por naturaleza.

Es así como las actividades de protección específica y detección temprana, sí como las normadas por el Acuerdo 08, son potenciales en la prevención de la violencia sexual, para lo cual los y las profesionales de salud encargados de estas actividades busquen a través de ellas:

- Promover la cultura del cuidado de los niños y las niñas y la responsabilidad de padres, madres y cuidadores-as.
- Fortalecer la familia.
- Afianzar vínculos afectivos que promuevan la construcción de comportamientos saludables.
- Potencializar el compromiso y la responsabilidad de cuidado y autocuidado, que posibilitan que las personas puedan estar atentas frente a cualquier indicio de violencia sexual y actuar ante ello.
- Brindar apoyo y orientación del proceso de adaptación a roles de paternidad-maternidad, y otros etapas del ciclo vital.

En el desarrollo de estas acciones es fundamental que la atención sea humana y de calidad generada en el marco de los derechos, lo que en conjunto promueve comportamientos que se convierten implícitamente en factores protectores para la prevención de situaciones de violencias incluida la violencia sexual.

Programas de Prevención Colectivos

A través de las acciones que transcurren en el Plan de Intervenciones colectivas (PIC²¹⁹), como conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a

²¹⁹ Resolución 425 de 2008. Plan de Salud Territorial y Plan de Intervenciones Colectivas

promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad, complementarias a las acciones previstas en el POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y las acciones de tipo extramural lideradas por el sector salud, es estratégico integrar en ellas los procesos de prevención de la violencia sexual, ya que desde la mirada de desarrollo territorial se apunta a la construcción compartida y transformadora de acuerdo a las necesidades sociales.

Anexo 2

Signos y síntomas de violencia sexual detectables en salud oral²²⁰.

Es importante tener en cuenta que los hallazgos de lesiones en los tejidos orales deben ser documentados describiendo su forma, su tamaño y ubicación exacta. De ser posible deben documentarse fotográficamente las lesiones encontradas. Los siguientes hallazgos están asociados a violencia sexual:

Tejidos blandos: Equimosis, Hematomas y/o edema en vermellón de labios, mucosas labial superior y/ o inferior, Equimosis en frenillos labiales superior y/ o inferior, Equimosis en encía vestibular, pueden ser producto de un mecanismo contundente propinado por el agresor o por algún elemento que golpea en forma violenta la boca dentro de las circunstancias que rodean el abuso o el asalto sexual con el fin de controlar a la víctima.

Tejidos Dentarios: Los dientes están conformados por tejidos como el esmalte, el tejido más duro del organismo, sin embargo, también es uno de los tejidos más frágiles. Un golpe, un mecanismo contundente, propinado por un agresor puede fracturar los tejidos dentarios de las estructuras anteriores (incisivos, caninos e inclusive los premolares), es necesario hacer una correlación entre las lesiones observadas de los tejidos blandos como en el vermellón, la mucosa labial y los frenillos con los tejidos dentarios con el hallazgo de las fracturas dentarias (se debe tener en cuenta la descripción de los bordes del diente, ya que una fractura dentaria reciente, tiene bordes cortantes y agudos; una fractura antigua tiene bordes que se van tornando romos, sin filos por uso de los mismos por la función masticatoria), esto ayudara con el nexo de causalidad. Si la fractura está sobre las cúspides de los dientes posteriores y más aun, si se encuentran ubicadas sobre las cúspides palatinas o linguales de los molares se debe sospechar la entrada en forma violenta de algún instrumento rígido, un arma, un palo, etc., debiendo relacionarse con equimosis en la en la mucosa lingual o palatina. Si víctima/sobreviviente la refiriere golpes a nivel oral o los hallazgos son compatibles con trauma oral, se debe realizar un test de movilidad dental (este se realiza con dos instrumentos rígidos, uno en el lado palatino y el otro en el lado vestibular), se puede encontrar con resultados como movilidad leve, moderada o severa. Si es un niño en edad pre - escolar o escolar, es necesario hacer un diagnostico diferencial de la movilidad con el recambio de dientes o el proceso de exfoliación dental. Si es un adulto mayor el que presenta movilidad se tiene descartar una enfermedad periodontal.

Paladar duro y Paladar Blando. Una víctima de asalto o abuso sexual puede ser obligada a realizar sexo oral, cuando hay relaciones oro genitales se realiza una succión del pene por la boca, la presión negativa que se sucede al succionar, puede dejar equimosis o petequias en

²²⁰ Texto desarrollado por la Dra. Olga Lucia Barragan. Odontóloga Forense INMLCF.

forma de puente entre el paladar duro y el paladar blando, estas lesiones se dan tanto en relaciones consentidas como no consentidas.

Pilares anteriores, úvula y orofaringe. cuando las relaciones orogenitales son violentas, el pene golpea contra los pilares de las amígdalas, amígdalas, la úvula y parte superior de la orofaringe, estos tejidos se tensionan y actúan como una barrera contra la agresión y la sensación de sofocación, y por el mismo reflejo náusea. Cuando esto ocurre se pueden identificar lesiones Equimosis en estas zonas²²¹, ²²²

Lesiones Orales en Asfixias Mecánicas. La asfixia mecánica es común dentro de un contexto de violencia de pareja o un contexto de agresión sexual, cuando una persona es víctima de Asfixia mecánica, se pueden encontrar diferentes lesiones en cavidad oral que deben documentarse, una de ellas son las petequias, ubicadas en paladar, fondo de surco vestibular, encía libre y adherida e inclusive en mucosa labial. Otras lesiones observadas son las huellas de mordedura sobre la superficie dorsal de la lengua.

Muestras orales para búsqueda de espermatozoides. Cuando una persona ha sido asaltada(o) ó abusada(o) sexualmente, también pudo haber sido forzada a tener una relación orogenital, es por este motivo que se requiere la toma de muestras intraorales para búsqueda de espermatozoides en forma prioritaria (es de suma importancia tener en cuenta que si se realizan otros procedimientos antes de tomar los frotis y las muestras requeridas, se puede perder evidencia).

Para tomar las muestras intraorales en búsqueda de espermatozoides, se deben tomar dos escobillones y seda dental. Los escobillones deben pasarse por el piso de la boca, zona retromolar, zona orofaríngea y fondo de surco vestibular, se dejan secar y embalan. Para tomar el frotis interdental con seda, se toma un segmento de aproximadamente 50 centímetros y se pasa entre diente y diente, cortando cada segmento, se debe tener en cuenta, no tocar con los guantes la seda que contiene la evidencia recolectada, se deja secar y se embala por cuadrantes o sextantes.

Huellas de mordedura:

Dentro del análisis de las huellas de mordedura se debe tener en cuenta que estas lesiones patrón son ovoides. Pueden observarse como dos arcos semicirculares enfrentados y entre ellos un espacio, en muchas ocasiones se observa solo un solo arco (ya que en el momento de realizarse la huella de mordedura se ha interpuesto algún objeto como por ejemplo la ropa). En las líneas semicirculares se pueden encontrar abrasiones o equimosis discontinuas, producto de la impresión de cada diente sobre la piel, la huella de los incisivos se observan como rectángulos, los caninos como puntos o círculos y los premolares (que casi nunca se encuentran presentes en una huella de mordedura) en forma de diamante.

Se pueden hallar huellas de arrastre, que son abrasiones lineales dadas por el movimiento del maxilar hacia la mandíbula, “arrastrando” con fuerza los dientes superiores sobre la piel de la

²²¹ Reichman E, Ruth a Simon Robert, “Emergency Medicine Procedures” Pag 1093.

²²² Ferris D, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, “Modern Colposcopy” pag 409

sobreviviente para encontrar los dientes inferiores, en esta dinámica los dientes inferiores son los que dan soporte en el momento de realizar la huella de mordedura, es por ello que los dientes inferiores sobre la piel van a ser más evidentes, debido a que están ejerciendo más presión; lo anterior es relevante en la medida en que se puede identificar claramente la posición sobreviviente - sobreviviente. Adicionalmente se puede encontrar una solución de continuidad en medio de los dos semicírculos de la huella de mordedura, debido a que el perpetrador succiona al momento de hacer la huella, produciendo una pérdida de tejido.

Las huellas de mordedura pueden estar presentes también en el sobreviviente, ya que la sobreviviente muerde a su perpetrador para tratar de defenderse del ataque, con la misma intención, la sobreviviente puede interponer los antebrazos y manos, ocasionando que la huella de mordedura estén ubicadas en estas partes anatómicas de la víctima (generalmente estas huellas de defensa no presentan lesiones de arrastre ni pérdida de tejido). Las huellas de mordedura pueden localizarse en la nariz, las mejillas, las orejas, los labios y la espalda, así mismo pueden encontrarse en senos, abdomen, región púbica, pene, escroto, clítoris, espalda, espalda, glúteos, espalda, brazos, hombros, axilas. Es de suma importancia identificar si hay una o varias huellas de mordedura (en caso de estar en presencia de varias huellas de mordedura, cada una debe analizarse como una huella de mordedura independiente), individuales o superpuestas, así mismo se puede encontrar huellas de sugilación (lo que comúnmente se conocen como chupones).

En el momento de identificar una huella de mordedura o de sugilación, se debe tomar un frotis para búsqueda de saliva, este se toma con dos escobillones, uno húmedo y otro seco, el primero se humedece con solución salina o agua destilada, pasándolo en forma circular (muy suave) sobre la lesión, el escobillón seco se pasa posteriormente de la misma forma, se dejan secar y se embalan adecuadamente. Hay que tener en cuenta que debe tomarse una muestra control (de la misma forma descrita) en un lugar diferente al lugar en donde se encuentra la huella de mordedura.

Cuando se encuentra una lesión de huella de mordedura se debe medir el tamaño de la o las lesiones, describir el color, las características, si la impresión es solamente de una arcada o están ambas arcadas presentes, el tamaño de cada una de las impresiones, las zonas más marcadas o evidentes dentro de la huella, huellas de arrastre. Es indispensable documentar la lesión fotográficamente, para esta documentación se debe tener en cuenta:

- La fotografía debe tener mínimo, blanco y negro y color.
- Deber realizarse perpendicularmente a la lesión con una escala en forma de L (ABFO N° 2) si no es posible con ésta escala se puede utilizar algún otro referente conocido, por ejemplo una o dos monedas de denominación conocida.
- Se puede realizar adicionalmente a la fotografía un calco en transparencias.

En el agresor se debe tener en realizar.

- Toma de sangre para cotejo de DNA.
- Fotografías de perfil y del detalle de los dientes
- Toma de impresiones dentales, éstas deben ser realizadas por un odontólogo.

- Realización de modelos en yeso del sospechoso. Debe registrarse en detalle la cadena de custodia, por quien fueron realizados, en donde, cuando y en donde fue almacenados

Posteriormente a la realización de todo lo anteriormente descrito debe enviarse a un Odontólogo Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para que esta evidencia sea analizada.

ANEXO 3

La denuncia por el equipo de Salud

LA DENUNCIA POR EL EQUIPO DE SALUD

Tradicionalmente se tiene claro que al ingreso a un centro de atención médica de una persona víctima de accidente de tránsito, con heridas por arma de fuego, o con arma cortopunzante, de manera inmediata se debe informar a la autoridad competente, sin embargo si el caso se trata de una víctima de violencia sexual/ delito sexual, el personal de salud suele esto fundamentado principalmente en el miedo que implica enfrentarse una situación legal o las diversas situaciones de orden público que impiden libremente acercarse a las autoridades a poner en conocimiento este tipo de actos.

De acuerdo con el código penal vigente (Ley 599 /2000), es importante tener claro que informar los presuntos casos de delito sexual no es una opción, si no una obligación para la Institución Prestadora de Servicios de Salud y/o el profesional de la salud que realiza la atención. Una vez se ha puesto en conocimiento a la entidad del sector justicia, corresponde únicamente a éste sector determinar si los hechos puestos bajo su conocimiento clasifican o no en un tipo penal.

LA DENUNCIA EN LOS CASOS DE DELITO SEXUAL

El código penal tipifica la omisión de denuncia

“art. 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”

De la misma manera el código penal, establece las sanciones y las penas a quien no realice la denuncia cuando son víctimas los menores en los delitos sexuales, tanto en el artículo 219B²²³:

“Omisión de denuncia. El que, por razón de su oficio, cargo, o actividad, tuviere conocimiento de la utilización de menores para la realización de cualquiera de las conductas previstas en el presente capítulo y omitiere informar a las autoridades administrativas o judiciales competentes sobre tales hechos, teniendo el deber legal de hacerlo, incurrirá en multa de diez (10) a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Si la conducta se realizare por servidor público, se impondrá, además, la pérdida del empleo.”

Éste artículo es específico si las víctimas de los delitos sexuales son menores, sin embargo el código penal también tipifica el delito de Abuso de autoridad por omisión de denuncia en su artículo 417:

²²³ Ley 679/2001 art 35

“El servidor público que teniendo conocimiento de la comisión de una conducta punible cuya averiguación deba adelantarse de oficio, no dé cuenta a la autoridad, incurrirá en multa y pérdida del empleo o cargo público.

La pena será de dos (2) a cuatro (4) años de prisión si la conducta punible que se omitiere denunciar sea de las contempladas en el delito de omisión de denuncia de particular”

Queda claro que del mismo modo que se informa de manera inmediata a la autoridad cuando llega un herido por arma de fuego o un lesionado en accidente de tránsito, debe informarse en los casos de violencia sexual.

Para informar a la autoridad el presunto delito debe establecerse en la institución cual será el proceso interno a partir del cual se dará aviso a las autoridades del municipio o ciudad, y previamente deberá establecerse con dichas autoridades la manera en que se realizará la denuncia. Esta puede hacerse a través de fuente formal o no formal, dependiendo del caso y las situaciones de seguridad personal del equipo de salud.

En tal sentido, el sector justicia cuenta con las salas de denuncia, salas de atención al usuario, centros de servicios judiciales, unidades de reacción inmediata, en sitios donde no se encuentra con policía Judicial, el policía del municipio tiene dichas funciones.

La Denuncia como fuente formal, es la Manifestación juramentada de una persona ante la Policía Judicial u otra autoridad sobre la posible comisión de un delito, éste es un buen medio cuando se realiza a través de la Institución de Salud, donde la persona encargada informa a la autoridad que conoce de un caso, el cual debe ser investigado.

La información de un delito por Fuente no formal ante las autoridades es aquella que es obtenida a través de informantes, escritos anónimos, llamadas telefónicas, que lleguen a conocimiento de las autoridades, de ésta forma el funcionario puede llegar al acuerdo con la autoridad local para que no quede consignado su nombre si teme por alguna razón que quede en la denuncia.

La denuncia se limita a poner en conocimiento de la autoridad la posible comisión de un delito con algunas circunstancias de tiempo, modo y lugar, es decir es meramente informativa, y corresponde a las autoridades Judiciales el proceso investigativo. Asegúrese de proveer la mayor información de la que disponga para que la autoridad pueda realizar una adecuada investigación.

SE PUEDE REALIZAR DENUNCIA DE FUENTE INFORMAL Y DE FUENTE FORMAL DEPENDIENDO DEL CASO Y LAS SITUACIONES DE SEGURIDAD PERSONAL DE LA VICTIMA Y DEL EQUIPO DE SALUD

Cuando el responsable legal en menores de edad no quiere informar o es el agresor, prevalecen los derechos del niño y es imperativo informar a la autoridad competente así como al ICBF. La superintendencia Nacional de Salud, determinó la escala de sanciones por el

incumplimiento a lo establecido en el artículo 9 de la ley 1146 de 2007 ²²⁴, “Multa de 1 a 1200 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la comisión del hecho, a las EPS, IPS, EPS-S, que se abstengan de dar aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF.”

El personal del equipo de salud tiene una responsabilidad primordial, en la atención a las víctimas y/o sobrevivientes de violencia sexual, no solamente por ser un problema de Salud Pública, sino por las implicaciones Sociales y Jurídicas de las cuales no puede apartarse como integrante de la sociedad.

²²⁴ Superintendencia Nacional de Salud Resolución 1776 de 2008

ANEXO 5

LA PRESENTACIÓN EN JUICIO ORAL

Como se ha mencionado el equipo de salud que brinde atención a una sobreviviente de violencia sexual es muy probable que deba actuar como testigo experto en un juicio oral de acuerdo a lo consignado en la ley 906 de 2004. En el sistema anterior el único que realizaba esta labor era el perito forense quien aportaba su conocimiento técnico científico mediante un dictamen pericial, y por intermedio de la autoridad se hacían aclaraciones, adiciones, o complementación si eran requeridas. El nuevo sistema establece que tanto la fiscalía como las partes pueden apoyarse en otras instituciones públicas, privadas, nacionales o extranjeras, lo cual incluye sin lugar a dudas la participación en algún momento del profesional de salud que atendió a una presunta víctima. Cuando se requiere ese conocimiento técnico científico, se debe tener una solicitud escrita por medio de la autoridad, o de la parte citante, avalada por la autoridad, ya que es específico para el caso en mención, y en esta circunstancia el perito entrega inicialmente un informe previo que es la base de la opinión pericial la cual sustentara posteriormente en juicio, en el caso del equipo de salud éste informe no es otra cosa que la historia clínica.²²⁵

Como se ve el cambio practico con el nuevo sistema penal oral acusatorio implica una preparación del equipo de salud mucho más acorde con el papel de perito que asumirá, el comportamiento en juicio oral y la forma de transmitir sus conocimientos, se puede ser un excelente profesional en una materia, pero si no sabe transmitir su conocimiento al juez, no sirve para nada lo aportado.

¿Pero quien es un perito?, el perito es una persona con un conocimiento Técnico, científico o artístico especializado, para lo cual se puede tener un titulo dependiendo del tipo del conocimiento del que se esté necesitando en el juicio, ya que puede ser una afición y en ésta caso no se requiere,²²⁶ “Podrán ser peritos, los siguientes:

1. Las personas con título legalmente reconocido en la respectiva ciencia, técnica o arte.
2. En circunstancias diferentes, podrán ser nombradas las personas de reconocido entendimiento en la respectiva ciencia, técnica, arte, oficio o afición aunque se carezca de título.

A los efectos de la cualificación podrán utilizarse todos los medios de prueba admisibles, incluido el propio testimonio del declarante que se presenta como perito”.

²²⁵(ART415cp)., “Toda declaración de perito deberá estar precedida de un informe resumido en donde se exprese la base de la opinión pedida por la parte que propuso la práctica de la prueba. Dicho informe deberá ser puesto en conocimiento de las demás partes al menos con cinco (5) días de anticipación a la celebración de la audiencia pública en donde se recepcionará la peritación, sin perjuicio de lo establecido en este código sobre el descubrimiento de la prueba En ningún caso, el informe de que trata este artículo será admisible como evidencia, si el perito no declara oralmente en el juicio”

²²⁶(ART 408 cpp)

El integrante de salud para rendir su informe examina, analiza, coteja, realiza consultas e interconsultas, con los cuales aporta su conocimiento de manera veraz, especializado y específico.

Es de suma importancia que la historia clínica inicial esté basada en suficiente información, datos, procedimientos y sea el producto de principios y métodos confiables, que puede sustentar posteriormente en el juicio.

Este panorama inicial lleva a que el profesional afronte de una manera distinta la labor que venía realizando previamente, preparándose cada vez más para ésta nueva situación que más temprano que tarde le tocará asumir, por ello debe actualizar su conocimiento permanentemente, no podemos pensar que es un experto en el tema si no es así, debe recordar que el impacto del testimonio apunta a que sea comprendido por el juez, y es a él a quien van encaminados nuestros esfuerzos que quede claro el resultado, ya que no tiene conocimientos de medicina.

En el caso del Forense puede decirse que es reconocido como perito desde la misma audiencia de preparación ya que en ella se informa que pertenece al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, cuya misión fundamental es prestar auxilio y soporte científico y técnico a la administración de justicia en todo el territorio nacional, en lo concerniente al personal de Salud debe ser reconocido como perito, con el título profesional oficialmente reconocido, se ha avanzado en la acreditación, pero además es importante demostrar la experiencia y conocimiento sobre el tema del cual se va a realizar el testimonio experto, para lo cual el propio testimonio del profesional puede ser usado como medio de prueba para demostrar su idoneidad, hay que ser honesto con la información aportada y debe recordarse que si está suspendido de la profesión no puede ser perito mientras dure la misma.²²⁷

Además es bueno recordar lo siguiente: “No pueden ser nombrados, en ningún caso:

1. Los menores de dieciocho (18) años, los interdictos y los enfermos mentales.
2. Quienes hayan sido suspendidos en el ejercicio de la respectiva ciencia, técnica o arte, mientras dure la suspensión.
3. Los que hayan sido condenados por algún delito, a menos que se encuentren rehabilitados”²²⁸.

²²⁷. (ART 408cpp) “ si por alguna causa fuere suspendido de la profesión no podrá ejercer como perito mientras dure la suspensión.

²²⁸ (ART 409cpp).

El nombramiento como perito para los funcionarios públicos es de forzosa aceptación so pena monetaria e incluso de detención “ El nombramiento de perito, tratándose de servidor público, es de forzosa aceptación y ejercicio. Para el particular solo lo será ante falta absoluta de aquellos.

El nombrado sólo podrá excusarse por enfermedad que lo imposibilite para ejercerlo, por carencia de medios adecuados para cumplir el encargo, o por grave perjuicio a sus intereses.

El perito que injustificadamente, se negare a cumplir con su deber será sancionado con multa de diez (10) a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, equivalente en moneda legal colombiana.²²⁹”. Además es de recordar que el juez tiene la posibilidad de hacer comparecer a la audiencia danto orden a la Policía u otra autoridad para que aprehenda y conduzca a la audiencia al testigo “Si el testigo debidamente citado se negare a comparecer, el juez expedirá a la Policía Nacional o cualquier otra autoridad, orden para su aprehensión y conducción a la sede de la audiencia. Su renuencia a declarar se castigará con arresto hasta por veinticuatro (24) horas, al cabo de las cuales, si persiste su negativa, se le procesará.

Las autoridades indicadas están obligadas a auxiliar oportuna y diligentemente al juez para garantizar la comparecencia obligatoria de los testigos, so pena de falta grave”.²³⁰

En la audiencia pública son medios de conocimiento la prueba testimonial, pericial, documental, la inspección, los elementos materiales probatorios, evidencia física, siendo la pericial una de las que más peso se le da por parte de las autoridades al momento de emitir su fallo, el cual va más allá de toda duda, acerca del delito y de la responsabilidad penal del acusado, fundado en las pruebas debatidas en el juicio, para lo que tiene en cuenta “la idoneidad técnico científica y moral del perito, la claridad y exactitud de sus respuestas, su comportamiento al responder, el grado de aceptación de los principios científicos, técnicos o artísticos en que se apoya el perito, los instrumentos utilizados y la consistencia del conjunto de respuestas”²³¹

Cuando se esté preparando para una audiencia a la cual fue citado, es aconsejable que se familiarice con el caso y todos los procedimientos realizados, que repase la historia clínica cuidadosamente, e identifique las áreas potenciales susceptibles de contrainterrogatorio, revise la cadena de custodia, si la hubo, y se reúna con el citante, Fiscalía o Defensa, con el fin de revisar la evidencia que se tienen, los aportes que el informe puede dar a la teoría del caso, si existe algún elemento no consignado en su informe previo, prepare las preguntas tanto de acreditación como del informe pericial.

²²⁹(ART410 cpp)

²³⁰(ART384cpp)

²³¹(ART420cpp).

Organice su presentación en común acuerdo con el que lo va a interrogar de manera tal que luego de la preguntas de acreditación se presente la historia clínica, se aconseja presentar primero la historia clínica y reconocerla, lo cual incluye su forma y su firma. Posteriormente se deberá interrogar sobre lo encontrado y a que conclusiones se llegan, esto con el fin de fijar la atención del juzgador, Lo que no sucedería si se procede primero con la explicación teórica y técnica que puede llevar a la distracción o el aburrimiento, y luego con el cansancio del juez, sin embargo sabemos que todo informe tiene una base técnico científica y una conclusión y para llegar a ella debe explicarse los principios científicos que fundamentaron sus resultados, los métodos aplicados y las técnicas de orientación, probabilidad o certeza, de manera detallada y sistemática para el entendimiento del juez.

El testimonio en audiencia debe ser abordado con absoluta seriedad, recuerde los impedimentos²³², y sobre todo mantenga siempre su credibilidad, no proporcione información falsa, o mencione investigaciones no realizadas, no consigne datos alterados, pero sobre todo no efectúe un falso testimonio o ignore intencionalmente datos

Cuando le pregunten en la audiencia cualquiera de las partes:

1. escuche cuidadosamente las preguntas y responda únicamente lo que le pregunten. Si no entiende o no está totalmente seguro de haber escuchado correctamente, pida que la replanteen o la repitan.
2. si no sabe la respuesta, responda simplemente “no sé”
3. límitese a contestar lo que le preguntan
4. piense antes de responder, incluso si conoce la respuesta y puede contestarla inmediatamente. No se apresure al testificar. Testifique en forma pausada.
5. responda la pregunta directamente
6. hable con naturalidad. Además, el juez y las partes deben oírlo, de manera que proyecte su voz
7. nadie espera que sea perfecto. Si comete un error al responder, corríjalo tan pronto se dé cuenta.
8. varíe la voz al testificar. Cambie los tonos y las inflexiones, como cuando habla por teléfono con un amigo.
9. las explicaciones son aceptables.
10. defina los términos técnicos. No utilice palabras que no pueda explicar.

²³²(ART 56cpp)

Además de todo el contenido de su historia clínica, de la preparación del caso, recuerde en cuidar su lenguaje no verbal, esta comunicación puede ser más significativa y expresiva que la misma oral, por ello debe estar atento. Las expresiones faciales pueden transmitir una actitud de sinceridad, temor, sorpresa, interés, etc. El tono de voz, y el énfasis en las palabras pueden significar la diferencia entre una comunicación significativa e interesante a una cargada de monotonía.

Cuando esté en la silla de los testigos tenga en cuenta:

1. Cuidar la Postura: las características de una persona relajada se evidencian con una postura recta (vertical), alineada, a veces con inclinación hacia delante y los cambios de postura se hacen suavemente. Las personas ansiosas o nerviosas pretenden aparentar relajamiento agachándose en la silla o poniéndose demasiado rígida evitando alinearse frontalmente, cruza los brazos y/o piernas a manera de barrera de protección que se traducen en una actitud cerrada de la mente, aprieta los codos a los lados y cambia de postura erráticamente.

2. Gestos: todo ser humano gesticula de una manera particular cuya normalidad es fácil de evidenciar. Cuando los gestos son anormales, el entrevistado experimenta incomodidad y aumenta su ansiedad como síntoma de estar mintiendo. Cuando los gestos no corresponden al contexto de la conversación y del medio ambiente pueden ser interpretados como indicadores de estrés o mentira.

3. Gestos personales: Tales como exprimir, frotar las manos, rasgar, acariciar, picar, tocarse la nariz, orejas o cabello, inspeccionarse las uñas, golpetear las mesas con los dedos, limpiarse el sudor de la cara y manos, mojarse las comisuras de los labios, carraspear, hacer movimientos de piernas en la silla junto con la dificultad para tragar, denotan incomodidad e inseguridad.

4. Gestos de arreglo: Ajustar o arreglar la ropa y las joyas, quitar pelusas imaginarias de la ropa y limpiar los anteojos indican nerviosismo y ansiedad.

5. Gestos de apoyo: Descansar la cabeza o barbilla en las manos, cruzar las manos, piernas y tobillos, cubrir la boca con la mano o alternar los movimientos anteriores denota necesidad de protección.

Cuando asista a un juicio tenga en cuenta vestirse correcta y profesionalmente, No lleve emblemas. al entrar a la sala no salude a nadie, No mire al jurado, Trate de parecer calmado y seguro de si mismo, Sea serio y profesional, no se burle de los demás, Cuide su postura, Tenga todos sus documentos y notas a mano, esté da seguridad, No pierda la calma ni se altere , al terminar debe esperar que el juez le permita retirarse, salga de la sala sin hacer contacto con nadie, no hable con nadie acerca del testimonio que acaba de rendir

Por último recuerde : EL PERITO NO GANA O PIERDE UN CASO, SOLAMENTE PRESENTA LA VERDAD CIENTÍFICA, así que no tema presentarse al juicio ni a los cambios comportamentales

que esto implica, evite enojarse con el juicio, no se sienta sobrador pero tampoco llegue mal preparado, estudie a conciencia su caso.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA PARA AMPLIAR LOS CONTENIDOS DE ÉSTA SECCIÓN

1. CODIGO PROCEDIMIENTO PENAL COLOMBIANO, LEY 406 DE 2004
2. ICITAP, MANUAL CURSO TESTIGO EXPERTO BOGOTA 2004
3. **USAID – DEFENSORÍA DEL PUEBLO COLOMBIA,** MANUAL TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN DE LA DEFENSA PARA EL SISTEMA PENAL ACUSATORIO COLOMBIANO pag 79,80 ISBN VOLUMEN 4:33-6404-5

ANEXO 6

CUADRO DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN SGSSS

ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES, MEDICAMENTOS E INSUMOS Y SU COBERTURA POR REGIMEN DE AFILIACIÓN AL SGSSS

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/96)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:		CONT RIBUTIVO	SUBSIDIADO	NIVEL de complejidad (1=baja, 2=media, 3=alta)	Tipo de atención (AIU, Ambulatoria, Hospitalaria)	CONDICIONES DE COBERTURA
			CUPS/ CÓDIGO ATC (ATQ) DE INVIMA	Medicamento, actividad, procedimiento, intervención					
ATENCIÓN DE URGENCIA	39145	Consulta médica de urgencias	890701	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL	POS	POSS	1	AIU	Tanto el régimen contributivo como el subsidiado tienen a su cargo la atención de urgencias de sus afiliados, con las actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud “...necesarias para la atención de urgencias del paciente...”, es decir, sin más restricciones que las que impongan las necesidades de éste y el cumplimiento sus fines, como son: estabilizar “...sus signos vitales,...” ubicándolos “...dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación...”; “...realizar un diagnóstico de impresión y determinar el destino inmediato,...” para “...conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras...” para su salud. El Ministerio de la Protección Social emitió la Circular 010 del 2006, en la cual se impartieron las siguientes instrucciones, sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes: “(...) 1 Obligatoriedad de la aplicación de triage por personal idóneo de salud. La
			890702	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	POS	POSS	2	AIU	
	39360	Consulta de enfermería en la urgencia	890205	CONSULTA DE PRIMER A VEZ POR ENFERMERIA	POS	POSS	1	AIU	
	39140	Interconsulta especializada (diagnóstico y manejo especializado de casos particulares)	890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	POS	POSS	2	AIU	
	35104	Atención en crisis salud mental (contención psíquica del patient	943500	INTERVENCIÓN EN CRISIS SOD	POS	POSS	2	AIU	

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:		CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA
		e para disminuir riesgos vitales - intento de suicidio o suicidio ; instauración de transtornos depresivos reactivos posteriores) por psicología							realización del triage (clasificación de la prioridad para la atención de urgencias) o la toma de decisiones acerca de si un paciente debe recibir o no atención de urgencia en una Institución Prestadora de Servicios de Salud siempre debe estar a cargo de un profesional de salud debidamente entrenado para tal efecto. 2 No exigencia de contrato o autorización previa para la atención inicial de urgencias. En ningún caso la atención inicial de urgencias requiere contrato o autorización previa por parte de las EPS, ARS o Secretarías de Salud. En consecuencia las IPS están obligadas a prestar el servicio y las EPS, ARS o Secretarías de Salud a realizar el pago correspondiente.
			943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	POS	POSS	2	AIU	3 No exigencia de pago previo o copago para la atención inicial de urgencias. En ningún caso la atención inicial de urgencias puede estar condicionada al pago de suma de dinero alguna por parte del usuario del servicio.
	35103	Atención en crisis salud mental (contención psíquica del paciente para disminuir riesgos vitales - intento de suicidio o suicidio ; instauración de transtornos depresivos reactivos posteriores) por	943500	INTERVENCIÓN EN CRISIS SOD	POS	POSS	2	AIU	4 No aplicación de los periodos de carencia en casos de atención inicial de urgencias. De conformidad con lo establecido en el decreto 806 de 1998, para la atención inicial de urgencias no puede exigirse el cumplimiento de periodos mínimos de cotización. 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. (...)” (Sic)

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:		CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA
		psiquiatría							
			943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA	POS	POSS	2	AIU	
	37701	Consulta por Trabajo Social (definición y activación de redes de apoyo familiares, sociales e intersectoriales para el restablecimiento de derechos de la víctima)	890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	POS	POSS	2	AIU	
		Anticoncepción emergencia. Medicamento de elección levonorgestrel 1.5 mgr vo DU,0,750mcg vo c/12horas 2 dosis	G03AC03 TNPOA 2	LEVONORGESTREL 0,75 MG TAB	POS	POSS	NA	AIU	

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:		CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA
		Anticoncepción de emergencia con anticonceptivo oral combinado (alternativa)	G03A L005 16 1	LEVONORGESTR EL + ETINILESTRADIOL (150 + 30) mcg TABO GRAGEA	POS	POSS	NA	AIU	
			G03A L005 16 2	LEVONORGESTR EL + ETINILESTRADIOL (250 + 50) mcg TABO GRAGEA	POS	POSS	NA	AIU	
		Preven ción Enferm edades de transmi sión sexual diferen tes a VIH							

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA
			POR 3 TAB DE 500 MG					
		Eritromicina	J01F E007 14 1	ERITROMICINA (ETILSUCCINATO O O ESTEARATO) 500 mg DE BASE TABLET A O CÁPSULA	POS	POSS	NA	AIU
			J01F E007 23 1	ERITROMICINA (ETILSUCCINATO O O ESTEARATO) 250 mg/5 ml DE BASE (5%) SUSPENSIÓN ORAL	POS	POSS	NA	AIU
		Metronidazol	P01A M020 1 1	METRONIDAZOL 250 mg TAB	POS	POSS	NA	AIU
			P01A M020 1 2	METRONIDAZOL 500 mg TAB	POS	POSS	NA	AIU
			P01A M022 23 1	METRONIDAZOL BENZOILO 125 mg/5 ml DE BASE (2,5%) SUSPENSIÓN ORAL	POS	POSS	NA	AIU
			P01A M022 23 2	METRONIDAZOL BENZOILO 250 mg/5 ml DE BASE (5%) SUSPENSIÓN ORAL	POS	POSS	NA	AIU

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:		CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA
		Penicilina benzatínica	J01C P005 72 1	PENICILINA G BENZATÍNICA 1,200,000 UI POLVO PARA INYECCIÓN	POS	POSS	NA	AIU	
			J01C P005 72 2	PENICILINA G BENZATÍNICA 2,400,000 UI POLVO PARA INYECCIÓN	POS	POSS	NA	AIU	
		Zidovudina	J05A Z001 14 1	ZIDOVUDINA 100 mg TABLETAS O CÁPSULA	POS	POSS	NA	AIU	
			J05A Z001 14 2	ZIDOVUDINA 300 mg TABLETAS O CÁPSULA	POS	POSS	NA	AIU	
			J05A Z001 20 1	ZIDOVUDINA 10 mg/ml SOLUCIÓN ORAL	POS	POSS	NA	AIU	
			J05A Z001 70 1	ZIDOVUDINA 10 mg/ml (1%) SOLUCIÓN INYECTABLE	POS	POSS	NA	AIU	
		Lamivudina	J05A L001 14 1	LAMIVUDINA 150 mg TABLETAS O CÁPSULA	POS	POSS	NA	AIU	
			J05A L001 20 1	LAMIVUDINA 10 mg/ml SOLUCIÓN ORAL	POS	POSS	NA	AIU	
		Estavudina	J05A E019 10 1	ESTAVUDINA CAP DE	POS	POSS	NA	AIU	

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUT IVO	SUBSI DIAD O	NIVE L de comp lejida d	Tipo de aten ción (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA
			30 MG					
			J05A E019 10 2	ESTAVU DINA CAP DE 40 MG	POS	POSS	NA	AIU
		Abacavir	J05A A037 1 1	ABACAVIR TABLET AS X 300 MG	POS	POSS	NA	AIU
			J05A L019 1 1	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA 150 mg + 300 mg TABLET A	POS	POSS	NA	AIU
		Nelfinavir	J05A N013 1 1	NELFINAVIR 250 mg TABLET A	POS	POSS	NA	AIU
			J05A N013 25 1	NELFINAVIR 50 mg/ml SUSPEN SIÓN ORAL	POS	POSS	NA	AIU
		Efavirenz	J05A A038 16 2	EFAVIRENZA 600 mg TABLET A O TABLET A RECUBI ERTA	POS	POSS	NA	AIU
			J05A E021 10 1	EFAVIRENZA 50 mg CÁPSUL A	POS	POSS	NA	AIU
			J05A E021 10 2	EFAVIRENZA 200 mg CÁPSUL A	POS	POSS	NA	AIU
	39141	asesoría VIH pre-test	890701	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL	POS	POSS	1	AIU

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:		CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA
			890702	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	POS	POSS	2	AIU	
			890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	POS	POSS	2	AIU	
			890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	POS	POSS	1	AIU	
			890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	POS	POSS	2	AIU	
			890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	POS	POSS	2	AIU	
	39141	asesoría VIH post-test	890701	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL	POS	POSS	1	AIU	
			890702	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	POS	POSS	2	AIU	
			890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	POS	POSS	2	AIU	
			890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	POS	POSS	1	AIU	

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:		CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA	
			890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	POS	POSS	2	AIU		
			890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	POS	POSS	2	AIU		
		Medicamentos alternos incluidos en el POS en población mayor de edad								
		Ciprofloxacina	J01M C015 1 1	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 250 mg DE BASE TABLETA	POS	POSS		NA	AIU	
			J01M C015 1 2	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 500 mg DE BASE TABLETA	POS	POSS		NA	AIU	
			J01M C015 70 1	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 100 mg/10 ml DE BASE SOLUCIÓN INYECTABLE	POS	POSS		NA	AIU	
		Tetraciclina	J01A T008 10 1	TETRACICLINA CAP 500MG	POS	POSS		NA	AIU	
		Doxiciclina	J01A D031 14 1	DOXICICLINA 100 mg TABLETA O CÁPSULA	POS	POSS		NA	AIU	

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA	
		Espectinomicina	J01XX04	ESPECTINOMICINA VIAL X 2 GRAMOS	POS	POSS	NA	AIU	
		Vacuna hepatitis B al momento, mes y 6 meses del evento			POS	POSS	NA	AIU	
		LABORATORIOS (para la toma de decisiones del desarrollo de actividades para la estabilización del paciente)							
		Toma y análisis de muestra de vía de penetración (faringe, ano, vagina), prepucio, uretra; cualquier secreción anormal o sospechosa - para frotis, fresco, tinción, etc.							
	19582	Hongos (KOH)	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	POS	POSS	1	AIU	
	19309	Cultivo para hongos	901201	Actinomyces, CULTIVO HONGOS	POS	POSS	2	AIU	

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA	
			901209	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES: BILIS, LCR, PERITONEAL, PLEURAL, ASCÍTICO, SINOVIAL, OTROS DIFERENTE A ORINA	POS	POSS	2	AIU	
			901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	POS	POSS	2	AIU	
			901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA, ORINA Y HECEs *	POS	POSS	2	AIU	
	19743	Neisseria Gonorrhoeae- Cultivo Thayer Martin	901232	Neisseria gonorrhoeae, CULTIVO *	POS	POSS	1	AIU	
	19471	Fresco, examen directo microscópico (cualquier muestra)	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	POS	POSS	1	AIU	
	19497	Gram, tinción y lectura (cualquier muestra)	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *	POS	POSS	1	AIU	
		toma y análisis de muestra							

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA	
	19353	Prueba de embarazo	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	POS	POSS	1	AIU	
	19886	VDRL	906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONEMICA] VDRL EN SUERO O LCR & *	POS	POSS	1	AIU	
			906915	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR &	POS	POSS	1	AIU	
	19885	FTA-ABS	906039	Treponema pallidum, ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TREPONEMICA)	POS	POSS	1	AIU	
	19878	PRESUNTIVA VIH	906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS & *	POS	POSS	3	AIU	
	19884	CONFIRMATORIA VIH	906250	VIH, PRUEBA CONFIRMATORIA POR WESTERN BLOTTING O EQUIVALENTE *	POS	POSS	3	AIU	
	19551	Ag superficie Hepatitis B	906317	Hepatitis B, ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] & *	POS	POSS	2	AIU	

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBU TIVO	SUBSI DIAD O	NIVE L de comp lejida d	Tipo de aten ción (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA	
	19547	Hepatitis B, Ac antisuperficial	906223	Hepatitis B, ANTICUERPO S S [ANTI-HBs] *	POS	POSS	2	AIU	
	19212	Títulos ACS Chlamydia	906018	Chlamydia trachomatis, ANTICUERPO S Ig A	POS	POSS	2	AIU	
			906019	Chlamydia trachomatis, ANTICUERPO S Ig G	POS	POSS	2	AIU	
			906020	Chlamydia trachomatis, ANTICUERPO S Ig M	POS	POSS	2	AIU	
			906021	Chlamydia trachomatis, ANTICUERPO S TOTALES	POS	POSS	2	AIU	
	19213	Títulos Ag Chlamydia	906307	Chlamydia trachomatis, ANTÍGENO POR EIA	POS	POSS	2	AIU	
			906308	Chlamydia trachomatis, ANTÍGENO POR IFD	POS	POSS	2	AIU	

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA	
		OTROS LABORATORIOS							
	19304	Cuadro hemático	902207	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL	POS	POSS	1	AIU	
			902208	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECuento DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECuento DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] MÉTODO MANUAL Y SEMIAUTOMÁTICO	POS	POSS	1	AIU	
			902209	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECuento DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECuento DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRONICA]	POS	POSS	1	AIU	

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA	
				METODO AUTOMÁTICO					
			902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECuento DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECuento DE PLAQUETAS, ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO	POS	POSS	1	AIU	
		Remisión							
ATENCIÓN AMBULATORIA	39141	Consulta médica general de ingreso a manejo crónico y seguimiento	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	1	Ambulatoria	Cubierto en N1 para cualquier persona y cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.
	39143	Consulta especializada (Ginecología, Pediatría e infectología) de ingreso a manejo crónico y	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el	2	Ambulatoria	Cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA		
		seguimiento					primero (≠ N1). Si lo es, es POSS			
		Atención en salud mental (Nivel 2)								
	39143	Consulta especializada psiquiatría	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria	Cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.	
	35103	psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad durante la fase inicial (30 días) por psiquiatría	943500	INTERVENCIÓN EN CRISIS SOD	La psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad durante la fase inicial (30 días) está cubierta por el POS.	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria	Cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.	
			943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA	La psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad durante la fase	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria	Cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.	

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA		
						inicial (30 días) está cubierta por el POS.				
	35104	psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad durante la fase inicial (30 días) por psicología	943500	INTERVENCIÓN EN CRISIS SOD		La psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad durante la fase inicial (30 días) está cubierta por el POS.	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria	Cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.
			943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA		La psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad durante la fase inicial (30 días) está cubierta por el POS.	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria	Cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.
	35105	terapias grupales (sin límite de tiempo) por psiquiatría	944201	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRIA		La cobertura por el POS de las terapias grupales no tiene límite en el tiempo.	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria	Cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA		
	35106	terapias grupales (sin límite de tiempo) por psicología	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA	La cobertura por el POS de las terapias grupales no tiene límite en el tiempo.	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria	Cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.	
		Trabajo social (Nivel 2)								
	37702	Consulta familiar de trabajo social	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria	Cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.	
	37703	Terapia familiar por trabajo social	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria	Cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.	
	37704	Acciones socioeducativas a grupo, por trabajo social	990107	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria	Cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.	
		Kit Laboratorios, igual al 1 1/2 mes, 3 meses y 6 meses								

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA		
	19582	Hongos (KOH)	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero ($\neq$ N1). Si lo es, es POSS	1	Ambulatoria	Cubierto en N1 para cualquier persona y cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.	
	19309	Cultivo para hongos	901201	Actinomyces, CULTIVO HONGOS	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero ($\neq$ N1). Si lo es, es POSS	2	Amb		

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA		
							POSS			
		toma y análisis de muestra								
	19353	Prueba de embarazo	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	1	Ambulatoria	Cubierto en N1 para cualquier persona y cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.	
	19886	VDRL	906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONEMICA] VDRL EN SUERO O LCR & *	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	1	Ambulatoria	Cubierto en N1 para cualquier persona y cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.	
	19885	FTA-ABS	906039	Treponema pallidum, ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TREPONEMICA)	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	1	Ambulatoria	Cubierto en N1 para cualquier persona y cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.	
	19878	PRESUNTIVA VIH	906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS & *	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	3	Ambulatoria	Cubierto en N1 para cualquier persona y cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.	

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA	
	19884	CONFIRMATORIA VIH	906250	VIH, PRUEBA CONFIRMATORIA POR WESTERN BLOTTING O EQUIVALENTE *	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	3	Ambulatoria	Cubierto en N1 para cualquier persona y cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.
		Carga viral	906840	VIH, CARGA VIRAL CUALQUIER TÉCNICA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria	Cubierto en N1 para cualquier persona y cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.
	19551	Ag superficie Hepatitis B	906317	Hepatitis B, ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] & *	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria	Cubierto en N1 para cualquier persona y cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.
	19212	Títulos ACS Chlamydia	906018	Chlamydia trachomatis, ANTICUERPOS Ig A	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria	Cubierto en N1 para cualquier persona y cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.
	19213	Títulos Ag Chlamydia	906307	Chlamydia trachomatis, ANTÍGENO POR EIA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es	2	Ambulatoria	Cubierto en N1 para cualquier persona y cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA	
						POSS			
		Medicamentos ETS adquiridas, POS							
		Ceftriaxona	J01DC011 72 2	CEFTRIAXONA (SAL SÓDICA) 500 mg POLVO PARA INYECCIÓN	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	NA	Ambulatoria	
			J01DC011 72 3	CEFTRIAXONA (SAL SÓDICA) 1 gr POLVO PARA INYECCIÓN	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	NA	Ambulatoria	
		Cefixima	J01DA23	CEFIXIMA POLVO SUSPENSION 100MG/5ML FCO DE 50 Y 100ML	NO POS	NO POSS	NA	Ambulatoria	NO POS: en el contributivo, acceso por CTC con recobro a FOSYGA, en corresponsabilidad con la EPS, si existe equivalente en el POS; en el subsidiado, lo provee el Ente Territorial, en corresponsabilidad con la EPSS, si existe equivalente en el POS.
		Azitromicina	J01FA10	AZITROMICINA CAJA POR 3 TAB DE 500 MG	NO POS	NO POSS	NA	Ambulatoria	NO POS: en el contributivo, acceso por CTC con recobro a FOSYGA, en corresponsabilidad con la EPS, si existe equivalente en el POS; en el subsidiado, lo

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA	
									provee el Ente Territorial, en corresponsabilidad con la EPSS, si existe equivalente en el POS.
		Metronidazol	P01A M020 1 1	METRONIDAZOL 250 mg TAB	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	N A	Ambulatoria	
			P01A M020 1 2	METRONIDAZOL 500 mg TAB	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	N A	Ambulatoria	
			P01A M022 23 1	METRONIDAZOL BENZOILO 125 mg/5 ml DE BASE (2,5%) SUSPENSIÓN ORAL	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	N A	Ambulatoria	
			P01A M022 23 2	METRONIDAZOL BENZOILO 250 mg/5 ml DE BASE (5%) SUSPENSIÓN ORAL	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	N A	Ambulatoria	

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA		
		Penicilina benzatínica	J01C P005 72 1	PENICILINA G BENZATÍNICA 1,200,000 UI POLVO PARA INYECCIÓN	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	N A	Ambulatoria		
			J01C P005 72 2	PENICILINA G BENZATÍNICA 2,400,000 UI POLVO PARA INYECCIÓN	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	N A	Ambulatoria		
39141	asesoría VIH pre-test	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	1	Ambulatoria	Cubierto en N1 para cualquier persona y cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.		
39141	asesoría VIH pos-test	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	1	Ambulatoria	Cubierto en N1 para cualquier persona y cubierto en cualquier nivel, para < 18 años, gestantes o VIH+.		
			890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es	1	Ambulatoria		

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONTRIBUTO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA		
						POSS				
			890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria		
			890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria		
			890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria		
			890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	1	Ambulatoria		

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA		
			890605	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	1	Ambulatoria		
			890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria		
			890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria		
			890608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria		
			890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es	2	Ambulatoria		

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONTRIBUTO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA		
						POSS				
			890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria		
			890609	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	2	Ambulatoria		
		Medicamentos alternos incluidos en el POS en población mayor de edad								
		Ciprofloxacina	J01MC015 1 1	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 250 mg DE BASE TABLETA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	NA	Ambulatoria		
			J01MC015 1 2	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 500 mg DE BASE TABLETA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1).	NA	Ambulatoria		

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA		
							Si lo es, es POSS			
			J01M C015 70 1	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 100 mg/10 ml DE BASE SOLUCIÓN INYECTABLE	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	N A	Ambulatoria		
		Doxiciclina	J01A D031 14 1	DOXICICLINA 100 mg TABLETA O CÁPSULA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	N A	Ambulatoria		
		Eritromicina	J01F E007 14 1	ERITROMICINA (ETILSUCCINATO O ESTEARATO) 500 mg DE BASE TABLETA O CÁPSULA	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	N A	Ambulatoria		
			J01F E007 23 1	ERITROMICINA (ETILSUCCINATO O ESTEARATO) 250 mg/5 ml DE BASE (5%) SUSPENSIÓN ORAL	POS	POSS - condicionado, si el nivel de atención no es el primero (≠ N1). Si lo es, es POSS	N A	Ambulatoria		

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTO IVO	SUBSI DIADO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA
---------	------------------------------------	----------------------------------	---	-----------------------	----------------	-------------------------	------------------------------	-----------------------------

ALTERNATIVAS DE ARV								
	indinavir	J05A I006 14 1	INDINAVIR 200 mg tableta o cápsula	P O S	PO SS en pac ient es VIH +	N A		
		J05A I006 14 2	INDINAVIR 400 mg tableta o cápsula	P O S	PO SS en pac ient es VIH +	N A		
	lopinavir/ritonavir	J05A I020 1 2	LOPINAVIR/RITONAVIR 200 mg + 50 mg tableta	P O S	PO SS en pac ient es VIH +	N A		
		J05A I020 10 1	LOPINAVIR/RITONAVIR 133,3 mg + 33,3 mg tableta	P O S	PO SS en pac ient es VIH +	N A		
		J05A I020 22 1	LOPINAVIR/RITONAVIR 400 mg + 100 mg/mL Jarabe	P O S	PO SS en pac ient es VIH +	N A		
OTRAS ACTIVIDADES DE MEDICINA GENERAL								
		890101	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL			1		
		890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL			1		
		890501	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA GENERAL Y CASO (PACIENTE)			1		
		890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL			1		
		890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL			1		
OTRAS ACTIVIDADES DE MEDICINA ESPECIALIZADA								
		990102	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA			2		
		990202	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA			2		

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA			
								ESPECIALIZADA			
			890102					ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA			2
			890202					CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA			2
			890302					CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA			2
			890402					INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA			2
			890502					PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)			2
			890602					CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA			2
OTRAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA											
			890605					ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA			1
			990104					EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR ENFERMERIA			1
			990204					EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA			1
			890105					ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA			1
OTRAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO											
			890108					ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR PSICOLOGIA			2
			890208					CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA			2
			890308					CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA			2
			890408					INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA			2
			890608					ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA			2
			940900					DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA SOD			2
			943102					PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA			2
			944002					PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA			2
			944102					PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA			2
			944202					PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA			2
			944904					INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSICOLOGIA			2
			990106					EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA			2
			990206					EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA			2
OTRAS ACTIVIDADES DEL PSIQUIATRA											
			941100					DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA SOD			2
			943101					PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA			2
			944001					PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSIQUIATRIA			2
			944101					PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSIQUIATRIA			2
			944201					PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRIA			2
			944902					INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSIQUIATRIA			2
OTRAS ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL											
			890109					ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TRABAJO SOCIAL			2
			890209					CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL			2

Tipo de	CÓDIGO SOAT (Dcto. 2423/9)	Intervención por protocolo	De los anexos 1 y 2 del Ac.008/09, podrían ser utilizados:	CONT RIBUTIVO	SUBSIDIO	NIVEL de complejidad	Tipo de atención (AIU,	CONDICIONES DE COBERTURA				
			890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL							2	
			890609	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL							2	
			938310	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN INTEGRACION LABORAL Y SOCIAL NCOC							2	
			990107	EDUCACION GRUPAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL							2	
			990207	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL							2	