



Tres protocolos de atención para mujeres
víctimas de violencia de género

Sector Salud

Acceso a la Justicia y Hogar de Acogida

Rubén Darío
Naranjo
Caicedo







CalIDA
una ciudad para todos



Protocolo para el abordaje integral de las violencias contra las mujeres desde el sector salud

1

Responsable
Rubén Darío Naranjo Caicedo

Marzo del 2013

© Protocolo para el abordaje de las violencias contra las mujeres desde el sector salud

ISBN: (en trámite)

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI

Alcalde de Santiago de Cali

Rodrigo Guerrero Velasco

Secretaria General

Ximena Hoyos Lago

Secretario de Desarrollo Territorial y Bienestar Social

Jaime Alberto Quevedo Caicedo

Secretario de Educación

Edgar José Polanco Pereira

Secretario de Gobierno, Convivencia y Seguridad Ciudadana

Carlos José Holguín Molina

Secretario de Salud

Diego Germán Calero Lluas

Asesor de Comunicaciones

Harold Jiménez Alarcón

Asesora Equidad de Género

Julie del Pilar Reina Díaz

Coordinadora proyecto

María Eugenia Betancur Pulgarín

Redacción e investigación

Rubén Darío Naranjo Caicedo

**AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL
PARA EL DESARROLLO – AECID COLOMBIA**

Responsable del programa Género y Derechos de las Mujeres

Mar Humberto Cardoso

Consultora de Políticas Públicas de Igualdad de Género

Sandra Mojica Enciso

Con la colaboración de

Carlos Andrés Ramírez Jaramillo

Seguimiento y Monitoreo Proyecto

María Jimena Bonilla Vivas

Comunicadora Proyecto

Mesa Municipal de Mujeres

Mesa interinstitucional para erradicar la violencia contra la mujer y difundir la política pública para las mujeres, municipio de Santiago de Cali

Liza Rodríguez Galvis

Secretaría General

Sandra Angulo Cabezas

Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social

Mabel Pastrana Montoya

Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social

Elizabeth Caicedo del Corral

Secretaría de Educación

Sandra González Grueso

Secretaría de Gobierno, Convivencia y Seguridad Ciudadana

Liliana Otálvaro Marín

Secretaría de Gobierno, Convivencia y Seguridad Ciudadana

Luz Eryl Pineda Gómez

Secretaría de Gobierno, Convivencia y Seguridad Ciudadana

Socorro Valdés Anacona

Secretaría de Gobierno, Convivencia y Seguridad Ciudadana

Elizabeth Castillo Castillo

Secretaría de Salud

María Consuelo Idrobo Castro

Departamento Administrativo de Hacienda

María Eugenia Bolaños Caicedo

Departamento Administrativo de Planeación

Ana Celia Mosquera Mosquera

Departamento de Desarrollo Administrativo

Elizabeth Figueroa Miranda

Dirección de Control Disciplinario

Alejandra Hernández Bolaños

Asesoría Equidad de Género

Elizabeth Patiño Alcalde

Mesa Municipal de Mujeres

Asesoría académica y editorial

Nancy Faride Arias Castillo

Diseño de carátula

Manuela del Mar Villegas Restrepo

Diseño, diagramación y revisión de estilo

Nancy Faride Arias Castillo

El presente texto se puede reproducir, fotocopiar o replicar por cualquier medio, total o parcialmente, siempre que se cite la fuente. El contenido, las opiniones y recomendaciones expresadas en este texto, son responsabilidad exclusiva de las autoras.

Alcaldía de Santiago de Cali

CAM, Avenida 2N No. 10-70

www.cali.gov.co

Cali - Colombia

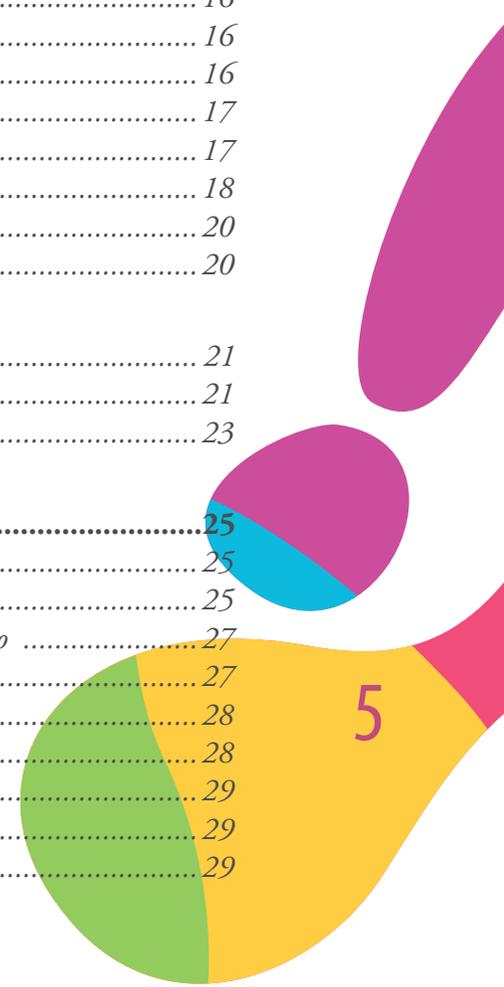
La investigación y edición de esta obra fue posible gracias a la financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) en Colombia.
www.aecid.org.co - general@aecid.org.co - @AECIDColombia

Santiago de Cali, (Colombia) abril de 2013



Contenido

– Contenido	5
– Presentación	9
– Justificación	11
– Impacto de la violencia hacia las mujeres en el sistema de salud	12
– PRIMERA PARTE	
– Promoción de la salud, calidad de vida y prevención de la violencia contra las mujeres	15
– Promoción de la salud en la mujer	16
– <i>Factores protectores personales</i>	16
– <i>Factores protectores familiares</i>	16
– <i>Factores protectores sociales</i>	16
– <i>Factores institucionales</i>	16
– Prevención de violencias contra las mujeres	17
– <i>Prevención primaria</i>	17
– <i>Prevención secundaria</i>	18
– <i>Prevención terciaria</i>	20
– <i>Prevención desde los servicios de salud</i>	20
– SEGUNDA PARTE	
– Formas de violencia contra la mujer	21
– Violencia física	21
– Violencia psicológica	23
– TERCERA PARTE	
– Atención a las violencias contra la mujer	25
– Características de la atención al maltrato físico	25
– <i>Sospechar la violencia contra la mujer</i>	25
– <i>Razones por las que los profesionales de la salud no preguntan por el maltrato</i>	27
– <i>Razones por las cuales las mujeres no cuentan sobre el maltrato</i>	27
– Estrategias para la detección de las mujeres víctimas de violencia	28
– Consulta médica de evaluación en casos de maltrato físico y psicológico	28
– <i>Documentación</i>	29
– Signos y síntomas en los casos de maltrato físico	29
– <i>Órganos afectados</i>	29



- Alteraciones psicológicas 29
- Otras medidas a realizar 30
- Consulta por psicología 30
- Hospitalización 30
- Protección por amenazas de muerte 30
- Protección a las menores de edad 31
- Notificación 31
- Denuncia 31
- Consulta con el agresor 31
- Seguimiento 32
- Características de la atención del maltrato psicológico 32
- Diagnóstico 32
- Signos y síntomas relacionados con maltrato psicológico 32
- Intervención 33
- Atención psicológica 33
- Atención por trabajo social 33
- Intervención 35
- Seguimiento 35
- Características de la atención integral de las mujeres en situación de violencia sexual 35
- Protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual 36
- Paso 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a mujeres en situación de violencia sexual 36
- Paso 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud 37
- Paso 3. Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas 38
- Paso 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima 39
- Paso 5. Toma de pruebas diagnósticas en la evaluación inicial 43
- Paso 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud 45
- Paso 7. Asegure profilaxis para VIH/ Sida durante la consulta inicial por salud 46
- Paso 8. Asegure anticoncepción de emergencia y acceso a interrupción voluntaria del embarazo 47
- Paso 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta 49
- Paso 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima 51
- Paso 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual 51
- Paso 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual 52
- Paso 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan 52
- Paso 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud 53
- Paso 15. Efectúe un adecuado cierre de caso 54
- Participación de los profesionales de enfermería en la detección





y atención a mujeres víctimas de violencia sexual	54
– Otras violencias contra las niñas	56
– <i>Maltrato gestacional</i>	56
– <i>Síndrome del bebé zarandeado</i>	56
– <i>Negligencia</i>	56
– <i>Otras formas de violencia: económica o patrimonial</i>	58
– Vigilancia por parte del sistema de salud pública	59
– <i>Vigilancia epidemiológica de la violencia contra la mujer</i>	59
– Síntesis y cierre de casos	60
– CUARTA PARTE	
– Instrumentos jurídicos para la violencia contra la mujer	61
– Internacionales	61
– <i>Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de la Mujer, CEDAW</i>	61
– <i>Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer</i>	62
– <i>Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer</i>	62
– Nacionales	63
– <i>Ley 012 de 1991</i>	63
– <i>La Constitución Política, Artículo 44</i>	63
– <i>Ley 100 de 1993</i>	63
– <i>Ley 294 de 1996</i>	63
– <i>Ley 360 de 1997 y sus modificaciones en la Ley 599 de 2000</i>	63
– <i>Ley 470 de 1998</i>	63
– <i>Resolución 412 de 2000</i>	63
– <i>Ley 679 de 2001</i>	64
– <i>Ley 704 de 2001</i>	64
– <i>Ley 747 de 2002</i>	64
– <i>Ley 765 de 2002</i>	64
– <i>Ley 800 de 2003</i>	64
– <i>Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – PNSSR 2003</i>	64
– <i>Resolución 6394 de 2004</i>	65
– <i>Ley 906 de 2004</i>	65
– <i>Ley 1098 de 2006</i>	65
– <i>Sentencia Corte Constitucional C355 de 2006</i>	65
– <i>Ley 1010 de 23 de enero de 2006</i>	65
– <i>Ley 1146 de 2007</i>	65
– <i>Plan Nacional de Salud Pública 20072010</i>	65
– <i>Resolución 425 de 2008</i>	66
– <i>Decreto 4545 del 2007</i>	66
– <i>El Acuerdo 0231 de 2007</i>	66
– <i>Ley 1257 de 2008</i>	66
– <i>Ley 1438 de 2011</i>	66
– <i>Acuerdo 029 de 2011 de la CRES</i>	66



- *Resolución 459 de 2012* 66
- *Política pública municipal* 67
- *Política Pública en Convivencia Familiar para el Municipio de Santiago de Cali* 67
- *Acuerdo No. 0326 de 2012. Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 20122015* 67
- *Política Pública para la Equidad de Género, la Inclusión y el Reconocimiento de las Mujeres en el Municipio de Santiago de Cali. 20092020* 67
- **Bibliografía** 69
- **Anexo 1** 71
- **Anexo 2**..... 73
- **Anexo 3**..... 74





Presentación

El protocolo para el abordaje integral de la violencia contra las mujeres, presentado desde el sector salud, se inscribe como una asistencia técnica del municipio de Cali en la implementación de la política pública de no violencia contra la mujer. Su desarrollo y ejecución operó en el periodo 2011-2013, a través del proyecto *Apoyo a la institucionalización de la política pública de lucha contra las violencias hacia las mujeres en la Alcaldía de Cali*, fundamentado en los enfoques de: garantía y restitución de los derechos humanos de las mujeres, perspectiva de género, enfoque diferencial, enfoque de red intra e interinstitucional y sociedad civil organizada.

Su objetivo es brindar herramientas a las instituciones de salud públicas y privadas para la prevención, detección y atención a las mujeres en situación de violencia, en aras de garantizar sus derechos y hacer efectivas las acciones enunciadas en la guía de atención a la menor y a la mujer maltratadas, del Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución 412 de 2000); y en el protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, del Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución 459 de 2012); guía y protocolo enmarcados en la Ley 1438 de 2011 y el Acuerdo 029 de la CRES, entre otras normativas.

También pretende garantizar la atención integral –desde las instituciones de salud de baja complejidad– a las mujeres víctimas de las distintas formas de violencia y reconocer la importancia de la acción intersectorial, así como la efectiva garantía de los derechos humanos desde una perspectiva de género.

Metodológicamente, este documento se presenta en cuatro capítulos, a saber: el primero aborda el tema de la promoción de la salud y de la prevención de las violencias contra las mujeres. El segundo hace una caracterización de las diferentes formas de violencia hacia las mujeres, incluyendo sus factores de riesgo. El tercero concreta la descripción orientadora de los aspectos técnicos, humanos y normativos que se deben considerar en los procedimientos de atención a mujeres en situaciones de violencia. Y el último capítulo resume todo su soporte jurídico.





Justificación

Tradicionalmente, la violencia contra las mujeres ha sido considerada por la familia, la sociedad, el Estado y, en muchas ocasiones, por las mismas mujeres como natural, situación que ha sido concebida por la Ley 1257 de 2008 que exige repensar esta situación en sus variadas manifestaciones. Y es que en verdad las mujeres, junto con las niñas y los niños, son las mayores víctimas de una violencia generalmente desatada por los hombres. Esta ley –al enmarcar toda forma de violencia contra las mujeres como una violación a sus derechos humanos– se propone desnaturalizar tales acciones en ámbitos como el hogar, la escuela, el trabajo y los medios de comunicación.

Con esto el Estado se asegura de prevenir, proteger, atender, investigar, sancionar, así como reparar a las mujeres víctimas de cualquier acto violento. Gestión que tiene en el sector salud una participación muy importante para la protección, atención y prevención, pues son las instituciones prestadoras de salud (IPS) las que conocen de primera mano las acciones violentas a que son sometidas las mujeres cuando acuden a ellas en busca de atención. Sector que igualmente tiene una gran responsabilidad en las investigaciones ya que puede aportar suficientes elementos de juicio para que los organismos judiciales diriman efectivamente los hechos de maltrato físico o psicológico.

La Ley 1257 define la violencia contra la mujer como “cualquier acción u omisión que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado”.

El Decreto 3039 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, por el cual se adoptó el plan nacional de salud pública 2007-2010, dispone que todas aquellas situaciones que atente contra la salud mental, física, sexual, reproductiva, entre otras, de los colombianos deben ser tratadas prioritariamente. Igualmente, destaca que los efectos de la violencia, cualquiera que sea su manifestación, tienen un alto impacto en la salud de la población, siendo los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente las que generan mayor morbi-mortalidad.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Colombia ocupaba en el 2005 el tercer lugar de mortalidad en la región, con una tasa ajustada de 112,7 muertes por cada cien

mil habitantes; así como el primer lugar en homicidios, con una tasa ajustada de 84,6 por cada cien mil habitantes; el quinto lugar en muertes por accidentes de tránsito (20,5 por cada cien mil habitantes) y el decimotercero lugar en suicidios, con una tasa ajustada de 6,8 por cada cien mil habitantes. De acuerdo con estos índices, donde el homicidio ocupaba el primer lugar con un 13 %; es el alarmante registro de muerte de mujeres lo que motiva la atención y respuesta especial del Estado. De otra parte, encuestas y estudios específicos sobre el tema de violencia intrafamiliar, citado en el Decreto 3039, han puesto en evidencia un problema de gran magnitud que suele pasar inadvertido por sus casi nulos índices de denuncia: “La violencia verbal es la modalidad más frecuente (33 %), seguida de la física (19,3 %) y finalmente la sexual (5 %). Los casos de violencia sexual intrafamiliar, con una tasa nacional de notificación de 184 casos por cada cien mil habitantes, son mayores en mujeres entre los 10 y 25 años. El 30 % de los 200 mil casos de lesiones por causa externa que se registran cada año en el Instituto de Medicina Legal, corresponden a lesiones por violencia intrafamiliar”.

Según estadísticas del Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2000, en Colombia las dos terceras partes de las mujeres que han estado casadas o unidas sus esposos ejercen situaciones de control sobre ellas; 14 % en edad fértil sufre algún tipo de violencia física; 26 % han sufrido violencia verbal; 6 % manifestaron haber sido violadas o forzadas a tener relaciones sexuales. Ahora, del total de homicidios en mujeres (1.444), el 8,66 % (125) fueron perpetrados por la pareja o ex pareja; el 5,47 % (79 casos) por miembros de las Fuerzas Armadas y de Policía y el 2,98 % (163 casos) por un familiar. Entre enero de 2002 y diciembre de 2008, se registró que por lo menos 1.657 mujeres perdieron la vida por causas ajenas al combate y de ellas 1.508 fueron víctimas de homicidio.

En la ciudad de Santiago de Cali, en el quinquenio 2006-2010 el Observatorio de Violencia Familiar del municipio (Sivigila) reportó un total de 40.011 casos de violencia familiar no sexual y 2.875 casos de violencia y abuso sexual. En el contexto familiar, las mujeres son agredidas con mayor frecuencia (71,8 %), con respecto a los hombres (28,2 %).

Igualmente, durante el 2011, este mismo observatorio reportó un total de 6.342 casos de violencia familiar contra las mujeres, produciéndose tres casos de violencia no sexual por cada hombre y ocho de violencia sexual por cada hombre. En el 2012, durante el periodo comprendido entre enero y junio, la notificación de mujeres víctimas de violencia familiar y sexual ocupó el segundo lugar con 2.063 casos (43 %). De acuerdo con lo anterior, la violencia familiar, sexual, psicológica y física son las formas más frecuentes de ataque a las mujeres.

Impacto de la violencia hacia las mujeres en el sistema de salud

Según la Guía de atención de la mujer maltratada, del Ministerio de Protección Social (Resolución 412 de 2000), la violencia de género –que incluye violación, mutilación, homicidio y abuso sexual (incluso en el ámbito doméstico)– constituye un serio problema de salud para la mujer a nivel mundial, a pesar de que no es muy visibilizada como un tema de salud pública. A nivel mundial, la carga de salud por la victimización de género, entre mujeres de 15 a 44 años, es comparable a la representada por otros factores de riesgo y enfermedades como el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), la tuberculosis, la septicemia durante el parto, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.





Para el ente oficial, las enfermedades de género no fatales son: las infecciones de transmisión sexual, las lesiones, la inflamación pélvica, el embarazo no deseado, el aborto espontáneo, el dolor pélvico crónico, los dolores de cabeza, los problemas ginecológicos, el asma, el síndrome de intestino irritable, la discapacidad permanente o parcial, el desorden de estrés postraumático, la depresión, la ansiedad, la disfunción sexual, los desórdenes de la alimentación, el desorden de personalidad múltiple, el desorden obsesivo-compulsivo, el abuso de drogas/alcohol, las conductas nocivas para la salud: el tabaquismo y el sexo sin protección.

En la ciudad de Santiago de Cali, según Ortiz, Franco y Campo (2005), “los reportes de violencia contra la mujer muestran cifras similares en los hallazgos de estudios internacionales, nacionales y locales... se evidencia cómo las mujeres entre los 10-39 años son las mayores víctimas de algún tipo de violencia familiar. Los estudios reportan a los cónyuges como los mayores agresores... comportamiento que se mantiene con los datos recopilados en el período 2003-2005, continuando en orden los excompañeros de las víctimas”. (pp. 314)

Igualmente, un estudio realizado en Cali, entre el 2001 y 2003, sobre violencia sexual en adolescentes de 10 a 19 años de edad, arrojó que de 250 casos registrados, 77,5 % eran mujeres entre los 10 y 14 años; de estas, el 46 % realizaba actividades en el entorno familiar cuando fueron atacadas. El 38,2 % informó antecedentes de violencia familiar directa o indirecta; el 31,4 % pertenecían a familias monoparentales y el 40 % a familias mixtas. Y el 82,6 % de los agresores eran personas conocidas por la víctima. Las denuncias son más prevalentes en sectores con desventaja socioeconómica (Aguilar y Salcedo, 2008).





Promoción de la salud, calidad de vida y prevención de la violencia contra las mujeres

De acuerdo con el Decreto 3039 de 2007, la promoción de la salud y la calidad de vida constituye un proceso político y social que abarca acciones dirigidas a:

- Fortalecer los medios necesarios para su mejora como derecho humano inalienable,
- Consolidar una cultura que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto; e
- 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 el individuo y la colectividad.

Se asume la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo en sentido positivo como bienestar y proyecto de vida, que se articula y combina con la acción preventiva e integra las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que las personas ejerzan un mayor control sobre los determinantes de su salud. Esta línea hace posible la vinculación de la salud con otros sectores y con la política económica y social del país. El objetivo es fomentar las capacidades en los individuos y las comunidades para 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 la autonomía individual y colectiva.

Ante esto, la calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en las dimensiones individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales y nacionales.

Promoción de la salud en la mujer

Factores protectores personales

- Conocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.
- Sana autoestima.
- Adecuado desarrollo de habilidades sociales.
- Adecuada expresión de emociones y sentimientos.
- Conocimientos sobre lo que es adecuado y no en contacto físico (asertividad).

Factores protectores familiares

- Convivencia democrática en la familia y respeto a los derechos de los niños y niñas.
- Buena comunicación.
- Información científica, clara y oportuna sobre sexualidad.
- Vínculo afectivo fortalecido.
- Adecuado ejercicio de la autoridad.
- Desarrollo adecuado de paternaje y maternaje.
- Patrones de crianza coherentes con los derechos humanos.
- Respeto a las diferencias de sexo.
- Claridad en las normas familiares, especialmente en lo referente al comportamiento sexual.

Factores protectores sociales

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

Factores institucionales

- Información desde los servicios de salud sobre salud sexual y reproductiva y derechos humanos y sexuales.





- Acceso oportuno a servicios de salud y en especial de SSR y salud mental.
- Programas de promoción y redes del buen trato.
- Intervención a individuos o grupos con riesgo de cometer violencias contra las mujeres o de ser posibles agresores.

Prevención de violencias contra las mujeres

La prevención es definida en el Decreto 3039 de 2007 como el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea es minimizar la pérdida del bienestar al evitar, mitigar o reducir al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las administradoras de riesgos profesionales (ARP) y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

Abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad (prevención primaria), sino también a gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida la prevención secundaria.

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

Prevención primaria

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

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

Los programas educativos deben estar enfocados hacia los siguientes temas:

- *Desarrollo humano.* Conocimiento de los derechos de los niños y las niñas (convención sobre los derechos del niño), conocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, la equidad y la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- *Respeto y valoración por el cuerpo.* Diferencias entre caricias y manoseo o manipulación indebida de los genitales y del cuerpo; entre secreto apropiado y no apropiado; enseñar a decir “no” ante situaciones amenazantes o desagradables (asertividad); técnicas de autoprotección.

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

- La violencia contra la mujer es un delito castigado por la ley.

- Los agresores temen a la ley.
- La violencia contra la mujer no es normal.
- La violencia contra la mujer es intolerable.
- La violencia sexual es una vulneración de derechos humanos.
- La violencia sexual afecta la salud mental, sexual y reproductiva y su impacto sobre la calidad de vida presente y futura es grave.
- La comunidad tiene la responsabilidad de velar por el sano desarrollo de las niñas.
- A las niñas debe enseñársele a discriminar los actos cariñosos de los abusivos y a saber defenderse de estos últimos.
- Las instituciones tienen competencia para atender a las mujeres en situación de violencia.
- Existen mecanismos para poner en conocimiento a las autoridades sobre cualquier caso detectado.

La violencia contra la mujer es una problemática que compete al conjunto de la sociedad. Todas las personas pueden contribuir a la prevención y a la detección y deben poner en conocimiento de las autoridades los casos de violencia; de esta manera, podrá brindarse atención integral, oportuna y eficaz, protegiendo así a otras mujeres de la comunidad.

El manejo que la comunidad pueda dar a las situaciones agresivas contra las mujeres permitirá posicionar el tema de cero tolerancia, así como su erradicación y prevención; esto, desde propuestas políticas que incluyan o no en las agendas de Gobierno su manejo, principalmente de las relacionadas con la salud pública y la educación, entre otras.¹

Finalmente, se cita la Ley 1146 de 2007, por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral a niñas y adolescentes abusadas, y se promueve la adopción de sistemas de autorregulación eficaces tendientes a motivar a los proveedores y usuarios de los servicios de comunicación para que visibilicen y divulguen el abuso sexual de niñas y adolescentes, y apoyen el diseño de estrategias tendientes a sensibilizar, orientar y concienciar acerca de sus consecuencias. Asimismo, en el componente para el sector educativo, la misma ley propone la identificación temprana de las manifestaciones de violencia en el aula de clase, la denuncia por parte de los docentes, así como la acreditación de los docentes que tengan a su cargo el programa en educación para la sexualidad y salud sexual y reproductiva en los establecimientos oficiales y privados, entre otras disposiciones.

Prevención secundaria

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

1. Para la detección de casos de violencias contra las mujeres, así como de los niveles de atención desde el sector comunitario incluyendo la referencia a instituciones que tienen en sus competencias el abordaje de esta problemática se remite a una propuesta de manejo del fenómeno desde el enfoque feminista, a partir del empoderamiento de las mismas mujeres, visibilizándolo y generando redes de protección, ver <http://www.aynidesarrollo.org.pe/imagenes/ManualVG.pdf>





Factores de riesgo

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

Factores de riesgo personales

- Desconocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.
- Baja autoestima.
- Escaso desarrollo de habilidades sociales.
- Depravación afectiva.
- Carencia de conocimientos sobre lo que es y no es apropiado en contacto físico.

Factores de riesgo familiares

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

Factores de riesgo social

- Pobreza y desplazamiento forzado.
- Vivir en zonas de situación de conflicto armado.
- Problemas de entorno físico.
- Hacinamiento crítico.
- Vecindarios con altos índices delincuenciales y poco seguros (solitarios, oscuros, falta de seguridad, etc.).
- Trivialización de la violencia en los medios de comunicación.
- Fácil acceso a consumo de licor, pornografía infantil y sustancias psicoactivas.
- Factores de riesgo en adolescentes.
- Citas con extraños a ciegas.
- Rapto por Internet.
- Subir al carro de desconocidos.
- Descuidar sus bebidas en actividades sociales.

Prevención terciaria

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

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

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

Prevención desde los servicios de salud

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

Así mismo, el componente del buen trato debe estar inserto en todos los programas de promoción y prevención a lo largo de todo el proceso de atención a mujeres víctimas de violencia; es decir, durante la consulta, la hospitalización y en la atención de urgencias. En este sentido, todo el personal del sector salud debe estar sensibilizado en torno a esta problemática y capacitado para la detección, manejo y adecuada canalización de los casos.

Una estrategia de prevención desde los servicios de salud es la aplicación de tamizajes (ver Anexo 1), que permitirían visibilizar la problemática de la violencia contra la mujer y a partir de ahí derivar el caso a los organismos de protección competentes o a la justicia misma para su debida atención. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1996, ya recomendaba el uso de tamizajes universales que consisten en preguntar habitualmente a pacientes si en el contexto familiar han sido objeto de violencia o maltrato (sexual o físico), en aras de mejorar la respuesta del sector sanitario frente a esta problemática. Así mismo, recomienda la creación de protocolos de acción (planes escritos que definan, para un entorno específico, los procedimientos que deben seguirse para identificar y responder apropiadamente a las víctimas de maltrato).





Formas de violencia contra la mujer

Conforme al artículo primero de la declaración oficial de la Naciones Unidas sobre el abuso de género, la violencia contra la mujer incluye: “Todo acto de violencia de género que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada.” Y de acuerdo con la Ley 1257 de 2008 se amplía el espectro de formas de violencia contra las mujeres, incluyendo la violencia económica y patrimonial.

La violencia contra la mujer puede tener las siguientes formas:

Física, sexual y psicológica en el contexto de la familia –incluidos los golpes, el abuso sexual en el hogar, la violación por el marido o compañero permanente, el excompañero, la mutilación genital, la violencia ejercida por personas distintas al marido o compañero y la violencia relacionada con la explotación–. A nivel de la comunidad, incluidas las violaciones, abusos sexuales, acoso sexual en el trabajo, colegios y universidades, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada. Y la realizada o tolerada por el Estado donde quiera que ocurra.

Violaciones a los derechos humanos en situaciones del conflicto armado, asesinatos, esclavitud sexual, violencia sexual como arma de guerra y en general todo lo relacionado que impacta de manera diferencial y específica a las mujeres por causa de su condición femenina en el marco del conflicto armado colombiano.²

Violencia física

Forma de agresión producida por la aplicación de la fuerza física no accidental, caracterizada por lesiones variables sobre el cuerpo de una niña o una mujer, con consecuencias leves o graves, incluso la muerte, pero que siempre tienen efectos de orden psicológico o emocional ya que es generada con una intencionalidad específica.

2. El auto 092 de 2008 contempla una serie de medidas sobre la violencia contra las mujeres en situación de desplazamiento que se constituye en una ruta para la política pública en esta materia y para el desarrollo de este punto de la ley.

Se expresa cotidianamente en el ámbito familiar, como consecuencia de una dinámica de poderes donde histórica y culturalmente la mujer se sitúa en un plano inferior al hombre.

Los factores de riesgo socioculturales son: bajo nivel educativo y de ingreso (no es una constante), desempleo, subvaloración social de la mujer, reconocimiento del machismo como valor social, fortalecimiento de conductas discriminatorias hacia la mujer.

En el contexto de la familia, los victimarios usan muchas formas de abuso para ganar poder y control sobre su pareja, esto incluye:

- Abuso verbal y emocional.
- Intimidación en los tratos, incluyendo la coacción utilizando terceros.
- Aislamiento, en donde se busca controlar cada aspecto de la vida de la víctima como su tiempo, sus actividades, su contacto con los otros. También cuando a una víctima no se le permite trabajar, recibir llamadas telefónicas o ver amigos o familiares.
- Abuso económico cuando se controla el acceso de los miembros de la familia al uso del dinero y se tiene un control sobre el manejo y gasto del mismo.
- Abuso sexual y violencia sexual referidos a todas las conductas que atentan contra la libertad sexual. Incluye acoso sexual, incesto, violación, actos sexuales abusivos que se realicen contra cualquier miembro de la unidad doméstica o contra la persona con la que se haya convivido o procreado (Ver definiciones en anexos).
- Abuso físico: Se refiere a las conductas que constituyen lesiones personales y en general a todas aquellas que atentan contra la integridad física.

El agresor (padre, hijo, cónyuge, otros familiares) generalmente presenta antecedentes del maltrato o evidencia las siguientes características:

- Bajo nivel de escolaridad.
- Crisis conyugales y familiares por diferentes causas (celos, dificultades en la educación de los hijos, etc.).
- Rivalidades permanentes.
- Alcoholismo y drogadicción.
- Trastornos de personalidad.
- Valoración de la violencia física como medio de resolución de conflictos.
- Desconocimiento de los derechos de la mujer.
- Historia de maltrato, situaciones traumáticas en la infancia.
- Pasividad e inseguridad.
- Agresividad e intolerancia.
- Discapacidades.
- Baja autoestima.





- Incapacidad de tomar decisiones autónomas.
- Dependencia económica.

Violencia psicológica

Se refiere a todo tipo de agresión a la vida afectiva, lo cual genera múltiples conflictos, frustraciones y traumas de orden emocional, psicológico, social, en forma temporal o permanente. Además de estar íntimamente relacionada con las agresiones físicas y sexuales puede presentarse como una relación cotidiana en la convivencia familiar expresada en 3 formas:

- Agresión verbal: Utilizada para humillar, ridiculizar, amenazar o denigrar a la mujer. Expresa el deterioro en las formas de comunicación entre los integrantes del grupo familiar.
- Lenguaje corporal: Manifestaciones exageradas y permanentes miradas de insatisfacción, de rechazo o burlescas; ausencia de expresiones afectivas, la exclusión y el aislamiento llegan a formar parte del lenguaje cotidiano como una forma de hostilidad y agresión emocional.
- Chantaje afectivo: Que se ejerce entre la pareja y entre padres e hijos. En este caso la violencia emocional se expresa en la negación a la libertad de la mujer.

El abuso emocional o psicológico puede preceder o acompañar la violencia física como una forma de control a través del miedo y la degradación. Tiene como base la subvaloración o descalificación de la mujer y el autoritarismo, la imposición de ideas y deseos.

Factores de riesgo, familiares y sociales

- Situaciones traumáticas de la infancia.
- Intolerancia a la diferencia.
- Noviazgos apresurados o superficiales que no permiten la compenetración afectiva de la pareja.
- Uniones forzadas por situaciones imprevistas.
- Desacuerdo en los intereses prioritarios de cada uno.
- Dependencia afectiva, económica, social, etc.
- Ausencia y exceso de autocrítica.
- Influencia de las familias de origen en la relación conyugal.
- Trastornos mentales.
- Alcoholismo y drogadicción.
- Desacuerdos en la crianza y socialización de los hijos.
- Tendencia a interesarse más por las familias de origen, que por situaciones de la propia familia.
- Disputas por la posesión de bienes o por la satisfacción de necesidades económicas como respuesta a dificultades de tipo afectivo.
- Alianzas o formación de bandos entre los miembros de la familia.

- Dificultades económicas o laborales.
- Tensiones sociales.
- Significado cultural de la mujer en la relación de pareja.
- Falta de énfasis por el Estado a los derechos sexuales y reproductivos.
- Subordinación económica, social y cultural de las mujeres y las niñas.
- Concepciones culturales erróneas sobre los diferentes roles y las formas de interacción en la familia y en la pareja.





Atención a las violencias contra la mujer

De acuerdo con el Decreto 3039 de 2007, la atención a la violencia es entendida como el conjunto de acciones que despliega del plan obligatorio de salud (POS), con el objetivo de recuperar la salud y superar los daños ocasionados a los individuos y a las poblaciones mediante la atención oportuna y la calidad en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas y a los programas y redes de protección social.

Involucra acciones de prevención, secundarias y terciarias, que se realizan en todos los niveles de atención y grados de complejidad. “Esta política demanda de las autoridades de salud y de la sociedad en general una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia y grado de satisfacción sobre los servicios de salud”. Puntualmente, en la atención de mujeres víctimas de violencias, de acuerdo con el artículo 19 de la Ley 1257, se contempla que “las empresas promotoras de salud y las administradoras del 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”. Sin embargo, las acciones de violencia son muy complejas, lo cual permite concluir que si bien la atención en salud juega un papel muy importante no es suficiente para atender tal problemática en toda su dimensión. A continuación se propone el flujograma (Cuadro 1) de atención como un intento de visualizar una posible integración de las instituciones que tienen la responsabilidad de atender las violencias.

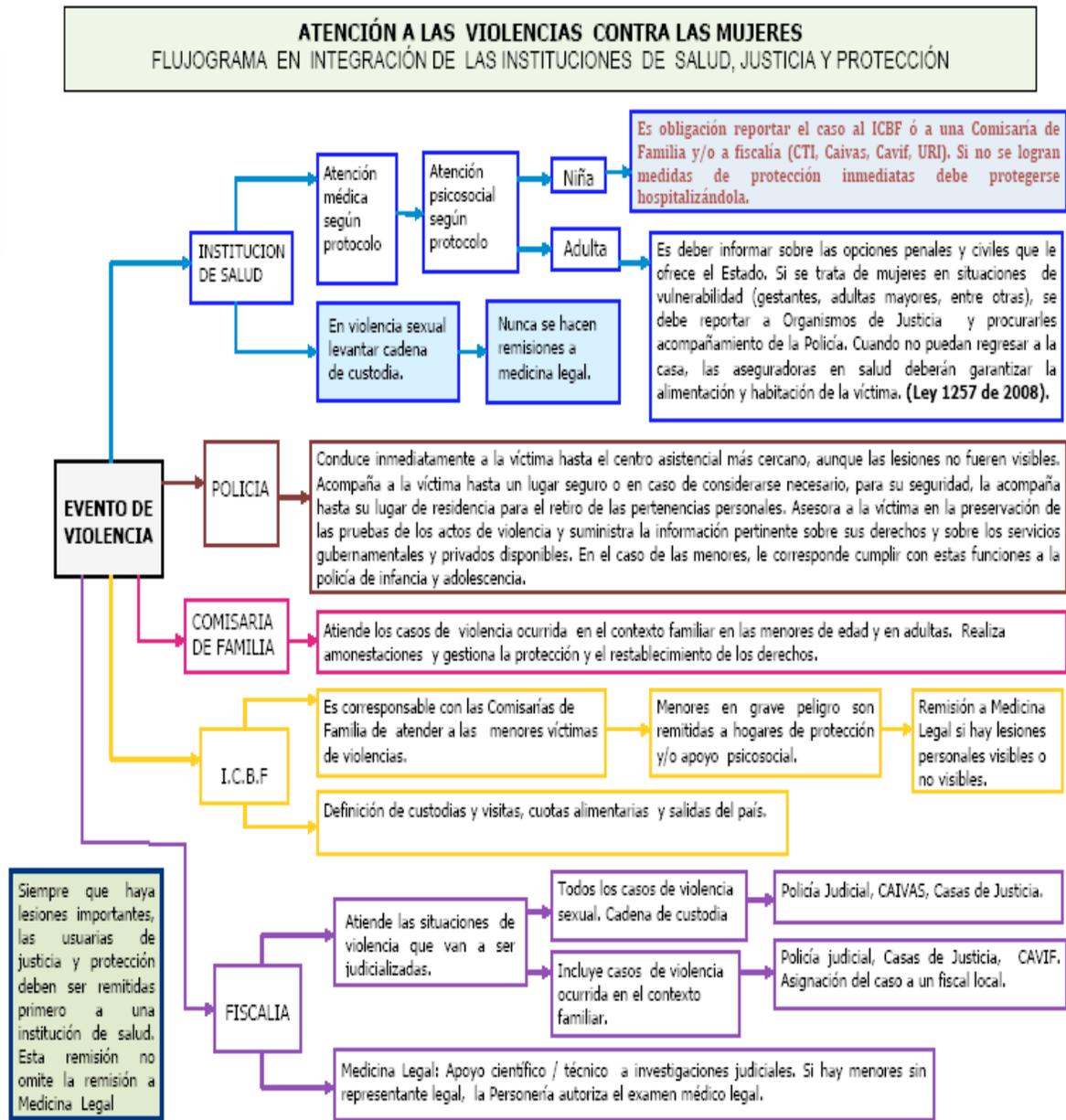
Características de la atención al maltrato físico

Sospechar la violencia contra la mujer

Un encuentro con el personal de salud puede ser la única oportunidad para detener el ciclo³ o escalada de la violencia⁴ antes que ocurran lesiones más graves. Es importante tener en cuenta que

3. El llamado ciclo de la violencia ayuda a entender cómo se produce y mantiene esta problemática; advierte al menos las fases de “construcción de la tensión”, “fase de la violencia”, “fase de luna de miel”. World Report on violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002, en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf
4. La escalada de la violencia hace referencia a la progresión establecida de la violencia, yéndose agravando conforme pasa el tiempo; consta de cuatro peldaños: Agresiones psicológicas, agresiones verbales, agresiones físicas y muerte violenta (feminicidio). World Report on violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002, en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf. Frente a la escalada de la violencia se propone aquí, el “Túnel de la violencia contra la mujer (elaboración propia)”, como representación gráfica de la progresión de la gravedad en las modalidades de la violencia, en forma horizontal y en analogía al túnel, ocultándose tales expresiones de agresión dada la

Cuadro 1. Flujograma



Protocolo para el abordaje integral de las violencias contra las mujeres desde el sector salud

muchas mujeres tienen dificultades en reconocer que son víctimas de abuso y maltrato por parte de su cónyuge o familiares y no buscan ayuda. Algunas se encuentran psicológica y físicamente impedidas para salir de la casa. Otras carecen de dinero y de medios de transporte.

De acuerdo con la Guía de atención de la mujer maltratada, del Ministerio de la Protección Social, la atención perinatal constituye un momento de especial atención para la detección del maltrato ya que hay mayor vulnerabilidad. En relaciones maltratantes, los abusos tienden a

progresividad, por lo tanto de mayor riesgo para la mujer al no encontrar salidas de protección (Ver Anexo 2).





incrementarse y constituyen graves riesgos tanto para la madre como para el feto. La evaluación del abuso debe ser incorporada como rutina en la atención prenatal y en el postparto. Un número importante de bebés con bajo peso al nacer son hijos de mujeres maltratadas.

Razones por las que los profesionales de la salud no preguntan por el maltrato

- Miedo a ofender a la paciente.
- Creer que la violencia no le ocurre a las pacientes: la violencia doméstica ocurre en todos los estratos socioeconómicos, en todas las razas, en todas las edades y en todas las orientaciones sexuales.
- Dificultades para manejar el tiempo de consulta estándar y temor de acortar el tiempo a otros pacientes.
- Temor de no poder responder apropiadamente a la situación de maltrato y enfrentar el manejo de problemas desconocidos.
- Los profesionales de la salud pueden ser víctimas, agresores o testigos de violencia en sus hogares, lo que los convierte en parte del problema, o puede causarles estrés y dificultar así su trabajo.
- Los profesionales se cohiben de inmiscuirse en la vida privada de sus pacientes, sin tener en cuenta que la violencia es un problema de salud pública.
- Creer que la mujer puede simplemente irse y evitar que continúe el maltrato; infortunadamente no es tan simple, las mujeres no dejan al que las maltrata por muchas razones como se explicó antes.
- Creer que las víctimas nunca abandonarán realmente a su victimario y que en consecuencia no vale la pena la intervención. Entre el 43 y 70 % de las víctimas dejan sus agresores.
- Creer que no es el momento adecuado para tratar el tema del maltrato: es importante tener en cuenta que una intervención a tiempo ayudará al manejo de las consecuencias y todos los problemas que esto puede traer.

Razones por las cuales las mujeres no cuentan sobre el maltrato

Dentro de las razones más comunes se encuentran:

- Temor por la falta de seguridad: la paciente puede tener miedo por su seguridad propia o por la de su familia, por lo general las víctimas son amenazadas por sus victimarios.
- Vergüenza y humillación: una consultante que se avergüenza por el hecho de ser abusada también siente miedo de ser juzgada por los profesionales.
- Las consultantes sienten que merecen el maltrato y no merecen la ayuda: son comunes los problemas de baja autoestima entre las mujeres víctimas de maltrato, lo cual hace frecuente los sentimientos de culpa en relación con la situación. Es común que el agresor ataque repetitivamente la autoestima de la víctima.
- Experiencia de falta de resolución a su problemática o de respuestas poco pertinentes a su situación en consultas médicas previas.
- Sentimientos de protección sobre el agresor.

- Percepción de maltrato no severo e incapacidad para prever la evolución del mismo y percibir nuevos hechos.

Estrategias para la detección de las mujeres víctimas de violencia

La Asociación Médica Americana y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomiendan emplear con los pacientes en urgencias, en cirugía, en control prenatal, en consulta externa, en ginecología y en salud mental, una rutina de preguntas para detectar situaciones de maltrato e incorporar las respuestas en la historia clínica de la paciente.

Las preguntas a desarrollar deben ser directas y formuladas de tal forma que no se presenten como un enjuiciamiento, también se deben realizar en privado. En los casos en que la pareja de la consultante se rehúse a dejarla sola durante la entrevista, es preciso enviar a la afectada a otra sección donde no se permita el acceso al acompañante; este es el momento ideal para realizar las preguntas.

A pesar de que las preguntas deben ser directas, estas deben ser formuladas con buen tino, por ello no es conveniente iniciar con preguntas como; ¿es usted víctima de violencia doméstica?, ¿ha sido usted agredida por su pareja?

De acuerdo con las respuestas, hay que empezar a sospechar que existe abuso cuando:

- Hay inconsistencia entre la historia y la lesión.
- Son frecuentes la demanda de consultas médicas.
- Cuando no se busca oportunamente la ayuda médica.
- Cuando la pareja de la paciente insiste en estar cerca y responder las preguntas directamente él.
- Cuando las quejas psicósomáticas son repetitivas.
- Cuando se diagnostican lesiones de causa externa durante el embarazo (recordar que el 25 % de las mujeres embarazadas son víctimas).
- Ante evidencia de múltiples lesiones en diferentes estados de cicatrización.
- Presencia de lesiones sugestivas de una postura defensiva de la víctima.
- Presencia de lesiones en la cabeza, el cuello, el pecho o el abdomen.
- Depresión o ideación suicida.

Ante una sopesada sospecha de maltrato, es preciso remitir inmediatamente a la mujer para evaluación y confirmación diagnóstica.

Consulta médica de evaluación en casos de maltrato físico y psicológico

Los casos de maltrato contra la mujer deben ser valorados por equipos interdisciplinarios, sensibilizados en el tema, adecuadamente capacitados para su manejo y que puedan dar respuesta a las demandas médicas, psicológicas y del ambiente social y familiar, en todas las fases del proceso





desde la detección. El diagnóstico no reviste dificultades cuando la víctima solicita la atención, pero resulta más complejo si ella oculta el hecho, o lo hace aparecer como accidental. En el proceso de evaluación es preciso tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La mujer debe ser entrevistada sola, sin la presencia de su compañero.
- Permita que la mujer haga descargas emocionales, escuchando atentamente y sin acosarla con preguntas.
- Evite emitir juicios de valor, brinde comprensión y calidez en el trato.
- Trate de no emitir conceptos sin un conocimiento adecuado.
- Elabore una historia clínica y social clara, detallada, individual y familiar.
- Realice una evaluación física completa y confrontar los hallazgos con la información.

Documentación

El proceso de evaluación de la mujer y los hechos violentos deben permitir la documentación adecuada de la situación. Una buena documentación es esencial en el monitoreo y manejo de los casos de violencia contra la mujer. Primero que todo hay que tener en cuenta que la historia clínica de la paciente puede ser una de las principales evidencias de maltrato, entre más detallado, claro y legible sea el registro de las intervenciones médicas, mayor será la ayuda a ofrecer a la paciente, sobre todo si decide pedir protección o iniciar una acción legal. Así mismo, los registros son de utilidad para el estudio epidemiológico de la problemática y para la comunicación entre el equipo interdisciplinario que atiende a la mujer. Se debe consignar en la historia clínica la anamnesis y el examen físico con una descripción clara de las lesiones, ojalá con un esquema, o si la paciente lo permite y tiene los recursos, con fotografías. Es preciso indagar sobre la ocurrencia de lesiones anteriores, en caso de que haya niños o niñas en el hogar, explorar si han sido maltratados o si han tenido que presenciar los eventos violentos. Consigne lo dicho por la consultante copiando exactamente sus expresiones, sea lo más específico posible.

También es importante recordar y especificar las inconsistencias que se puedan encontrar entre el examen físico y las explicaciones que la consultante puede dar a las diferentes molestias o daños físicos con los que haya aparecido.

Signos y síntomas en los casos de maltrato físico

Órganos afectados

- Piel y tejidos blandos. Eritemas, hematomas, laceraciones y rasguños de poca extensión hasta múltiples lesiones de gran extensión donde hay sospecha de compromiso de otros órganos, herida en pared abdominal, párpados, boca, lengua.
- Músculos y estructura ósea. Lesiones de ligamento y tendones, esguinces musculares, luxaciones, fracturas.
- Sistema nervioso central. Trauma cráneoencefálico –TCE– desde leves hasta moderados y severos. Pérdida de conciencia, convulsiones, estado de coma, hematomas intracraneales.
- Otros sistemas. Lesiones cardiopulmonares, broncoaspiraciones.

Alteraciones psicológicas

- Manifestaciones psicosomáticas (dolores de cabeza, mareos, cólicos, crisis conversivas, trastornos gastrointestinales)
- Depresión, negatividad, inseguridad, miedo, ansiedad, crisis de pánico, intento de suicidio, timidez, retraimiento, mutismo, aislamiento social.
- Dificultad para establecer relaciones con otras personas, agresividad.
- Poca expresividad, intolerancia, resentimientos.
- Ruptura de lazos familiares, alcoholismo y drogadicción.

Otras medidas a realizar

- Realizar manejo del dolor, de acuerdo con las características de la lesión y a la intensidad.
- Si existen trastornos psicosomáticos ordenar exámenes para descartar enfermedad orgánica.
- Se deben utilizar las ayudas diagnósticas necesarias: Rx, exámenes de laboratorio y remitirlas para manejo especializado, si se requiere. Es necesario realizar los contactos con la institución de referencia para garantizar la atención adecuada.

Recuerde sospechar un delito sexual en menores de 14 años embarazadas o con enfermedades de transmisión sexual.

Consulta por psicología

Esta consulta tiene por objetivo determinar el estado emocional de la agredida y brindar información y orientación para la solución del problema. Esta consulta incluye los siguientes aspectos:

- Evaluación de las repercusiones psicológicas del maltrato físico en la agredida.
- Evaluación de la autoestima.
- Orientación sobre medidas específicas que le permitan protegerse en otras situaciones de posible agresión.
- Orientar al tratamiento en los casos de alcoholismo, drogadicción, trastornos de la personalidad.
- Informar sobre los derechos de la mujer.
- Motivar a la mujer y a la familia hacia la intervención del problema en la institución respectiva.

Hospitalización

Si la evaluación clínica y psicológica de la mujer requiere manejo intrahospitalario, es pertinente realizar los trámites requeridos para la hospitalización. Este proceso permite atender adecuadamente a la mujer.

Protección por amenazas de muerte

Esta parte es muy importante ya que puede hacer la gran diferencia entre la vida y la muerte, especialmente si el agresor ha amenazado a la víctima con un arma de fuego. La decisión de





regresar a casa o no junto con el agresor es una decisión que toma la mujer y debe ser respetada. Si la mujer agredida requiere y acepta la protección, la institución de salud debe realizar los contactos necesarios para garantizar que ella sea recibida por la institución de protección.

Protección a las menores de edad

En todos los casos se debe dar información sobre los servicios locales disponibles para la atención y protección de las menores, instituciones que deben recibirlas y atenderlas oportuna y debidamente. Para ello debe existir un listado con nombres y números telefónicos de personas o sitios a los que se puede acudir en un momento de emergencia (ICBF, comisarías de familia, Policía, Fiscalía).

Es importante identificar a las(los) menores que están en riesgo y hacer un apropiado seguimiento. Así mismo, notificar a la red de protección local la sospecha de menores maltratados en el núcleo familiar para impulsar el desarrollo de las investigaciones pertinentes.

Notificación

Todo caso de sospecha o diagnóstico de maltrato de cualquier clase contra una mujer debe ser reportado al sistema de vigilancia en salud pública, que debe operar en toda institución de salud.

Denuncia

Los casos de maltrato contra la mujer constituyen delitos. El representante legal de la IPS que atiende a la mujer maltratada debe denunciar ante la Fiscalía, directamente o a través del ICBF o de las comisarías de familia. En los casos de mujeres adultas se requiere ofrecer información sobre sus derechos y animar la denuncia en los casos de presuntos delitos contra ellas.

Consulta con el agresor

Para la adecuada atención de la mujer es preciso realizar intervención con el agresor. Dicha intervención busca identificar trastornos psicológicos que requieran tratamiento, explicar la situación de la mujer y fortalecer factores protectores que ofrezcan seguridad a ella y a su familia.

La consulta con el agresor debe hacerse por profesionales debidamente capacitados, capaces de brindar atención psicológica y de realizar una intervención que minimice los riesgos de nueva agresión a la mujer o a la familia.

En este proceso es pertinente:

- Informar sobre los daños físicos y psicológicos causados a la agredida.
- Recordar los derechos de la mujer.
- Se deben realizar entrevistas con el agresor cada 15 días durante los dos primeros meses, como mínimo.
- En todos los casos se deberá estimular la demanda de consulta especializada para el agresor, para lo cual se le brindará al mismo la información respectiva de acuerdo con su afiliación al sistema. La institución de salud debe remitir la información necesaria a la EPS de la mujer

consultante y esta a su vez hará contacto con la EPS del agresor y remitirá los datos sobre el caso. La EPS del agresor, deberá hacer búsqueda activa del caso y valorar e instaurar el tratamiento adecuado.

Seguimiento

Se debe realizar a todo caso de maltrato físico. Este seguimiento debe permitir:

- Evaluar el impacto de la intervención.
- Evitar la repetición del problema.
- Mantener comunicación y las intervenciones necesarias a la agredida y a su familia.

En los casos que no revisten gravedad, se debe citar a la agredida al mes y hacer un seguimiento cada tres meses, durante el primer año. En los casos graves se debe realizar consulta individual y visita domiciliaria a los quince días y seguimiento cada mes durante el primer semestre con el fin de evaluar las condiciones emocionales y familiares.

Características de la atención del maltrato psicológico

Diagnóstico

Abrir la historia clínica con la información necesaria para el diagnóstico y tratamiento del caso; realizar la evaluación psicológica y solicitar ayudas diagnósticas en caso necesario.

Las manifestaciones psicósomáticas en la mayoría de los casos son atendidas por personal de salud. Es de vital importancia hacer un seguimiento juicioso a las consultantes crónicas o “hipocondríacas”, para encontrar los verdaderos orígenes de sus múltiples síntomas. La expresión verbal de la afectada puede estar bloqueada por lo que conviene darse el tiempo necesario para la elaboración de su situación.

La entrevista inicial está dirigida a escuchar la situación por la que se consulta, pues la paciente puede llegar a consultar por ser consciente de su situación y tener claro el problema y su origen, pero también es posible que consulte por situaciones de carácter orgánico o por situaciones que tienen que ver con los hijos. La manera como se recibe a la mujer maltratada determinará en gran medida la evolución del tratamiento posterior, por el estado de malestar generalizado en el que usualmente llega la afectada y por la necesidad de ser escuchada sin ser juzgada, ni subvalorada su actuación.

Signos y síntomas relacionados con maltrato psicológico

- Insomnio o inapetencia.
- Aislamiento social.
- Trastornos psicósomáticos tales como dolores de cabeza, úlceras y asma.
- Dificultades en las relaciones sexuales (frigidez, vaginismo).
- Celos.
- Depresión.





- Concentración disminuida.
- Fatiga
- Palpitaciones
- Vértigo
- Parestesias
- Dolor crónico o dolor debido a trauma difuso sin evidencia visible
- Dolor pélvico, dolor torácico atípico.
- Autoagresión.
- Intento de suicidio
- Uso de somníferos o tranquilizantes.

Intervención

El primer paso debe ser la intervención en crisis, buscando atender los síntomas que aparecen y bajar la tensión. Debe ayudarse a la afectada a aclarar su problema de base, los factores de la vida familiar que están influyendo para que el problema se presente, observar cómo pueden resolverse las manifestaciones físicas y establecer prioridades para su atención.

- Descartar causas orgánicas.
- Dialogar en forma tranquila sin acosar ni juzgar a la agredida.
- Remitir a psicología.

Atención psicológica

La intervención debe dirigirse a brindar apoyo emocional para enfrentar la situación conflictiva, identificar la participación de maltratada y maltratante en el problema, crear mecanismos para superar las dificultades mediante estrategias como la autovaloración. Debe motivarse a la afectada para tomar conciencia gradual acerca de las áreas problemáticas en sus relaciones en la familia, nunca respaldando supuestos compromisos o responsabilidades de la mujer en la generación de agresiones contra ella; la atención a mujeres en situación de violencia debe abordarse desde el enfoque de género, entendiendo la problemática como una construcción, donde la relación entre hombres y mujeres está marcada por la desigualdad y el privilegio que ha dado la sociedad a los hombres. Igualmente, en la consulta, se deben ponderar aspectos sólidos de la personalidad de la mujer en los cuales se pueda apoyar para solucionar las dificultades encontradas y enfrentar crisis futuras ganando confianza en sí misma (Ver pruebas de escalas para valorar ansiedad, depresión y calidad de vida, Anexos 3, 4 y 5).

Atención por trabajo social

La labor del y la profesional de trabajo social es de suma importancia en el abordaje de los casos de sospecha de violencias contra las mujeres, porque se convierte en el articulador de los servicios interinstitucionales e intrainstitucionales, al desplegar procesos de atención tanto individual como familiar que garanticen una atención oportuna e integral a la mujer y a su grupo familiar.

La valoración social al grupo familiar trasciende de una lectura individual a analizar el contexto

en que interactúa la mujer agredida, lo que posibilita reconocer desde esta primera instancia o contacto institucional las potencialidades, debilidades y fortalezas del grupo familiar, para implementar estrategias viables que respondan a las necesidades de prevención y atención individual o familiar.

El abordaje a los familiares de la mujer agredida se realizará en la modalidad de entrevista semiestructurada –puede ser individual o grupal–, en una o varias sesiones, de acuerdo con el caso. Es importante establecer una relación empática con los familiares y desde allí tener en cuenta los siguientes aspectos para:

- Observar la actitud de la familia hacia la consultante, frente a los hechos, a los factores protectores y a la satisfacción adecuada de sus necesidades. Entre esas necesidades, puede requerirse intervención en crisis y apoyo durante el proceso de atención para los familiares.
- Identificar el nivel de afectación de sus integrantes; generado por un espacio de escucha activa y de expresión de sus sentimientos frente al hecho vivido; reconociendo las reacciones del entorno familiar ante la revelación.
- Identificar factores psicosociales predisponentes y de riesgo a nivel sociofamiliar. Desde dichos aspectos, reconocer las consecuencias o reacciones del entorno ante la revelación del abuso, para implementar medidas de protección en el caso de haber vínculos familiares con el(la) agresor(a).
- Informar acerca de los procedimientos institucionales, deberes y derechos, ruta de atención y orientación sociojurídica que contemple el trámite de la denuncia.
- En los casos de violencia sexual, diligenciar los formatos de consentimiento para la atención de mujeres en situación de violencia y en casos de niñas y adolescentes, con el/la familiar responsable.
- Realizar cierre de las entrevistas agradeciendo la apertura de su historia familiar.
- Reconocer la colaboración, posibilitando la continuidad en el proceso.
- El o la trabajador(a) social cumple un rol organizador y orientador de todas las actividades concernientes al abordaje integral de los casos. Las funciones que debe desarrollar son las siguientes:
 - Elaborar la historia social con la siguiente información:
 - Composición del grupo familiar y descripción de la dinámica familiar. Indagar sobre roles, relaciones, vínculos familiares –si es posible de otros contextos sociales–, comunicación, mitos, creencias, circunstancias socioeconómicas, etc., para identificar las dificultades en el funcionamiento familiar que propicia la situación de vulnerabilidad y de agresión y los factores resilientes. Esta información puede ser ilustrada a través del familiograma.
 - Datos sociodemográficos y económicos.
 - Abordar algunos aspectos de la historia de vida de la mujer y de la familia, identificando antecedentes de maltrato, crisis, conflictos, origen y tipo de dificultades personales y familiares no resueltos, situaciones de riesgo que se convierten en obstáculo en el proceso de recuperación o alternativas de solución implementadas, potencial de cambio, etc.
 - Reconocer la red de apoyo familiar, social e institucional; igualmente las necesidades de salud,





protección y justicia.

- Formular el diagnóstico social de acuerdo con la información obtenida y al análisis de la situación (para valoración, se anexa escala de recursos, formato familiar y soporte de amigos, ver Anexo 6).

Intervención

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

- Otras atenciones médicas especializadas, tratamiento en salud mental (psicología y /o psiquiatría) o las requeridas.
- Establecer y coordinar estrategias de protección y prevención intra o extrainstitucionales: Orientando a la familia frente a los trámites legales pertinentes para la denuncia y/o realizar seguimiento mediante la contrarreferencia con la entidad remitente, siguiendo la ruta de atención. Si es necesario se debe realizar el acompañamiento para el trámite correspondiente.
- Realizar visitas domiciliarias en los casos e instituciones requeridas, con el fin de realizar seguimiento al grupo familiar, determinar necesidades e implementar acciones que orienten los procesos requeridos, incluyendo dar respuesta a las solicitudes legales.
- Garantizar el reporte de los casos al sistema de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud Pública Municipal.
- Realizar procesos de capacitación y actualización permanentes.
- Asistir a las reuniones de la red de buen trato, con el fin de actualizarse en las políticas y manejo de las pacientes.

Seguimiento

La visita domiciliaria es un mecanismo eficaz que permitirá dar orientación acorde con las condiciones de vida de la familia partiendo de su cotidianidad. La intervención a un caso de maltrato psicológico puede durar unos cuantos días o varios meses hasta cuando se observe que la persona afectada obtuvo la fortaleza para seguir adelante por su cuenta. A partir de ese momento se deben programar controles con lapsos iniciales de un mes que luego se espacian a tres o seis meses.

Características de la atención integral⁵ de las mujeres en situación de violencia sexual

La atención oportuna e integral a las mujeres víctimas de violencia sexual implica:

- Realizar una historia clínica y social objetiva que evalúe los factores de riesgo existentes
- Realizar el examen físico completo en un lugar privado teniendo presente la ansiedad, nerv-

5. Dadas las múltiples formas de violencia sexual, aquí se nombra en plural, la definición conceptual de estas se hace detalladamente en el Anexo 7.

iosismo y derecho a la intimidad de la agredida. Se requiere de un manejo adecuado de la situación para no violentarla.

- Confiar en la sinceridad de la persona y si tiene dudas aclararlas con ella.
- Utilizar las ayudas diagnósticas necesarias y realizar los exámenes correspondientes para detectar enfermedades de transmisión sexual.
- Efectuar prueba de embarazo.

La Resolución 459 de 2012 del Ministerio de la Protección Social, por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, retoma la Ley 1257 de 2008, que en el artículo 8 particulariza acciones para la sensibilización, prevención y sanción de las formas de violencia y discriminación contra las mujeres; consagra los derechos de las mujeres en situación de violencia a recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad, a recibir asistencia médica, entre otros. El artículo 13 dispone medidas en el ámbito de salud, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social debe elaborar o actualizar los protocolos y guías de actuación de su personal ante los casos de violencia contra las mujeres, teniendo especial cuidado en la atención y protección de ellas y promoviendo el respeto de las decisiones que tomen sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

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

Protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual

Este propone la atención a las víctimas a partir de quince apartados que se presentan a continuación:

Paso 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a mujeres en situación de violencia sexual

Implementar de manera permanente acciones de información, educación y comunicación (IEC), dirigidas hacia la comunidad en general, en torno a los siguientes temas:

1. El carácter de urgencia médica que siempre tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud y, el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contempladas por el sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.
2. El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).
3. La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
4. Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual, a ser





tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre éstos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan.

5. Los servicios de salud disponibles en la zona para las víctimas de violencia sexual y la manera de acceder a ellos.
6. Los horarios de atención de esos servicios de salud, con énfasis en aquellos que están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana.
7. Los beneficios en salud para las víctimas en violencia sexual que se derivan de una atención oportuna y adecuada
8. La necesidad que las víctimas de asaltos sexuales acudan inmediatamente o por lo menos, lo más pronto posible, a los servicios de urgencias médicas, sin bañarse ni cambiarse de ropa; si esto no es posible, que traiga la ropa que tenía en el momento de ocurridos los hechos.

Paso 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud

Preparativos y procesos de tipo institucional para la implementación del modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia

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

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

Fuente: Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

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

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

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

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

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

Esto debe ser explicado claramente a cualquier víctima de violencia sexual que consulte inicialmente a servicios distintos del de urgencias, independientemente de que el evento de victimización





sexual sea reciente o antiguo, que haya sido por una consulta directa o de una situación de violencia sexual detectada en alguien que consultó por otro motivo.

La unidad de urgencia es un servicio médico que atiende las 24 horas del día, y cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permiten la atención rápida y oportuna a personas con algún tipo de lesión o enfermedad que requieren atención inmediata, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo técnico 2, de la Resolución 1043 de 2006).

Es indispensable que:

- a. En el momento que se detecte una víctima de violencia sexual, se estabilice emocionalmente y se remita de inmediato a los servicios de urgencias correspondientes o a aquellos servicios especializados para la atención inicial de urgencias de las víctimas de violencia sexual que se tengan dispuestos específicamente, donde la han de atender sin ningún tipo de demora, requisito u obstáculo para que se inicie su atención integral.
- b. En el contacto inicial con el servicio de urgencias o el servicio especializado para la atención inicial de urgencias de la víctima de violencia sexual, lo primero que debe realizarse es una valoración del peligro inminente que pueda estar corriendo la vida de la víctima, de modo que se brinde la estabilización necesaria, como paso previo a la continuación de los pasos del protocolo de atención integral en violencia sexual por el sector salud.

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

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

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

Componentes de la atención en salud para víctimas de violencia sexual

- a. Atención de urgencia: inicio del protocolo de atención en salud mental y salud física.
- b. Diagnóstico clínico y paraclínico de acuerdo con el tipo de violencia sexual.
- c. Profilaxis y tratamiento de ITSVIH/sida.
- d. Anticoncepción de emergencia (siempre antes de 72 horas, excepcionalmente antes de 120 horas).
- e. Asesoría para interrupción voluntaria del embarazo.
- f. Recolección de evidencias
- g. Orientación a la familia.
- h. Planeación de seguimiento y remisión a otros servicios de salud requeridos
- i. Remisión a protección y reporte a justicia.

Este paso tiene a su vez cuatro etapas:

a. La anamnesis de la víctima de violencia sexual

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

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

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

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

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

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

Es indispensable que:

- a. Evite la revictimización de la persona que está siendo atendida.
- b. Evalúe la situación de seguridad de la víctima para tomar medidas que reduzcan el riesgo de sufrir un nuevo evento de violencia sexual.
- c. Asegure condiciones de confidencialidad y privacidad.
- d. Tome los datos de información general que faciliten la comprensión de la situación clínica.
- e. En cuanto al incidente de violencia sexual, que ha originado la consulta que se está atendiendo, debe quedar caracterizado en la historia clínica de acuerdo con la descripción libre y espontánea que realiza la víctima y/o sus acompañantes.
- f. Registre también en la historia clínica algunas acciones de la víctima que pueden tener implicaciones medicolegales (acciones de lavado o cambio de ropas, vómito, micción o defecación, uso de tampones o toallas higiénicas luego de la agresión sufrida). Consulte el “Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual” para complementar sobre este tema.⁶
- g. Averigüe y registre sobre el uso de anticonceptivos por parte de la víctima al momento de la victimización sexual, no obstante, su uso no implica que no se proporcione anticoncepción de emergencia.

6. Disponible en: http://WWW.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=139:guias-y-reglamentos&catid=12:normatividad&Itemid=148





- h. Historia menstrual y obstétrica en el caso de mujeres, niñas, adolescentes y adultas. Es pertinente registrar, por ejemplo, si hay antecedentes de partos vaginales o si la víctima se encuentra en estado de gestación, antecedentes de violencia sexual que incluso no estén relacionados con el episodio actual, entre otros. En cambio, no es pertinente preguntar ni registrar, para efectos de la valoración de víctimas de violencia sexual, el número de compañeros sexuales, ni la edad de inicio de las relaciones sexuales.
- i. Historia de relaciones sexuales consentidas durante la última semana antes de la victimización sexual sufrida, solamente en casos en que se vayan a tomar muestras para análisis de DNA.
- j. Historia de mutilación sexual femenina. (ablación del clítoris).
- k. Estado de las vacunas de hepatitis B y tétanos.
- l. Estado ante el VIH/sida.

b. El examen clínico general de la víctima de violencia sexual

Si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de que no permite la toma apropiada de los exámenes físicos y mentales, ni tampoco posibilita una manejo verbal por el médico tratante, se puede proceder a tranquilizar al paciente mediante sedación inicial (si está clínicamente indicado).

La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica implicar que el médico a cargo le explique todos los procedimientos a realizar y pida su consentimiento para efectuarlos. Así mismo, debe establecer una jovial conversación donde le explique a la víctima que ella no tuvo culpa en lo que le pasó y alentarla diciéndole lo valiente que fue al buscar ayuda ante el hecho que la victimiza. La charla tranquilizadora durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable y la solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos, son los componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico o médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.

Adicionalmente, dentro del contexto de la misma urgencia, se debe realizar la evaluación e intervención terapéutica por parte de un(a) profesional especializado(a) en salud mental. El(la) profesional promoverá que la víctima continúe con el tipo de atención terapéutica en salud mental que se requiera en el corto, mediano y largo plazo, después de culminada la atención de la urgencia.

Es indispensable que:

- a. Siempre se registren los siguientes componentes del examen mental: Porte, actitud, conciencia, orientación, pensamiento, afecto, sensopercepción, atención, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conductas, juicio de realidad, prospección e introspección.
- b. Además de los componentes habituales del examen físico, se examine de manera sistemática y dibuje en pictogramas la localización y aspecto exacto de todas las heridas, contusiones, Petequias, marcas y demás signos físicos encontrados, documentando su tipo, tamaño, color, forma y otras peculiaridades. La ausencia de signos en cada segmento anatómico evaluado también debe dejarse documentada, al igual que en el examen mental.
- c. Debe ponerse especial atención en el examen de los tímpanos (que suelen resultar lesionados ante bofetadas) y en la descripción de los signos encontrados en el cuello y los senos (in-

cluyendo sigilaciones de las cuales se deben tomar muestras para saliva), así como en los hallazgos de la región para genital, con frecuencia lesionada durante las agresiones sexuales o fuente de rastros de fluidos, de los cuales se deben tomar muestras. En pacientes inconscientes siempre tomar muestras en senos y cuello adicionalmente, en busca de fluidos.

c. El examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual

Dependiendo de la edad, de la narración y vivencia que tenga la persona sobre los hechos, se recomienda valorar cuidadosamente la pertinencia o no de realizar un examen físico genital o anal, cuando el evento narrado se basa exclusivamente en tocamientos. Algunos de los pacientes piensan que algo quedó mal en su organismo, por lo cual somatizan su experiencia con diferentes dolores pélvicos. El examen cuidadoso y explicado es tranquilizador y previene la presentación de las patologías enunciadas.

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

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

Es indispensable que:

- a. Informar previamente a la víctima sobre cada parte del examen genital y anal que vaya a ser realizado, solicitando su aprobación, y respetando el ritmo impuesto por este, así como sus reacciones emocionales ante algunos componentes del mismo, las cuales deben ser oportunamente manejadas antes de continuar con el resto de la valoración.
- b. Documentar en la historia clínica la presencia o ausencia de fisuras, desgarros, flujos y sangrados, tanto en el periné anterior, como en el área anal.
- c. En las mujeres, debe documentarse de manera sistemática el estado de la vulva, las caras interna y externa de los labios mayores, la horquilla bulbar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el himen, la fosa navicular, la región anal y perianal.

d. Diagnósticos clínicos en la víctima

Relacionados con el evento de violencia sexual

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

Código	Nombre del diagnóstico
T74.2	Abuso sexual.





Y05	Agresión sexual con fuerza corporal.
Y05.0	Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda
Y05.1	Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial.
Y05.2	Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas.
Y05.3	Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo.
Y05.4	Agresión Sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras.
Y05.5	Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y áreas de servicios.
Y05.6	Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción.
Y057	Agresión sexual con fuerza corporal, en granja.
Y05.8	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado.
Y05.9	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado.
Z08.8	Examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción.

Relativos a otras formas de violencia ejercidas de manera concomitante con la agresión sexual

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

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

Específicos de la esfera mental

Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados, usando las categorías CIE10 que apliquen para el caso evaluado.

Paso 5. Toma de pruebas diagnósticas en la evaluación inicial

Las pruebas diagnósticas que han de ser solicitadas en la generalidad de las víctimas de violencia sexual incluyen.

1. Serología para sífilis (VDRL).
2. Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar chocolate o Thayer Martin orientada a la detección de gonococos.

3. Frotis en fresco tanto para búsqueda de *Trichomona vaginalis*, como para descartar la presencia de vaginitis bacteriana.
4. Prueba de tamizaje para VIH.
5. Muestra de sangre en busca de antígenos contra hepatitis B.
6. Adicionalmente, se efectúa una búsqueda de espermatozoides en diversas muestras tomadas.

La toma de pruebas diagnósticas a excepción de la prueba de VIH, no es prerequisite para el inicio de las profilaxis contra ITS VIH/SIDA en las primeras 72 horas.

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

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

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

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

Pruebas diagnósticas en las primeras 72 horas luego de la agresión sexual

Es indispensable que:

- a. Se soliciten todas las pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente.
- b. Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual o explotación sexual comercial de niñas y adolescentes que consultan al sector salud durante las primeras 72 horas de haber sufrido una agresión sexual o un contacto de riesgo, siempre debe ser solicitada una asesoría para prueba de VIH, y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH.
- c. Para víctimas de otros tipos de violencia sexual (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), se realizara la asesoría para prueba de VIH practicada por personal de salud, y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH.
- d. En la historia clínica de todos los casos, debe registrarse la solicitud de dichas pruebas, junto con los resultados obtenidos e interpretaciones correspondientes.
- e. Adicionalmente, para fines forenses deben tomarse todos aquellos exámenes señalados por los protocolos médicos legales vigentes en Colombia. Ver el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Pruebas diagnósticas entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual

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





Es indispensable que:

Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual y ESCNNA (Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años) que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual, y para víctimas de otras formas de violencia sexual que consultan con la misma temporalidad (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), según criterio médico, se deben solicitar las siguientes pruebas y exámenes:

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

Pruebas diagnósticas después de cinco días de la agresión sexual

Es indispensable que:

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

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

Otras pruebas diagnósticas que pueden ser solicitados durante la atención en salud de la víctima de violencia sexual

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

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

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

Esta profilaxis se debe realizar según los esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual.

Es indispensable que:

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

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

Profilaxis Hepatitis B. Aplicar de acuerdo con criterio médico y disponibilidad.

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

1. Vacuna contra Hepatitis B: Se debe iniciar antes de 24 horas.

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

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

Dosis adultos: de 20 ug, a partir de los 20 años.

La primera y la segunda dosis deben estar separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas. Es de preferencia un periodo más largo entre la segunda y tercera (6 meses); aunque hay esquemas rápidos de 012 meses; en estos casos se aconseja una cuarta dosis 612 meses después (estos esquemas se utilizan en personas con alto riesgo de exposición).

2. Gammaglobulina antihepatitisB (HBIG)

Para profilaxis simultánea, administrar 0.06 ml/kg de peso corporal al mismo tiempo que la primera inyección de la vacuna. Si no se aplica una profilaxis simultánea (inicialmente solo la vacunación) 0.06 ml/kg de peso corporal de Gammaglobulina antihepatitisB, debe ser administrada tan pronto como sea posible después de la exposición. Repetir a las 4 semanas usando la misma dosis.

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

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

La toma de exámenes de laboratorio no es prerrequisito para iniciar la profilaxis, a excepción de la prueba de VIH antes de iniciar tratamiento profiláctico con ARV –antiretrovirales.

Las instituciones deben tener (en farmacias o urgencias) el kit completo (PEP) para personas adultas y para niñas, incluyendo el listado de elementos que debe contener y sus fechas de vencimiento.





Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual, es indispensable que:

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

Se pueden presentar condiciones de riesgo: Luego del primer episodio de esos tipos de agresión sexual o de un contacto sexual con especial riesgo detectado para VIH/Sida.

Transcurridas 72 horas desde la agresión sexual, es indispensable que:

En cualquier caso de asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual que consultan luego de transcurridas 72 horas de la agresión inicial o de un contacto de alto riesgo reconocido para VIH/Sida, se procede a iniciar manejo integral según protocolos si los resultados de las pruebas diagnósticas lo indican necesario.

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

- Riesgo considerable para la exposición al VIH. Exposición de la vagina, el recto, los ojos, la boca u otras membranas mucosas, la piel no intacta o contacto percutáneo con sangre, semen, secreciones vaginales, secreciones rectales, leche materna o cualquier fluido visiblemente contaminado con sangre, cuando es conocido que el agresor está infectado por VIH:
- Riesgo insignificante para la exposición al VIH. Exposición de la vagina, el recto, los ojos, la boca u otras membranas mucosas, la piel no intacta o contacto percutáneo con orina, secreciones nasales, saliva, sudor o lágrimas si no están visiblemente contaminadas con sangre, cuando se conoce o sospecha la situación de HIV del agresor.

Paso 8. Asegure anticoncepción de emergencia y acceso a interrupción voluntaria del embarazo

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

Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual es indispensable que:

- De manera rutinaria debe ser prescrita la anticoncepción de emergencia de tipo hormonal en todo caso de violencia sexual (asalto, abuso, ESCNNA u otros tipos) que involucre riesgo potencial de embarazo y que consulte durante las primeras 72 horas luego de la agresión sexual.
- La anticoncepción de emergencia no se debe supeditar a los resultados de ningún examen paraclínico. Si bien es preferible que se cuente con el resultado de una prueba de embarazo negativa antes de prescribir Levonorgestrel, cuando no se cuenta con esta en el momento de la urgencia, se debe proporcionar oportunamente esta anticoncepción a la víctima de violencia sexual. No hay ningún daño reportado en la mujer o el feto durante el embarazo, si se usan anticonceptivos de emergencia en mujeres que ya están embarazadas.

Esquema anticoncepción de emergencia hormonal.

- Administrar Levonorgestrel en la dosis de 1.500 microgramos (dos tabletas juntas).
- La anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel se puede administrar dentro de las 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos; pero es muy importante administrarla lo más pronto posible, pues esta profilaxis ha 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 mujer no haya quedado en embarazo por motivo de la violación y si es así hay que dar la asesoría en IVE y si la paciente lo decide, garantizarla.

Método combinado o Yuzpe: Otro esquema que también puede ser utilizado para brindar la anticoncepción de emergencia hormonal consiste en la toma, vía oral, de dos tabletas de anticoncepción de alta dosis (cada una de 250 ug de Levonorgestrel y 50 ug de Etinilestradiol) dentro de las 72 horas (tres días) siguientes de una relación sexual sin protección, seguidas de dos tabletas 12 horas más tarde. También se pueden utilizar anticonceptivos hormonales de menores dosis 3035 ug de Etinilestradiol (usualmente 4 tabletas iniciales y 4 a las 12 horas). Lo importante es asegurar una dosis inicial de 100 ug de Etinilestradiol y 500 ug de Levonorgestrel seguida por una dosis igual 12 horas después (Ver: Resolución 769 de 2008 del Ministerio de Salud y la Protección Social).

Después de 72 horas y antes de 120 horas de una agresión sexual, es indispensable que:

- a. Cuando la consulta se realiza después de 72 y antes de 120 horas (5 días) de una agresión sexual que involucra riesgo de embarazo (asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA u otros tipos de violencia sexual), puede efectuarse anticoncepción de emergencia con DIU, siempre que se cumpla con los criterios clínicos para que este tipo de dispositivo pueda ser usado por la paciente (Ver: Resolución 769 de 2008 del Ministerio de la Protección Social).
- b. Se suministre la información sobre el derecho a la IVE; esta no debe estar supeditada a un resultado positivo en la prueba de embarazo, pues hace parte de los derechos que tienen que ser explicados a la víctima al inicio de la atención, y todo el equipo que atiende víctimas de violencia sexual debe estar en capacidad de darla.
- c. La información sobre el derecho a IVE debe darse desde el primer contacto de la víctima de violencia sexual, y continuarse dando siempre que esta acuda a los servicios de salud y durante todo el tiempo que la mujer esté en contacto con dichos servicios, en casos de: Asaltos sexuales, abusos sexuales, ESCNNA, Trata de personas con fines de explotación sexual y en otros tipos de violencia sexual que lo ameriten, según criterio médico.

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

De acuerdo con la sentencia C355 de 2006 de la Corte Constitucional, la IVE es un derecho de las víctimas de violencia sexual. No importa si el profesional de salud consultado hace objeción





de conciencia para este procedimiento. La víctima de violencia sexual tiene derecho a recibirlo oportunamente si esa es su decisión, de modo que debe ser derivada sin demora alguna hacia otro profesional que realice el procedimiento, lo antes posible. Si el profesional que hace objeción de conciencia es el único disponible para realizar el procedimiento de IVE solicitado por la víctima de violencia sexual y no se puede asegurar un mecanismo de referencia o éste implicaría demoras y dilatación en la atención, prevalecerá el derecho de la mujer solicitante por sobre el del profesional, y este deberá realizar el procedimiento sin dilaciones.

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

Es una mera formalidad la solicitud de una denuncia por violencia sexual a cualquier mujer con 14 años o menos que solicite una IVE, pues se presume que fue víctima de violencia sexual. En estos casos nunca se debe retrasar la realización de la IVE solicitada en espera de una denuncia. Sentencia T209/08. La decisión de la niña prima sobre la de sus padres, en caso de que ellos no estén de acuerdo con la IVE. Sentencias T209/08, T388/09, C355/06

Los componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual pueden ser consultados de manera extensa en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, versión 2010. Se deben explicar todos los riesgos y beneficios del procedimiento, en el marco de la toma de consentimiento informado.

Paso 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta

El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima.

Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referendo y contra referendo que requieren para asegurarlo. Al respecto, recordar que la Ley 1257 de 2008, en el Art. 19, declarado exequible por la Sentencia C 776 de 2010, establece que ante las mujeres víctimas de violencia basada en género, incluyendo en violencia sexual, los servicios de salud: “contaran con sistemas de referencia y contra referencia para la atención de las víctimas, siempre garantizando la guarda de su vida, dignidad e integridad”.

En su conjunto, las acciones no especializadas en salud mental que se deben ofrecer a las víctimas de violencia sexual en las instituciones de salud, son:

Recepción empática y no revictimizadora

Una actitud adecuada por parte de trabajadoras y trabajadores sanitarios, protege la salud mental de la víctima y resulta central para una resolución positiva de la victimización sexual.

Para ello, se requiere que TODO el personal de las instituciones de salud y las rutas de atención, participe periódicamente en sesiones de sensibilización y capacitación en violencia sexual,

derechos de las víctimas, rutas de atención y primeros auxilios psicológicos, acordes con su perfil profesional. Junto con el personal asistencial propiamente dicho, el personal administrativo gerencial y de seguridad, debe ser incluido.

Primeros auxilios psicológicos

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

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

Los primeros auxilios psicológicos nunca reemplazan a la atención especializada de salud mental que toda víctima de violencia sexual debe recibir en el marco de su atención inicial de urgencias

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

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

Al médico/a general siempre le corresponde 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 re victimización o ausencia de mecanismos de protección efectivos para la seguridad en general de la víctima, pues esto pertenece al campo de las competencias mínimas de la atención de urgencias médicas, que el perfil profesional del médico general debe cumplir.

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

Paso 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima

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

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

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

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

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

Paso 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual

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

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

- Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE.
- Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH/SIDA.

- Profesionales especializados en salud mental (psiquiatras y psicólogas/os clínicos/as) expertos en psicoterapia breve con víctimas de violencia sexual, así como equipos interdisciplinarios especializados en salud mental que brinden otro tipo de atención integral requerida con posterioridad a la psicoterapia breve.
- Otros médicos y médicas especialistas que se requieren para la atención integral de lesiones o condiciones clínicas que sean documentadas durante la valoración de la víctima.

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

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

De manera simultánea, el Sector Salud debe activar el sector justicia, preferiblemente Fiscalía, Policía Judicial –SIJIN, DIJIN, CTI o, en su defecto, informar a la Policía Nacional– estaciones de policía, líneas de denuncia, entre otras, de acuerdo con los procedimientos para la activación de la ruta intersectorial establecidos en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

La responsabilidad sobre la activación de las rutas de protección y justicia debe darse de manera simultánea y asegurar que estos sectores dan continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas de acuerdo con su competencia (Ver sección normativa, resumen de modelos de gestión de la Fiscalía General de la Nación, y listado de contactos de la Fiscalía en el país).

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

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

Paso 13. Efectué los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan

En apoyo de estos procedimientos, desde la atención clínica integral de las víctimas de violencia sexual, el personal sanitario a cargo debe realizar las siguientes acciones:





- Adopción y diligenciamiento completo de la historia clínica única para víctimas de violencia sexual
- La historia clínica única recoge de manera unificada las variables necesarias para el seguimiento clínico y epidemiológico de cada caso de violencia sexual detectado por el sector salud.
- Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal

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

También se deben completar los demás campos del registro individual de prestación del servicio de modo que el caso quede adecuadamente caracterizado.

Una vez registrado como diagnóstico principal aquel que mejor describa el tipo de victimización sexual sufrida según los listados CIE 10 presentados en el paso 4 del presente protocolo (por ejemplo, anotando en el campo de diagnóstico principal el código Y05,0 para un caso de “agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado”), recuerde caracterizar tanto el contexto de ocurrencia de la victimización sexual empleando los campos correspondientes a diagnóstico relacionado (por ejemplo, registrando en el primer campo de diagnóstico relacionado el código Z65,5 “Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades”, si esa agresión sexual ocurrió en el marco del conflicto armado interno o el código Y07.0 si ocurrió en el marco intrafamiliar mediante la agresión del esposo hacia la esposa o el código Y07.1 si se trató de una victimización sexual intrafamiliar de la hija por el padre, entre otros posible), como indicando otros diagnósticos clínicos asociados al principal de violencia sexual en los restantes campos de diagnóstico relacionado.

- Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica

Paso 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud

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

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

Para los casos de inasistencia o de pérdida de pacientes en el transcurso del proceso de seguimiento, la médica o el médico general encargado del seguimiento de casos, pedirá el apoyo de profesionales

de trabajo social o personal de enfermería con competencias en el seguimiento domiciliario y telefónico en eventos prioritarios para la salud pública.

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

caso 15. Efectúe un adecuado cierre de caso

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

Algunos aspectos fundamentales durante el cierre adecuado de caso incluyen:

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

Participación de los profesionales de enfermería en la detección y atención a mujeres víctimas de violencia sexual

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

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

En las distintas formas de violencia contra la mujer, la(el) enfermera(o) cumple un papel fundamental en la detección de casos, porque dirige o coordina los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En ese sentido es responsable —ante cualquier sospecha o diagnóstico de violencia sexual— de vigilar para que se cumpla con el protocolo indicado. Por lo cual es indispensable su conocimiento del tema y gestión para lograr resultados óptimos en el proceso de abordaje integral en salud a las víctimas.

Se espera que la asesoría brindada tenga elementos de calidez para que la mujer se sienta escuchada, no se sienta juzgada ni revictimizada y por el contrario, sea reivindicada al reconocérsele el valor





de buscar ayuda y hacer la denuncia respectiva, así como continuar con la ruta de atención y así, las entidades competentes brinden los elementos necesarios para el restablecimiento de derechos.

En ese orden de ideas, la atención inicial a una mujer en situación de violencia sexual puede ser brindada por los profesionales de enfermería, preferiblemente con experiencia en estos casos, igualmente, de contar con el recurso humano se debe consultar con los profesionales de psiquiatría o psicología.

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

También es importante en esta consulta por enfermería, la toma de muestras o de evidencia física útiles para el posterior proceso judicial. Allí se debe propiciar espacio de escucha para la familia, para cuidadores o para la persona que acompaña en caso de tratarse de niñas. Igualmente, se debe dejar que la persona se exprese con amplitud, si lo desea, sobre lo sucedido; se debe ofrecer mucha confianza y respeto por lo que dice y por cada situación planteada.

El enfermero o enfermera deben seguir los parámetros para el examen físico, la toma de muestras, ayudas diagnósticas y tratamiento según lo establecido en la Guía de atención del menor maltratado, la Guía de atención de la mujer maltratada (Resolución 412 de 2000) y el Protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual (Resolución 459 de 2012) y lo que él o ella considere necesario. Se debe remitir a la mujer en situación de violencia sexual para que continúe el tratamiento con el grupo de atención interdisciplinario de la EPS, subsidiada o contributiva, y la IPS, privada o pública, que tengan como referencia en su red de prestación de servicios.

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

También debe orientar a la víctima o a la familia para que presenten la denuncia ante la autoridad competente; para esto se debe contar con un directorio de las instituciones: comisaría de familia, ICBF, Policía, Personería, Defensoría o Fiscalía, que facilite esta diligencia. Esta actividad debe ser coordinada con los profesionales de trabajo social y en general con el equipo interdisciplinario; en los casos de las IPS que solo cuentan con profesional de medicina y enfermería, la intermediación debe ser asumida por enfermería, así como la notificación al sistema de vigilancia de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Cada institución debe crear un mecanismo de seguimiento que permita dar cuenta del cumplimiento y la eficacia de la intervención y evitar que se repita el problema.

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

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

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

Otras violencias contra las niñas

De acuerdo con la Guía de atención de la menor maltratada, se reconocen varias formas de maltrato posibles, son estas: maltrato gestacional, síndrome de bebé zarandeado y negligencia.

Maltrato gestacional

Se consideran maltrato aquellas conductas que por acción u omisión agreden a la mujer embarazada poniendo en peligro el desarrollo normal del feto. Su gravedad está dada según el riesgo directo o indirecto para el desarrollo del niño por nacer.

Indudablemente para que el feto llegue al nacimiento en las mejores condiciones de vida, la madre debe haber sido atendida, pues la atención prenatal es determinante. Adicionalmente a esto es importante considerar el amplio espectro de las madres a las cuales se les administra, sin precaución suficiente, drogas teratogénicas y aquellas que aún a sabiendas de su gestación ingieren drogas altamente tóxicas para sí mismas y para sus futuros bebés.

Factores de riesgo: embarazos no deseados, negación permanente del embarazo, mujeres con intentos de aborto o abortos anteriores, mujeres que planean dar sus hijos en adopción, mujer embarazada abandonada por el padre del niño(a) o rechazada por su familia, farmacodependencia o alcoholismo, padres con antecedentes de maltrato, padres con enfermedad mental grave o sociopatía, madres adolescentes.

Síndrome del bebé zarandeado

Es un tipo de maltrato infantil en el que se sacude fuertemente a los/as bebés. Sacudir fuertemente a una(a) bebé puede producir graves lesiones y en algunas ocasiones puede llevar hasta a la muerte. Este síndrome se presenta porque un adulto vuelca su frustración o ira en el bebé, generalmente porque éste (a) no cesa de llorar o está muy inquieto (a). Los/as bebés más pequeños (as) recién nacidos (as) y lactantes son extremadamente vulnerables porque sus cabezas son muy grandes en comparación con su cuerpo; los músculos del cuello son débiles y su cerebro no se ha desarrollado completamente. La situación más típica es la madre joven e inexperta, que se encuentra sola con un (a) bebé que llora, sin que ella logre calmarlo (a); su desesperación la lleva a sacudirlo (a) violentamente, en general por los hombros, causándole daño cerebral, ceguera, parálisis, fracturas e incluso la muerte.





Negligencia

Negación de los elementos básicos cuando se pueden brindar, para garantizar el desarrollo armónico e integral de las(los) niñas(os) (alimentación, educación, salud, cuidado, afecto, entre otros). Puede ser temporal, asociada a un período o evento determinado como una enfermedad; o permanente, por ejemplo el abandono de un niño o niña con alguna discapacidad.

Los casos de violencia contra las niñas se detectan por las siguientes características:

Durante la gestación:

- Inasistencia a controles prenatales.
- Consumo de alcohol, tabaco, drogas, medicamentos y otros.
- Mala alimentación.
- Estados depresivos causados por el embarazo.

El tratamiento debe enfocarse a los siguientes aspectos:

- Físico: Según criterio médico, controles prenatales cada 15 días.
- Psicológico: es prioritario en estos casos para iniciar pronta asistencia a curso psicoprofiláctico. Fortalecimiento de autoestima y autocuidado.
- Seguimiento: visitas domiciliarias mensuales e ingreso a grupos de apoyo comunitario.

En los casos del síndrome del bebé zarandeado:

- Lesión cerebral sin evidencia de trauma externo con los siguientes signos: Alteración de la conciencia, coma, convulsiones.
- Lesión cerebral con evidencia de sangrado (subdural, epidural, subaracnoideo, subgaleal) laceración, contusión cerebral.
- Hemorragia retiniana.
- Lesiones óseas, trauma abdominal y trauma torácico (de donde se sostuvo al bebé para sacudirlo) asociadas a las lesiones cerebrales.

Debe realizarse, además de la historia clínica, un examen físico completo incluyendo la realización de fundoscopia, escanografía cerebral (y de ser posible también abdominal), una serie ósea, exámenes para detección de posibles drogas y las pruebas de rutina para coagulación.

El tratamiento y seguimiento debe ser cada 15 días durante los siguientes seis meses, con visitas domiciliarias mensuales e ingreso a grupos de apoyo comunitario.

En los casos de negligencia:

- Retardo en el desarrollo psicomotor.
- Desnutrición.
- Diarrea, infecciones respiratorias y en piel a repetición.
- Mal estado de la dentadura.
- Accidentalidad previsible y prevenible.

- Descuidos con objetos y sustancias peligrosas.
- Dificultades de aprendizaje y respuesta a estímulos.
- Incapacidad de expresar afecto.
- Llanto injustificado.
- Trastornos del habla.
- Higiene personal inadecuada.
- Ausencia de cuidados médicos mínimos.
- Desescolarización o bajo rendimiento escolar.
- Depresión o agresividad.
- Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.
- Descuido en las relaciones sociales que el(la) niño(a) establece, tipo de actividades que realiza, etc.
- Falta de aplicación de normas de comportamiento.
- Falta de estímulos afectivos, intelectuales y sociales que desarrollen las potencialidades del(la) niño(a).
- Niños que no son llevados a control médico, de vacunación y demás servicios de salud.

La atención debe estar dirigida, por una parte, a solucionar las afecciones físicas y psicológicas ocasionadas por la negligencia; para esto el personal de salud debe utilizar los procedimientos habituales para restituir la salud del niño enfermo.

Por otra parte, la intervención debe estar dirigida a transformar las causas que originaron la negligencia. Lo más importante es la capacitación de los padres o cuidadores del niño, para que entiendan el papel fundamental que juegan en la supervivencia y en el desarrollo de sus hijos. Es importante remitir a la familia a grupos de apoyo como la escuela de padres y los grupos comunitarios de ayuda.

La hospitalización, notificación y seguimiento siguen los mismos parámetros que en el caso del maltrato físico.

Otras formas de violencia: económica o patrimonial

La violencia económica o patrimonial constituye una innovación en la ley 1257 de 2008, al categorizarla como un nuevo tipo de violencia que afecta a las mujeres, al tiempo que promueve el reconocimiento social y económico de su trabajo y la necesidad de hacer efectivo el derecho a la igualdad salarial y a ejercer acciones de promoción para erradicar todo acto de discriminación y violencia contra las mujeres en el ámbito laboral. Así mismo, elevó a la categoría de delito el acoso sexual laboral o económico, ejercido por quien se valga de su superioridad manifiesta o su relación de autoridad o de poder.

Es de anotar que este tipo de violencia también la pueden sufrir las mujeres en el contexto familiar, cuando sus derechos patrimoniales derivados de la sociedad conyugal o de la sociedad patrimonial son menoscabados por cuanto el cónyuge o el compañero, aprovechando relaciones





de poder, las somete a condiciones de subordinación económica o de desconocimiento de sus derechos en la proporción que le concede la ley. Así mismo acontece con el delito de inasistencia alimentaria cuando los padres no cumplen con la obligación de alimentar a sus hijos e hijas y le corresponde a la mujer asumir dicha responsabilidad, aun no contando con empleo o ingresos fijos, o en detrimento de su propio patrimonio.

Cuando el compañero tiene el control sobre el dinero, incluso sobre el que ella misma produce, las mujeres no tienen capacidad de reacción, soportan en silencio y/o no se sienten capaces de abandonar las relaciones violentas. El control económico es una forma bastante eficaz de dominación masculina porque refuerza la “autoimagen” de vulnerabilidad de las mujeres, permite delimitar sus rutinas cotidianas, favorece su aislamiento social y permite que se les manipule respecto al bienestar y la manutención de los hijos e hijas.

La violencia económica o patrimonial reconocida en la ley 1257, amerita respaldo institucional que puede lograrse a través de la visibilización en los servicios de salud, principalmente aquellos que profundizan en la consulta, en lo asociado a la revisión de entramados familiares que reproducen formas de dominación del hombre sobre la mujer en el contexto económico, esto, a través de los servicios de psicología y trabajo social principalmente, permitiendo resignificación de tales relaciones, fortaleciendo su autonomía y su empoderamiento familiar, social y político y generando los mecanismos de reporte a las autoridades, así como de prevención a través de actividades grupales o en los distintos servicios de Promoción y Prevención.

Vigilancia por parte del sistema de salud pública

De acuerdo al Decreto 3039 de 2007, es deber del Estado inspeccionar, vigilar y controlar los riesgos y daños biológicos, en las personas y en el medio ambiente. Para ello emplea la notificación obligatoria, que implica la vigilancia activa por medio de observatorios y centinelas, entre otros, y la investigación de modelos de riesgo y enfermedad en las condiciones y eventos priorizados. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Salud INS.

El Decreto 3039 de 2007 es un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, en los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios, atención al usuario y participación social, que en el tema de la violencia contra las mujeres puede ser entendido como una serie de procesos que dan cumplimiento a la política pública, en cabeza de la Secretaría de Salud Pública Municipal, para valorar el cumplimiento de las disposiciones normativas de promoción, prevención, atención y seguimiento de casos de violencias contra las mujeres, los cuales se anexan como una posibilidad de constatar por parte de las instituciones prestadoras de salud los alcances de su cumplimiento (Ver anexos 10, 11 y 12).

Vigilancia epidemiológica de la violencia contra la mujer

La vigilancia epidemiológica es el proceso orientado a asegurar la notificación inmediata y periódica, la canalización y el seguimiento de los casos identificados de violencia contra la mujer en sus distintas formas, en el área de vigilancia en salud pública de las empresas sociales del estado, así como de las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud, con el propósito de facilitar su atención integral y oportuna.

Las instituciones públicas o privadas prestadoras de servicios de salud, que tienen la responsabilidad

y adquieren el compromiso de informar los casos de violencia contra la mujer, según los requerimientos establecidos por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, deben tener en cuenta que la notificación de un caso será inmediata, cuando el suceso reviste riesgo de fatalidad, desnutrición severa, lesiones físicas graves, trastorno emocional asociado a maltrato o en los casos de posible violencia sexual (se anexa ficha epidemiológica para la detección de casos de violencia en el contexto familiar y de violencia sexual, caras A y B, ver anexos 8 y 9).

La empresa social del estado (ESE) que capta inicialmente el caso independientemente de que los hechos hayan ocurrido en el sector en donde se ubica la ESE, es responsable de ingresar la información a la base de datos, notificar, facilitar la denuncia y realizar su canalización oportuna en procura de la atención integral de la mujer en situación de violencia.

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

La Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) privada que capte un caso de violencia contra la mujer, deberá diligenciar el formato de vigilancia epidemiológica de la violencia contra la mujer (SIVIGILA) y enviarlo dentro de las 24 horas siguientes a la Oficina de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública, igualmente está dentro de sus competencias el iniciar el seguimiento del caso correspondiente.

A través del SIVIGILA se debería facilitar el seguimiento de mujeres víctimas en pro de la restitución de los derechos de ellas, a través de la articulación con las Redes del Buen Trato, entre otras Organizaciones.

Síntesis y cierre de casos

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

La intención de este modelo es dar de alta, en este punto, a las mujeres con su salud recuperada, informada de sus factores de exposición, dotada de habilidades para enfrentar su medio agresor y capacitada para obtener lo mejor de su medio proveedor.

Este también es un momento apropiado para que los profesionales de la salud analicen y establezcan cuáles de sus canales de acción son mejores y más efectivos, en comparación con otros, por ejemplo a través de la elaboración de Estudios de Caso. Así mismo, es permitido desarrollar actividades de enseñanza, de divulgación del conocimiento y de retorno del capital social invertido en cada uno de los casos.

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





Instrumentos jurídicos para la violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer constituye una de las expresiones más críticas de discriminación, lo cual ha sido preocupación de la comunidad internacional, de los gobiernos y de los movimientos de derechos humanos. Preocupación que se ha expresado en la adopción de un conjunto de instrumentos jurídicos internacionales y nacionales que dan soporte legal a las acciones institucionales de promoción, prevención y atención de las diferentes formas de violencia.

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

Internacionales

Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de la Mujer, CEDAW⁷

Ratificada en Colombia por la Ley 51 del 2 de junio de 1981 y su Decreto reglamentario 1398 del 13 de junio de 1990, establecen que la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o resultado menoscabar

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

o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

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

En la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer⁸ se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.⁹

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

Emitida en Belem do Pará, en 1994, sostiene que “la violencia contra las mujeres es una violación a los Derechos Humanos, porque afecta gravemente una serie de Derechos Humanos y libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer en el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades”.

Esta convención, que fue ratificada por Colombia mediante la Ley 248 del 29 de diciembre de 1995, considera que:

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

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

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

Igualmente, en el marco de la “Cumbre del Milenio” de las Naciones Unidas, celebrada por 189 países, entre ellos Colombia, se definió como objetivo de desarrollo del milenio, la lucha de los países orientada a promover la equidad de género y la autonomía de la mujer.

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

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





Nacionales

Ley 012 de 1991

Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos del niño y de la niña, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

La Constitución Política, Artículo 44

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

Ley 100 de 1993

Se definen los principios, la estructura y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las normas administrativas y de control y las responsabilidades de los actores para cumplir con su aplicación. Considera para el sistema dos regímenes de afiliación: El Contributivo y el Subsidiado, para los cuales se brindará la atención de urgencias, el tratamiento inicial y la estabilización del paciente, sin someterlo a períodos de espera.

Ley 294 de 1996

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

Ley 360 de 1997 y sus modificaciones en la Ley 599 de 2000

Nuevo Código Penal cuyo título referido a violencia sexual se denominó: “Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales”, que en sus artículos 205 a 219 considera la violencia sexual un delito contra la libertad y la dignidad humana.

Ley 470 de 1998

Por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores, hecha en México D. F., México, el 18 de marzo de 1994.

Resolución 412 de 2000

Guía del menor y de la menor maltratado/a y Guía de la mujer maltratada. Aborda el problema de la violencia contra las mujeres, en primer lugar, desde el punto de vista conceptual. Analiza el

problema estadísticamente, caracteriza la violencia contra las mujeres y distingue diversas formas de violencia. En cuanto al acceso a atención en salud, la guía se concentra en las mujeres que pertenecen al régimen contributivo y subsidiado. En esta guía se definen acciones en todos los momentos relacionados con la atención de mujeres víctimas de violencia. En primer lugar se aborda el tema de la detección de la violencia contra las mujeres, advirtiendo las dificultades de que las mujeres busquen servicios de salud y resaltando las que pueden ser oportunidades para que los profesionales de la salud identifiquen los casos. La guía indica las condiciones en las cuales debe hacerse la valoración en cuanto a privacidad y trato de las mujeres, la documentación del caso y la atención de las distintas formas de violencia. Como parte de la atención se indican acciones en cuanto a hospitalización, protección, notificación al sistema de vigilancia de salud pública, denuncia, consulta con el agresor y el seguimiento de los casos. Esquemas similares se elaboran para la atención de violencia física, psicológica y sexual.

Ley 679 de 2001

Por medio de la cual se expide un estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo del artículo 44 de la Constitución Política.

Ley 704 de 2001

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

Ley 747 de 2002

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

Ley 765 de 2002

Por medio de la cual se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del niño y de la niña, relativo a la venta de niños/as, la prostitución infantil y la utilización de los/as niños/as en la pornografía, adoptado en Nueva York, el 25 de Mayo de 2000.

Ley 800 de 2003

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

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – PNSSR 2003

Formulada por el Ministerio de la Protección Social, plantea mejorar y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población, con énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo y el estímulo de los factores





protectores y la atención a grupos con necesidades específicas. La política señala como problemas y temas prioritarios en SSR los siguientes:

Resolución 6394 de 2004

Cadena de Custodia en el Sistema Penal Acusatorio.

Ley 906 de 2004

Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.

Ley 1098 de 2006

Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Contiene derechos y libertades de niñas, niños y adolescentes, las obligaciones de la familia, la sociedad y el Estado frente a ellos, las medidas para preservar y restablecer sus derechos en caso de que sean vulnerados y todo lo relacionado con adopción, alimento, edad mínima para trabajar y endurecimiento de penas contra quienes atenten contra los niños y las niñas, además de responsabilidad penal de los adolescentes.

Sentencia Corte Constitucional C355 de 2006

Despenalización del aborto en casos específicos:

- a. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
- b. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- c. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

Ley 1010 de 23 de enero de 2006

Para hacerle frente al acoso laboral como práctica que se mantiene oculta, ignorada o silenciada por quienes la sufren, por temor a perder el trabajo o por no encontrar mecanismos que ayuden a proteger su identidad.

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 el capítulo para la atención integral, dispone que 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.

Plan Nacional de Salud Pública 20072010

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

Resolución 425 de 2008

Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

Decreto 4545 del 2007

Anti trámites en salud.

El Acuerdo 0231 de 2007

Política Pública de Convivencia Familiar para el municipio de Santiago de Cali.

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.

Ley 1438 de 2011

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En el Artículo 54, dispone el restablecimiento de la salud de las mujeres víctimas de la violencia. La prestación de los servicios de salud física y mental para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual, que estén certificados por la autoridad competente, no generará cobro por concepto de cuotas moderadoras, copagos u otros pagos para el acceso sin importar el régimen de afiliación. La atención por eventos de violencia física o sexual será integral y los servicios serán prestados hasta que se certifique medicamente la recuperación de las víctimas. La prestación de servicios a las mujeres víctimas de violencias incluirá la atención psicológica y psiquiátrica y la habitación provisional en los términos de la Ley 1257 de 2008.

Acuerdo 029 de 2011 de la CRES

Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. En el Artículo 18 define puntualmente la atención psicológica y/o psiquiátrica de mujeres víctimas de violencia: “El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24”, donde se contemplan atenciones por enfermedad mental e internación hasta de 90 días, cuando se ponga en peligro la vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad. En los Artículos 73 y 74, se puntualiza la Atención psicológica y/o psiquiátrica de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar, igualmente, para casos confirmados o presuntivos de abuso sexual.

Resolución 459 de 2012

Ministerio de Salud y de Protección Social. Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en salud para Víctimas de Violencia Sexual. Se justifica como una propuesta de atención para las violencias sexuales, por ser esta una problemática que viola los derechos





humanos, sexuales y reproductivos que vulnera la dignidad humana, la integridad, libertad, igualdad y autonomía, igualmente, por constituirse en una problemática de salud pública por su magnitud y el impacto que produce en la salud física, mental y social. Agrega al artículo 10 de la Ley 1146 de 2007, que establece que debe expedirse un protocolo de diagnóstico y atención de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, dirigido a profesionales de la salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, tanto público como privado, la Ley 1257 de 2008, que destaca los derechos de las víctimas de violencia, a recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad, a recibir asistencia médica, entre otros. El artículo 13, numeral 1 de la Ley 1257 de 2008, consagra medidas en el ámbito de salud, para lo cual el Ministerio de la Protección Social, debe elaborar o actualizar los protocolos y guías de actuación de las instituciones de salud y de su personal ante los casos de violencia contra las mujeres, teniendo especial cuidado en la atención y protección de las víctimas y promoviendo el respeto de las decisiones de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Política pública municipal

Política Pública en Convivencia Familiar para el Municipio de Santiago de Cali

En el Capítulo 1, se señala la orientación de manera permanente de planes, procesos, programas, proyectos y convenios que la administración municipal realice para la intervención social integral de esta temática. Propone con la formulación y aprobación de una política pública en convivencia familiar para el municipio de Santiago de Cali, el asumir la vida familiar como un asunto de interés público, donde el Estado debe intervenir para garantizar el reconocimiento, ejercicio y restitución de los derechos humanos.

Acuerdo No. 0326 de 2012. Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 2012-2015

En el Programa de Promoción, Prevención, Inclusión y Generación de Oportunidades con Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes, propone la aplicación de acciones intersectoriales de promoción y prevención, frente a los factores de riesgo que enfrenta esta población, asociadas a inseguridad, mortalidad infantil, violencia familiar y sexual, deserción escolar, embarazo en adolescentes, trabajo infantil, explotación sexual y comercial y consumo de sustancias psicoactivas, factores que inciden desfavorablemente en su desarrollo.

Política Pública para la Equidad de Género, la Inclusión y el Reconocimiento de las Mujeres en el Municipio de Santiago de Cali. 2009-2020

Recoge las principales problemáticas y propuestas planteadas de política pública por las mujeres caleñas para superar las brechas de género en el municipio. Del mismo modo recoge las propuestas de diferentes grupos de mujeres en torno a la consolidación de los procesos que previenen la violencia sexual e intrafamiliar y definen alternativas para avanzar en la erradicación de las violencias contra las mujeres, realizar acciones tendientes a eliminar el sexismo en espacios como la educación formal y no formal, la salud, la interculturalidad, la comunicación y el uso cotidiano de los espacios públicos y privados.





Bibliografía

- Aguilar y Salcedo (2008). “Caracterización de la violencia sexual en adolescentes de 10 a 19 años, 20012013 Cali”. En: Revista Colombia Médica, Vol. 39. No 4.
- Constitución Política de Colombia, 1991.
- Decreto 3039 de 2007. Ministerio de la Protección Social. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 20072010.
- Guía de atención del menor maltratado, Resolución 412 de 2000. Ministerio de la Protección Social.
- Guía de atención de la mujer maltratada, Resolución 412 de 2000. Ministerio de la Protección Social.
- Informe de violencia contra la mujer, OVE, Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, 2012.
- Klein E, Campbell J, Soler E, Ghez M. Ending domestic violence: Changing public perceptions/halting the epidemic. Thousand Oaks, CA: Sage, 1997, EN Revista médica de Chile, V. 136 n.3 marzo 2008.
- Ley 1257 de 2008, sobre no violencias contra las mujeres. Herramientas para su aplicación e implementación. Claudia Cecilia Ramírez Cardona. Sisma Mujer. Colombia, 2010.
- Ley 100 de 1993. Sistema Nacional de Seguridad Social, Bogotá, D.C., 1993. República de Colombia, Congreso de la República.
- Organización Mundial de la Salud. Violence against women. Ginebra: World Health Organization, 1996.
- Ortiz, Franco y Campo (2007). “Una aproximación a la medición de la violencia familiar en Santiago de Cali, 20032005”. En: Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, eneromazo 2007, volumen 55. No. 1. pp. 3142.
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003). Ministerio de la Protección Social.
- PQ – LES – Q. Endicott J.J. A.m. Acad. Child Adolesc. Psychiatry; 2006; 45 (4): 401 – 407.
- Sharps PW, Campbell J. EN Revista médica de Chile, V. 136 n.3 marzo 2008.
- Sugg NK, Inui T. En: Revista Médica de Chile, V. 136, No.3. marzo 2008.
- Referencias web:

- Acuerdo 029 de 2011, Comisión de Regulación en Salud, Recuperado en <http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdo29de2011.pdf> (23/08/12)
- Auto 092 de la Corte Constitucional. Recuperado en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2008/a09208.htm> (12/11/12)
- Ley 1438 de 2011, Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011, Congreso de la República, Recuperado en http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html (12/09/12)
- Resolución 459 de 2012, por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ministerio de Salud y Protección Social, Recuperado en <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%200459%20de%202012.pdf> (24/06/12)
- World Report on violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002, Recuperado en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf (6/11/12)





Anexo 1

Cuestionario de tamizaje de riesgo para violencia ejercida por la pareja, novio o compañero¹⁰

Estimada usuaria, le solicitamos muy amablemente contestar el siguiente cuestionario con el propósito de valorar situaciones de riesgo en lo relacionado con la violencia de pareja. El cuestionario está conformado por diez preguntas a las cuales responderá encerrando el número que usted considere más parecido respecto a la situación que actualmente vive: 1 al 3, **No**; 4 al 7, **A veces**; y 8 al 10, **Sí**, donde 1 es el menor riesgo y 10 es el mayor riesgo.

Preguntas

1. ¿En este momento, tiene usted miedo de que su pareja, novio o compañero la agrede verbalmente, maltrate o golpee?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No A veces Sí
2. ¿Su pareja, novio o compañero le impide ver a su familia o tener contacto con sus amigos, vecinos, compañeros de trabajo, además de ser demasiado celoso?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No A veces Sí
3. ¿Durante los últimos tres meses, su pareja, novio o compañero le ha golpeado, insultado verbalmente o amenazado de muerte?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No A veces Sí
4. ¿Su pareja, novio o compañero le ha obligado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, sin protección anticonceptiva, o ha llegado a hacerle daño físico durante la relación sexual?
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No A veces Sí

10. Versión adaptada de la propuesta de tamizaje de Cerezo, H. (2005). Una propuesta de tamizaje de riesgo para víctimas de violencia intrafamiliar. En: <http://psicopediahoy.com/violencia-intrafamiliar-tamizaje-de-riesgo/>

5. ¿Su pareja, novio o compañero no le apoya económicamente en los gastos familiares o le quita el dinero que usted gana?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No A veces Sí
6. Cuando han habido conflictos o discusiones con su pareja, novio o compañero, él ha tirado objetos, dado portazos, destruido muebles, o la ha corrido de la casa?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No A veces Sí
7. ¿Su pareja, novio o compañero en algún momento le ha amenazado con pistola, cuchillo o alguna otra arma similar?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No A veces Sí
8. ¿Su pareja, novio o compañero minimiza o niega el abuso en su contra y le culpa a usted por el comportamiento abusivo de él?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No A veces Sí
9. (En caso de tener hijos) ¿Su pareja, novio o compañero le ha amenazado con quitarle a los niños(as) o dice que va a hacerle daño a usted o a sus niños(as)?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No A veces Sí
10. ¿Su pareja, novio o compañero toma alcohol constantemente, se ha drogado o le ha amenazado con suicidarse si usted lo abandona?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- No A veces Sí

Puntos obtenidos	Nivel de riesgo
Puntajes de 1 a 25:	Riesgo mínimo
Puntajes de 25 a 50:	Riesgo moderado
Puntajes de 51 a 75:	Riesgo grave
Puntajes de 76 a 100:	Riesgo inminente, se sugiere plan de seguridad y canalización





Anexo 2

Túnel de la violencia (elaboración propia)



Anexo 3

Escala Zung de ansiedad¹¹

	ITEM	Nunca o raras veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
1	Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre.				
2	Siento miedo sin ninguna razón.				
3	Me altero fácilmente o me siento aterrorizado.				
4	Siento que me desintegro y pierdo la cabeza.				
5	Me parece que todo está bien y que nada malo				
6	Mis brazos y piernas tiemblan y se sacuden.				
7	Tengo dolores de cabeza, en la nuca y en la espalda.				
8	Me siento débil y me canso fácilmente.				
9	Me siento calmado y me puedo sentar quieto.				
10	Siento mi corazón latiendo rápidamente.				
11	Tengo sensación de mareos.				
12	Tengo la sensación de que me voy a desmayar.				
13	Puedo respirar con facilidad.				
14	Siento hormigueo y adormecimiento en los dedos				
15	Tengo malestar de estómago o indigestión.				
16	Debo orinar con frecuencia.				
17	Mis manos se mantienen secas y tibias.				
18	Me ruborizo y siento la cara caliente.				
19	Me duermo con facilidad y descanso bien en la				
20	Tengo pesadillas.				

¹¹ Material aportado por la Secretaría de Salud Municipal de Santiago de Cali, Línea Salud Mental, 2011



Anexo 4

Escala Zung de depresión¹²

	ITEM	Nunca o raras	Algunas	Muchas	Siempre o casi
1	Me siento triste y deprimido.				
2	Por las mañanas me siento mejor que				
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar				
4	Me cuesta mucho dormir o duermo				
5	Ahora tengo tanto apetito como antes.				
6	Todavía me siento atraído por el sexo				
7	Creo que estoy adelgazando.				
8	Estoy estreñado.				
9	Tengo palpitaciones.				
10	Me canso por cualquier cosa.				
11	Mi cabeza está tan despejada como antes.				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13	Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.				
14	Tengo esperanza y confío en el futuro.				
15	Me siento más irritable que habitualmente.				
16	Encuentro fácil tomar decisiones.				
17	Me creo útil y necesario para la gente.				
18	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.				

12. Material aportado por la Secretaría de Salud Municipal de Santiago de Cali, Línea Salud Mental, 2011

19	Creo que sería mejor para los demás si me muriera.				
20	Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.				





Anexo 5

Prueba de escala de calidad de vida¹³

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

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

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

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

13. *PQ – LES – Q. Endicott J.J. A.m. Acad. Child Adolesc. Psychiatry; 2006; 45 (4): 401 – 407

Anexo 6

Escalas de recursos. Formato Apgar familiar y soporte de amigos¹⁴

Nombre: _____
 Fecha: _____ H.C. _____

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

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

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



Anexo 7

Definiciones sobre violencia sexual

Abuso sexual (OMS 1999)

“Contacto o interacción entre un niño(a) y un adulto, en el que el niño(a) es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del menor de edad. El (la) abusador(a) puede ser un menor de edad cuando es significativamente mayor que la víctima o tiene una posición de poder o control sobre ella”.

Asalto sexual

(Resolución 586 de 2002, Reglamento Técnico para el Abordaje Integral Forense de la Víctima en la Investigación del Delito Sexual, versión 01, noviembre de 2002, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses): se entiende como una modalidad específica de agresión, caracterizada por actos de violencia física y/o psicológica ejercidos por un actor conocido o desconocido, perpetrador, sobre una víctima de cualquier edad o sexo, por el cual persigue un propósito sexual definido. En nuestro medio se asimila al término “violación sexual”.

Acceso carnal

(Artículo 212 Código Penal, Ley 599 del 2000): “(...) penetración de miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto”.

Actos sexuales diversos al acceso CARNAL

(Resolución 586 de 2002, Reglamento Técnico para el Abordaje Integral Forense de la Víctima en la Investigación del Delito Sexual, versión 01, noviembre de 2002, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses, INML y CF; Guía práctica para el dictamen sexológico forense, INMY y CF, GTZ; Violencia sexual, un ABC para conocerla; Guía para el diagnóstico del maltrato infantil, INML y CF, 1999): es cualquier maniobra o actividad sexual, diferente del acceso carnal.

Ejemplos:

En el menor, sobre el cuerpo de éste, por ejemplo: tocamientos, caricias, besos con intención de carácter sexual. En presencia del menor, por ejemplo: desnudarse delante de él, masturbarse o la observación morbosa del niño y/o niña desnudo(a) por parte del adulto(a), mostrar pornografía, tener relaciones sexuales frente al niño y/o niña, usar lenguaje sexual explícito con el niño y/o niña, implicar a infantes en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de material pornográfico; en estos casos, no se requiere contacto físico entre agresor y víctima.

Promover la explotación sexual de niños y niñas, trata (tráfico) de niños y niñas, turismo sexual con la participación de niños y niñas.

El Código Penal, Ley 599 del 2000, define algunos de los delitos sexuales así:

Acceso carnal violento (artículo 205 Código Penal): el que realice acceso carnal con otra persona mediante violencia.

Acto sexual violento (artículo 206 Código Penal): el que realice en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal mediante violencia.

Acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir (artículo 207 Código Penal): el que realice acceso carnal con persona a la cual haya puesto en incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia, o en condiciones de inferioridad psíquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento.

Acceso carnal abusivo con menor de catorce años (artículo 208 Código Penal): el que acceda carnalmente a persona menor de 14 años.

Actos sexuales con menor de catorce años (artículo 209 Código Penal): el que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de 14 años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales.

Incesto (artículo 237 Código Penal): el que realice acceso carnal u otro acto sexual con un ascendiente, descendiente, adoptante o adoptivo, o un hermano o hermana.

Circunstancias de agravación punitiva

Artículo 211 del Código Penal colombiano, Ley 599 de 2000. Las penas para los delitos descritos en la sección anterior, se aumentarán de una tercera parte a la mitad cuando:

1. La conducta se cometiere con el concurso de otra u otras personas.
2. El responsable tuviere cualquier carácter, posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima o la impulse a depositar en él su confianza.
3. Se produjere contagio de una infección de transmisión sexual.
4. Se realizare sobre persona menor de 12 años.
5. Se realizare sobre el cónyuge o sobre con quien se cohabite o se haya cohabitado, o con la persona con quien se haya procreado un hijo.
6. Se produjere embarazo.





Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes

“Es una violación de los Derechos Fundamentales de la niñez. Comprende el abuso sexual por parte del adulto y remuneración en dinero o especie para el niño o para una tercera persona o grupo de personas. El niño(a) es tratado(a) como objeto sexual y como mercancía. Constituye una forma de coerción y violencia y es considerada una forma contemporánea de esclavitud” (Declaración y Agenda para la Acción, Estocolmo, 1996. Tomado de Plan Nacional contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes –ESCENNA– http://www.colombiasinexplotacionsexual.org/que_es.shtml)

Urgencia

Resolución 5261 de 1994, Mapipos, artículo 9

Es la alteración de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa, con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Cadena de custodia

Se debe aplicar la cadena de custodia a los elementos físicos materia de prueba, para garantizar la autenticidad de los mismos, acreditando su identidad y estado original, las condiciones y las personas que intervienen en la recolección, envío, manejo, análisis y conservación de estos elementos; así mismo, los cambios hechos en ellos por cada custodio. La cadena de custodia se inicia en el lugar donde se obtiene, encuentre o recaude el elemento físico de prueba y finaliza por orden de la autoridad competente.

Responsabilidad de la cadena de custodia (T2)

Ley 906 del 2004, Código de Procedimiento Penal, artículo 255

La aplicación de la cadena de custodia es responsabilidad de los servidores públicos que entren en contacto con los elementos, materiales probatorios y evidencia física. Los particulares que por razón de su trabajo o por el cumplimiento de las funciones propias de su cargo, en especial el personal de los servicios de salud que entren en contacto con elementos materiales probatorios y evidencia física, son responsables por su recolección, preservación y entrega a la autoridad correspondiente.

Deber de denunciar (T2)

Ley 906 del 2004, Código de Procedimiento Penal, artículo 67

Toda persona debe denunciar a la autoridad los delitos de cuya comisión tenga conocimiento y que deban investigarse de oficio. El servidor público que conozca de la comisión de un delito que deba investigarse de oficio iniciará sin tardanza la investigación si tuviere competencia para ello; en caso contrario, pondrá inmediatamente el hecho en conocimiento ante la autoridad competente.

Anexo 8

Ficha epidemiológica para la detección de casos de violencia en el contexto familiar y de violencia sexual (cara A)

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Subsistema de Información SIVIGILA Ficha de notificación		INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	
DATOS BÁSICOS			
1. INFORMACIÓN GENERAL		REG-R02.003.0000-001 V:02 AÑO 2012	
1.1 Código de la UPGD Razón social de la unidad primaria generadora del dato		1.3 Fecha de Notificación (dd/mm/aaaa)	
Departamento	Municipio	Código	Sub-Índice
1.2 Nombre del evento		Código del evento	
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de Documento <input type="radio"/> Registro civil <input type="radio"/> Cédula de Extranjería <input type="radio"/> Menor sin identificación <input type="radio"/> Tarjeta de identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Adulto sin identificación <input type="radio"/> Cédula de ciudadanía		2.2 Número de identificación	
2.3 Primer Nombre		2.4 Segundo Nombre	
2.5 Primer Apellido		2.6 Segundo Apellido	
2.7 Teléfono	2.8 Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.9 Edad	2.10 Unidad de medida de la edad <input type="radio"/> 1 - Años <input type="radio"/> 4 - Horas <input type="radio"/> 2 - Meses <input type="radio"/> 5 - Minutos <input type="radio"/> 3 - Dias <input type="radio"/> 0 - No aplica
2.11 Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		2.12 País de procedencia/ocurrencia Código	
2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia Departamento Municipio		2.14 Área de ocurrencia del caso <input type="radio"/> 1. Cabeceira Municipal <input type="radio"/> 2. Centro Poblado <input type="radio"/> 3. Rural Disperso	
2.15 Localidad de ocurrencia del caso	2.16 Barrio de ocurrencia del caso	2.17 Cabeceira municipal/Centro poblado/Rural	2.18 Vereda
2.19 Ocupación del paciente Código	2.20 Tipo de régimen en salud <input type="radio"/> 1. Contributivo <input type="radio"/> 2. Subsidiado <input type="radio"/> 3. Excepción <input type="radio"/> 4. Especial <input type="radio"/> 5. No Afiliado		2.21 Nombre de la administradora de servicios de salud Código
2.22 Pertenencia étnica <input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 4. Palenquero <input type="radio"/> 2. RCM, Gitano <input type="radio"/> 5. Negro, mulato, afro colombiano <input type="radio"/> 3. Raizal <input type="radio"/> 6. Otro		2.23 Grupo poblacional <input type="radio"/> 5. Otros <input type="radio"/> 13. Migrantes <input type="radio"/> 7. Discapacitados <input type="radio"/> 14. Carcelarios <input type="radio"/> 9. Desplazados <input type="radio"/> 16. Gestantes	
3 NOTIFICACIÓN			
Código del municipio		3.1 Departamento y municipio de residencia del paciente	
3.2 Dirección de residencia			
3.3 Fecha de Consulta (dd/mm/aaaa)	3.4 Fecha de inicio de síntomas(dd/mm/aaaa)	3.5 Clasificación inicial de caso <input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 5. Conf. novo epidemiológico <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio	3.6 Hospitalizado <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
3.7 Fecha de hospitalización dd/mm/aaaa	3.8 Condición final <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto	3.9 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.10 N° certificado de defunción
3.11 Causa básica de muerte CIE 10	3.12 Nombre del profesional que diligenció la ficha		
	3.13 Teléfono		
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES			
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso <input type="radio"/> No Aplica <input type="radio"/> 3- Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 4 - Conf. por clínica <input type="radio"/> 5 - Conf. novo epidemiológico <input type="radio"/> 6 - Descartado <input type="radio"/> 7 - Otra Actualización <input type="radio"/> D - Error de digitación		4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)	





Anexo 9

Ficha epidemiológica para la detección de casos de violencia en el contexto familiar y de violencia sexual (cara B)

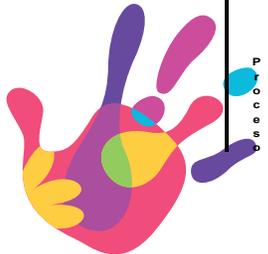
SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Subsistema de Información SIVIGILA Ficha de notificación		INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	
Violencia intrafamiliar y violencia sexual código INS 875			
RELACION CON DATOS BÁSICOS		REG-R02.003.0000-053 V:00 AÑO 2012	
A. Nombres y apellidos del paciente		B. Tipo de ID*	C. N° de identificación
* TIPO DE ID: 1- RC: REGISTRO CIVIL 2- TI: TARJETA DE IDENTIDAD 3- CC: CÉDULA CIUDADANÍA 4- CE: CÉDULA EXTRANJERÍA 5- PA: PASAPORTE 6- MS: MENOR SIN ID 7- AS: ADULTO SIN ID			
5. Naturaleza de la violencia			
<input type="radio"/> 1. Violencia física <input type="radio"/> 3. Privación y Negligencia <input type="radio"/> 5. Acoso sexual <input type="radio"/> 7. Explotación sexual comercial de niños/niñas y adolescentes <input type="radio"/> 9. Pornografía con NNA (niños, niñas y adolescentes) <input type="radio"/> 2. Violencia psicológica <input type="radio"/> 4. Abuso sexual <input type="radio"/> 6. Asalto sexual <input type="radio"/> 8. Turismo sexual <input type="radio"/> 10. Trata de personas para explotación sexual			
6. Datos de la víctima			
6.1 Escolaridad de la víctima <input type="radio"/> 1. Primaria <input type="radio"/> 2. Secundaria <input type="radio"/> 3. Técnica <input type="radio"/> 4. Universitaria <input type="radio"/> 5. Sin escolaridad <input type="radio"/> 6. Postgrado			
6.2 Factor de vulnerabilidad de la víctima que influyó en la ocurrencia del hecho violento			
<input type="radio"/> 1. Actividades sindicales o gremiales <input type="radio"/> 7. Población LGTBI <input type="radio"/> 13. Líderes cívicos <input type="radio"/> 19. Misión médica <input type="radio"/> 25. Mujer cabeza de familia <input type="radio"/> 2. Actividad política <input type="radio"/> 8. Reciclador <input type="radio"/> 14. Religiosos (a) <input type="radio"/> 20. Funcionarios (as) judiciales <input type="radio"/> 26. Otro <input type="radio"/> 3. Campesino (a) <input type="radio"/> 9. Consumidor de sustancias psicoactivas <input type="radio"/> 15. Maestro (a) <input type="radio"/> 21. Tribus urbanas <input type="radio"/> 4. Persona bajo protección sanitaria <input type="radio"/> 10. Defensor (a) de los derechos humanos <input type="radio"/> 16. Servidor público <input type="radio"/> 22. Trabajador (a) sexual <input type="radio"/> 5. Presunto colaborador (a) grupo legal <input type="radio"/> 11. Habitante de calle <input type="radio"/> 17. Fuerza pública <input type="radio"/> 23. Periodista <input type="radio"/> 6. Consejales <input type="radio"/> 12. Desmovilizados (as) y reinseridos (as) <input type="radio"/> 18. Exconvictos <input type="radio"/> 24. Estudiante			
6.3 Antecedente de hecho similar (en los últimos tres meses, que requirió atención médica)			6.2.1 ¿Cuál factor de vulnerabilidad?
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No			<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
7. Datos del agresor			
7.1 Edad aparente del agresor (a)	7.2 Sexo del agresor (a)	7.3 Ocupación del agresor (a)	7.4 Escolaridad del agresor (a)
	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer		<input type="radio"/> 1. Primaria <input type="radio"/> 4. Universitaria <input type="radio"/> 2. Secundaria <input type="radio"/> 5. Sin escolaridad <input type="radio"/> 3. Técnica <input type="radio"/> 6. Postgrado
7.5.1 Familiaridad o parentesco			
<input type="radio"/> 1. Espos(a) <input type="radio"/> 8. Padre <input type="radio"/> 15. Madrastra <input type="radio"/> 22. Otro <input type="radio"/> 2. Compañero (a) permanente <input type="radio"/> 9. Madre <input type="radio"/> 16. Tío <input type="radio"/> 17. Primo <input type="radio"/> 3. Novio (a) <input type="radio"/> 10. Hijo (a) <input type="radio"/> 18. Cuñado <input type="radio"/> 19. Suegro <input type="radio"/> 4. Amante <input type="radio"/> 11. Encargado (a) del NNAV adulto mayor <input type="radio"/> 20. Otros familiares civiles o consanguíneos <input type="radio"/> 5. Ex-espos(a) <input type="radio"/> 12. Hermano (a) <input type="radio"/> 21. Sin información <input type="radio"/> 6. Ex-novio (a) <input type="radio"/> 13. Abuelo <input type="radio"/> 7. Ex-amante <input type="radio"/> 14. Padrastro			
7.5.1.1 ¿Cuál otro familiar?		7.5.1.2 Convive con el agresor (a)	
		<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	
7.5.2 No familiar			
<input type="radio"/> 1. Profesor (a) <input type="radio"/> 4. Compañero (a) de estudio <input type="radio"/> 7. Vecino (a) <input type="radio"/> 10. Otro <input type="radio"/> 2. Amigo (a) <input type="radio"/> 5. Custodio (a) <input type="radio"/> 8. Conocido (a) sin ningún trato <input type="radio"/> 3. Compañero (a) de trabajo <input type="radio"/> 6. Desconocido (a) <input type="radio"/> 9. Sin información			
7.5.2.1 ¿Cuál otro agresor no familiar?			
7.5.3 Grupos			
<input type="radio"/> 1. Ejército <input type="radio"/> 3. Armada <input type="radio"/> 5. Narcotráfico <input type="radio"/> 7. Pandillas y "tribus urbanas" <input type="radio"/> 9. Paramilitar <input type="radio"/> 11. No sabe no responde <input type="radio"/> 2. Fuerza Aérea <input type="radio"/> 4. Policía <input type="radio"/> 6. Bandas criminales <input type="radio"/> 8. Religioso <input type="radio"/> 10. Guerrillero <input type="radio"/> 12. Sin información <input type="radio"/> 13. Otro			
7.5.3.1 ¿Cuál otro grupo?			7.6 Presencia de alcohol y otras sustancias en agresor(a) ?
			<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
8. Datos del hecho			
8.1 Armas y otros mecanismos utilizados para la agresión			
<input type="radio"/> 1. Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación <input type="radio"/> 4. Cortante / cortopunzante / Punzante <input type="radio"/> 7. Inmersión / Sumersión <input type="radio"/> 10. Mordedura <input type="radio"/> 13. Otro <input type="radio"/> 2. Caídas <input type="radio"/> 5. Electroución y electrofulguración <input type="radio"/> 8. Intoxicación <input type="radio"/> 11. Proyectil arma fuego <input type="radio"/> 3. Contundente / coitoconduyente <input type="radio"/> 6. Explosivos <input type="radio"/> 9. Minas antipersona <input type="radio"/> 12. Quemadura			
8.1.1 Nombre de la sustancia que produjo la intoxicación		8.1.2 ¿Cuál otra arma o mecanismo utilizado?	
8.1.3 Otros mecanismos			
<input type="radio"/> 1. Insultos <input type="radio"/> 3. Amenazas <input type="radio"/> 2. Humillaciones <input type="radio"/> 4. Otro			
8.1.4 ¿Cuál otro mecanismo utilizado para la agresión?		8.2 Fecha del hecho (dd/mm/aaaa)	
8.2.1 Hora del hecho		8.2.2.1 ¿Cuál otro escenario?	
8.2.2 Escenario			
<input type="radio"/> 1. Vía pública <input type="radio"/> 3. Escuela <input type="radio"/> 5. Sitio de diversión <input type="radio"/> 7. Otro <input type="radio"/> 2. Casa <input type="radio"/> 4. Lugar de trabajo <input type="radio"/> 6. Deportivo			
8.3 Zona de conflicto			
<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No			
8.4 Sector que notifica			
<input type="radio"/> 1. Salud <input type="radio"/> 2. Justicia <input type="radio"/> 3. Educación <input type="radio"/> 4. Protección <input type="radio"/> 5. Otro			
8.4.1 ¿Cuál sector notifica?			
9. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA			
<input type="checkbox"/> 1. Atención psicosocial <input type="checkbox"/> 2. Profilaxis ITS <input type="checkbox"/> 3. Anticoncepción de emergencia <input type="checkbox"/> 4. Orientación IVE <input type="checkbox"/> 5. Atención en salud mental especializada <input type="checkbox"/> 6. Informe a la autoridad <input type="checkbox"/> 7. Otro <input type="checkbox"/> 9.1 ¿Cuál otra acción en salud pública? <input type="checkbox"/> 9.3. Recomendación de protección <input type="checkbox"/> 9.4. Amerita trabajo de campo			
9.2 ¿Cuál autoridad?		<input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	

Anexo 10

84

		Secretaría de Salud Pública Municipal Grupo de Salud Pública Inspección Vigilancia y Control SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA VIOLENCIAS CONTRA LA MUJER (NO SEXUAL)						Código: FR-A001			
								Versión: 03			
1.0 IPS		2.0 NIVEL DE COMPLEJIDAD			3.0 CARÁCTER		4.0 SERVICIO EVAL		5.0 Fecha		
		ALTO	MEDIO	BAJO	PÚBLICO	PRIVADO	C.EXTERNA	PROM Y PREV	DD	MM	AA
ASPECTOS A INSPECCIONAR		CUMPLIMIENTO (marcar con una X según el caso)				OBSERVACIONES Y/O JUSTIFICACION					
		Peso	CUMPLE	NO CUMPLE	N A						
COMPONENTE DE GESTION 30%											
I N F R A E S T R U C T U	El consultorio destinado a la prestación de servicios en salud mental, garantiza privacidad al usuario										
	El consultorio se encuentra señalizado										
	El consultorio cuenta con mecanismos de protección contra autolesiones en caso de atender pacientes con discapacidad cognitiva.										
SUBTOTAL		0									
R E C U R S O H U M A N O	Cuenta con grupos de apoyo en Salud Mental (psicoeducativo) Enfermera, (psicólogo ó trabajador social ó Médico ó agente educativo)										
	El personal que apoya el programa está entrenado en el área de salud mental										
	Se cuenta con un responsable para el reporte, seguimiento y monitoreo de los indicadores de Salud Mental										
SUBTOTAL		0									
E Q U I P O M O S E	Cuenta con dotación básica para consultorio de salud mental:										
	Camilla										
	escritorio										
	Silla										
Los servicios urgencias y consulta externa cuentan con fichas de vigilancia de eventos en salud mental (Violencia familiar y sexual, intento de suicidio, intoxicaciones)											
SUBTOTAL		0									
G u i a s y P r o t o c o l o s	Cuenta con soportes en medio físico y visible, de las rutas de atención para los pacientes de intento de suicidio, violencia familiar y sexual u otras formas de violencia contra la mujer?										
	En el consultorio Cuenta con protocolo en medio físico para la atención de las urgencias psiquiátricas? (pacientes con ataque de pánico, paciente con conducta suicida, paciente con agitación psicomotora) sólo para servicios de urgencias										
	En el consultorio se Cuenta con protocolos en medio físico para la atención de violencias contra la mujer, consumo de sustancias psicoactivas y trastorno mental										
	Se dispone de protocolos de vigilancia en violencias contra la mujer, salud mental, intento de suicidio, intoxicaciones										
	Cuenta con soportes en medio físico y visible, de las rutas de atención para los pacientes con consumo de SPA y trastornos mentales?										
	La institución cuenta con una ruta de articulación interna del programa de Salud Mental con otros programas existentes?										
SUBTOTAL		0									
Total Componente Gestión		9									
COMPONENTE TECNICO ADMINISTRATIVO 40 %											
P o c e s	La institución desarrolla acciones individuales y/o colectivas para la detección de violencias contra la mujer? Instrumento de Tamizajes										
	La institución desarrolla acciones individuales y/o colectivas de detección temprana de consumo de alcohol y otras SPA? Aplicación de instrumentos de Tamizajes										

Protocolo para el abordaje integral de las violencias contra las mujeres desde el sector salud



Anexo 12

Protocolo para el abordaje integral de las violencias contra las mujeres desde el sector salud

1.0 IPS	 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI SECRETARÍA DE SALUD	Secretaría de Salud Pública Municipal Grupo de Salud Pública Inspección Vigilancia y Control												Código: FR-A001	
		LISTA DE CHEQUEO HISTORIAS CLINICAS VIOLENCIA SEXUAL												Versión: 02	
		3.0 NIVEL DE COMPLEJIDAD			4.0 CARÁCTER			5.0 SERVICIO EVAL			6.0 Fecha			OBSERVACIONES	
		ALTO	MEDIO	BAJO	PÚBLICO	PRIVADO	C-EXTERNA	PROM Y PREV	DD	MM	AA				
HCL 1		HCL 2		HCL 3		HCL 4		HCL 5							
C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	C	NC	NA	
ASPECTO A EVALUAR															
Cuenta con formato de Consentimiento informado para exámenes médico-legales															
Cuenta con la Fichas de notificación de violencia															
Se encuentra registrado el servicio donde ingreso la persona a la institución: Consulta externa, urgencias, programas, patios, reporte comunitario															
Se realiza examen físico para detectar lesiones físicas															
Se solicita y se registra resultado de exámenes de laboratorio, según el tipo de abuso sexual (penetración):															
a. Gonorroea															
b. Chlamydia Trachomatis															
c. Trichomona Vaginalis															
d. Herpes 2															
f. Hepatitis B															
g. VIH/Sida															
h. Condilomas															
i. Gardinella Vaginalis															
j. Hongos															
k. Prueba de embarazo															
l. Evaluación hematológica, con hemograma basal (En caso de administración de profilaxis para VIH)															
Tratamiento para las ITS adquiridas en ocasión del abuso (Controles clínicos)															
administración de profilaxis ante riesgo de VIH (Riesgo de VIH-Menos de 72 horas)															
Evaluación de la evolución mental y social de la persona maltratada															
Se realiza referencia a otro nivel según la necesidad del caso															
Se encuentra registrado claramente el nombre y el cargo del profesional que atendió el caso															
Se realiza evaluación y orientación por parte del equipo de salud mental.															

**PLAN DE SEGURIDAD
FAMILIAR
PERSONALIZADO
P.S.F.P**

“DENUNCIAR, NO ES SUFICIENTE”



**“POR UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIAS
CONTRA LAS MUJERES”**

Revisado y adaptado por:
Ana Rosa Torres Gómez
Trabajadora Social
Comisaría de Familia
Fray Damian

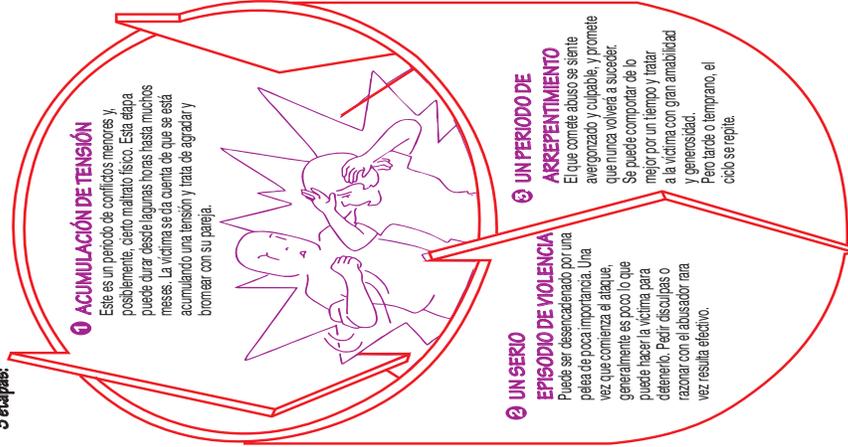
Santiago de Cali, Septiembre de 2012

**SI LA RELACIÓN CON TU PAREJA,
ES ABUSIVA, ESTÁS ATRAPADA
EN EL CICLO DE LA VIOLENCIA**

**BUSQUE
EL MOMENTO PRECISO**

EL CICLO DEL ABUSO

Para muchas parejas, los incidentes violentos siguen un patrón de 3 etapas:



**“ A VECES
NOS LLENAMOS DE PÁNICO
Y EMPRENDEMOS
UNA ACCIÓN POR MIEDO ”.**

**A VECES EMPRENDEMOS
UNA ACCIÓN
FUERA DEL TIEMPO,
POR VENGANZA O
PORQUE QUEREMOS
CASTIGAR A ALGUIEN”.**

“ El lenguaje del adiós” Melody Beattie



ELABORE SU PROPIO P.S.F.P

**Usted lo hace todo el tiempo,
lo que ocurre es que no siempre
es un proceso consciente.**

