

Capítulo 5.

atención integral d
sexual en e

e la violen
sector sa

nci
a
ilud

Contenido ¿

Capítulo 5. Atención integral de la violencia sexual en el sector salud

- 5.1 Revictimización	172
5.2 Lineamientos generales de la atención a las víctimas de violencia sexual y su familia	
	174
5.2.1 Preparación institucional	174
5.2.2 Responsabilidades de salud en el marco de las acciones de acceso a justicia a para las víctimas de violencia sexual	177
5.2.3 Entrevista a víctimas de violencia sexual	178
Tabla 17. Elementos Específicos de la entrevista a víctimas de violencia sexual	
	179
- 5.3 Protocolo de atención clínica a víctimas de violencia sexual	182
—D Recibir y atender de forma INMEDIATA	182
-D Evaluar si se encuentra en peligro inminente la vida del/ la paciente.	182

- Evaluar estado emocional/mental actual del paciente. 182
- D Explicar los derechos 182
- O Consentimiento informado 182

-D Los procedimientos que requieren consentimiento informado son los exámenes de toma de muestras médico-legales, las pruebas de VIH- SIDA.	183
"D Anamnesis	185
"D Iniciar el proceso de atención médica y médico-legal.	187
"D Realizar examen físico y mental completo, incluido un detallado examen genital y búsqueda clínica de presunción certeza de embarazo e ITS.	187 y
-D Realizar el proceso de cadena de custodia:	190
-O Explicar al paciente el resultado de los exámenes, y procedimientos de seguimiento que se requieren.	190
Se toman pruebas diagnósticas para descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de violencia sexual	191
Anticoncepción de emergencia (AE) – Profilaxis para embarazo.	192
Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) producto de la violencia sexual	192 de la
Dar manejo integral a otras patologías alternas.	192
Consulta de urgencia con médico psiquiatra o psicólogo clínico que brinde al paciente una intervención psicoterapéutica inicial.	192
Remitir hacia otros profesionales de salud para el abordaje integral.	193
Brindar orientación en derechos y procedimientos a seguir dentro del sector salud y fuera del mismo.	193
Seguimiento y vigilancia epidemiológica.	193
Hacer el proceso de denuncia formal o no formal por designado en el equipo de atención.	193 el
Entrega de materiales probatorios a policía judicial.	194

L D FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN	194
5.4 Recomendaciones para efectuar el examen físico a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual	203
5.5 Protocolo para el examen y manejo clínico en víctimas de violación sexual dentro de contextos de conflicto armado interno, desplazamiento forzado, personas albergadas o refugiadas, y otras emergencias humanitarias	205
5.6 Protocolo de atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	212
5.6.1 Violación e Interrupción voluntaria del embarazo-IVE	212
5.6.2 Proceso de atención	213
5.6.3 Procedimientos	222
Anexo 3. La presentación en juicio oral	229
Anexo 4. Consentimiento informado atención inicial de urgencias en salud para la víctima de violencia sexual	235

Capítulo 5. Atención integral de la violencia sexual en el sector salud

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

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

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

Consideraciones sobre los procesos de atención integral

La atención en salud tiene como objetivos específicos:

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

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

165

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

5.1. Revictimización

El sector salud debe garantizar que las víctimas de violencia sexual NO sean nuevamente vulneradas durante el proceso de atención. En este sentido, una persona sobreviviente de violencia sexual puede pasar por tres (3) procesos de victimización:

Victimización primaria: las consecuencias que sufre la persona sobreviviente como producto directo de la violencia sexual.

*Victimización secundaria o revictimización*¹⁶⁶: sufrimientos que al sobreviviente de violencia sexual, testigos y familia les infieren el personal de las instituciones encargadas de los procesos de atención integral, salud (profesionales en: medicina, pediatría, ginecología, enfermería, psicología, trabajo social, personal administrativo entre otros), justicia (policías, jueces, peritos, criminólogos, funcionarios de instituciones penitenciarias, entre otros), y otros sectores implicados, al no tener claros los procesos y procedimientos para la restitución de derechos.

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

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

166 Para el presente modelo se utilizará el término revictimización.

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

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

Ausencia o poca coherencia y complementariedad en los objetivos de los distintos sectores que participan en la atención a las víctimas. Así las metas jurídicas, sociales, psicológicas, pedagógicas o médicas se establecen sin un ordenamiento lógico y articulado de intervención.

Poca claridad y definición de límites y competencias entre las distintas disciplinas o sectores implicados. Así, se presentan superposición y repetición de revisiones médicas, entrevistas, entre otras.

Problemas de la infraestructura y espacios donde se practica la atención.

Falta o poca capacitación y entrenamiento sobre el tema por parte de los prestadores de salud.

A continuación, se ilustran algunas de las formas más comunes de revictimización dentro de los servicios de salud y se sugieren algunos modos para evitarla:

Tabla 14. Procesos de revictimización y herramientas para evitarla.

ACCIONES QUE GENERAN REVICTIMIZACIÓN	SUGERENCIAS PARA EVITAR LA REVICTIMIZACIÓN
<p>Se sugiere que la responsabilidad del hecho es del sobreviviente de violencia sexual. Ejemplo: El profesional de salud le dice: ¿Y qué hacía a esa hora sola-o? ¿Usted permitió que le hicieran es?Pudo haberse defendido. Con esa forma de vestir, como no iba a provocar esa situación. ¿Porqué no averiguó quien era el acompañante? ¿Porqué no gritó o llamó a alguien en su ayuda? ¿Porqué consumió o aceptó atenciones?</p> <p>Someter la víctima a preguntas constantes e insistentes sobre los hechos sin tener claro el objetivo ni la competencia. ¿Cuántas veces sucedió?</p>	<p>Ser enfático en que el responsable es el Usted no tuvo la culpa de lo sucedido. El agresor es el total responsable de lo que sucedió. Se es víctima y no responsable del evento de violencia sexual. Es usted muy valiente al contar lo sucedido y buscar ayuda.</p> <p>Conocer claramente la competencia dentro de los procesos de atención. Para el sector salud la competencia es la recuperación de la salud, la realización adecuada de la historia clínica</p>

¿Qué le decía? ¿Qué le hacía? ¿Con que la amenazo? Entre otros detalles que no aportan al proceso y sí reviven de forma reiterada la situación.

Responsabilizar a la persona sobreviviente de violencia sexual por el resultado del proceso judicial. Si no lo cogen (al agresor u agresora), es su culpa por no contar todo lo que pasó (o por no dejarse tomar las muestras). Estuvo en sus manos meterlo a la cárcel, algo tuvo que hacer mal.

Actuar sin conocimiento y entrenamiento; se puede evidenciar, por ejemplo, en intentos de reconfortar o alentar minimizando lo que sucedió y “Es mejor que lo olvide, al final sólo la o lo tocaron”. “Eso no fue nada, peor el caso de (...)” Hacer afirmaciones extremas frente al evento como “toda persona que ha sufrido violencia sexual, queda traumatizada para siempre y nunca puede recuperarse...”

según lo descrito.
El esclarecimiento de los hechos es competencia de la justicia.

El resultado del proceso judicial no debe recaer en la víctima.

Es indispensable conocer y desarrollar competencias para atención adecuada que promuevan la salud y su recuperación, protección y la contención.

Por ejemplo, la escucha del relato libre de la víctima de violencia sexual cuando se inicia la experiencia de atención puede dar buenos resultados por los retos que representa el direccionamiento con preguntas específicas. El prestador de salud debe desarrollar habilidades comunicativas tanto del lenguaje verbal como no verbal, que transmita credibilidad y empatía ante lo narrado y para consignar el relato en la historia clínica.

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

5.2.1 Preparación institucional

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

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

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

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

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

El equipo de salud o el grupo interdisciplinario es el que aplica el Modelo de Abordaje Integral a las Víctimas de Violencia Sexual según los procesos y procedimientos establecidos para la detección, atención, rehabilitación, protección, referenciación, seguimiento y activación de las redes de apoyo incluyendo la familiar. Este equipo debe tener una persona del área administrativa que facilite los procesos de su área.

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

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

Además, garantizar los insumos y dotación necesarios para brindar una atención

oportuna y de calidad. Contar con un espacio físico que ofrezca comodidad y confidencialidad, contar con los medicamentos para tomar muestras, brindar anticoncepción de emergencia, profilaxis para VIH/SIDA entre otros, y los elementos para la recolección de muestras forenses.

Tabla15. Preparación institucional para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud para casos de violencia sexual.

Preparativos y procesos de tipo institucional para la implementación del Modelo	
ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Delegar a un responsable.(Profesional de la salud o de las ciencias sociales).	Institución
Conformar el equipo institucional básico.	Profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, salud mental y área administrativa (de acuerdo con el tipo de institución).
Capacitar para la apropiación del Modelo de Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual,	Profesionales que deben cumplir a satisfacción con los estándares y procesos de capacitación que establezca el Ministerio de la Protección Social. Equipo.
Desarrollarlos flujogramas de atención en salud y administrativos.	De acuerdo con las características de cada entidad. Equipo.
Adelantar procesos de información y capacitación al interior de la entidad	El equipo debe informar y capacitar en el modelo y los flujogramas de atención interna, al personal de salud y administrativo que pueden llegar a estar en contacto con la víctima.
Garantizar insumos y dotación para la atención.	
Establecer las rutas claras del proceso de articulación intersectorial e interinstitucional, así como los mecanismos de referencia y contrareferencia cuando se requieran.	El equipo debe garantizar el acceso directo a las víctimas, un espacio seguro y los insumos adecuados para la atención, y evitar procesos de revictimización.
Disponer del directorio de las instituciones de referencia junto a los datos de contacto del enlace institucional	
Activar el proceso de trabajo en red intersectorial e interinstitucional	El equipo (su delegado) debe participar en la Mesa Intersectorial de Abordaje a las Víctimas de Violencia Sexual. Diligenciar un directorio de actores e instituciones interesadas y comprometidas, incluir protección, justicia y educación.

Establecer procesos de planeación, monitoreo seguimiento y evaluación.

Construir indicadores de resultados, proceso e impacto. Equipo.

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

Para las víctimas de violencia sexual todos los procesos que se incluyen en su atención integral son importantes, sin embargo, un flujo lógico de los mismos se esquematiza en orden de importancia en la Figura 7. Se aclara que muchos de esos procesos se hacen simultáneamente.

5.2.2 Responsabilidades de salud en el marco de las acciones de acceso a justicia a para las víctimas de violencia sexual

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

De allí, que además de la atención integral en salud que debe incluir todos los actos clínicos, quirúrgicos y en salud mental, también se iniciarán procesos como la toma de muestras forenses, el proceso de cadena de custodia, en los casos en que el evento de violencia sexual haya ocurrido en las últimas 72 horas, la utilización de técnicas de entrevista que permitan documentar parte de los hechos, sin influir en el relato del sobreviviente y la estricta documentación de los relatos y los procesos de atención a que haya lugar con cada persona.

En el mismo sentido, es factible que a partir de la atención de un caso sospechoso de violencia sexual el profesional o los profesionales ¹⁶⁷de salud sean citados para asistir a un juicio oral, donde deberá declarar sobre los procesos y procedimientos realizados en el paciente, y respaldarlos con su conocimiento profesional. Por lo tanto, seguir las indicaciones aquí planteadas y consignar todos los hallazgos y procedimientos de manera detallada en la historia clínica es fundamental para cumplir con las responsabilidades y evitar futuros inconvenientes.

Por lo anterior que el personal de salud debe prepararse en su área disciplinaria y en el proceso de presentación en juicio oral (ver anexo 5: La presentación en juicio oral). Al conocer de un posible hecho de violencia sexual la institución de salud

¹⁶⁷ Profesionales en medicina, bacteriología, enfermería, medicina, psicología, así como especialistas en trauma, ortopedia, cirugía, pediatría, ginecología, psiquiatría, etc.

deberá dar conocimiento del hecho a la autoridad del municipio. Esto puede hacerse a través de múltiples mecanismos que faciliten la confidencialidad y seguridad de quien lo hace. La denuncia de carácter formal o no formal debe salir de la institución, pero el tratante dará inicio al proceso de denuncia como se indica en el flujograma interno de la institución.

La herramienta de trabajo para la atención de pacientes de los clínicos es la historia clínica. Esta se sintetiza en un documento que consigna el acto médico que se da dentro de la relación médico-paciente. Este acto usualmente se realiza siguiendo una secuencia de: a) entrevista, b) examen físico y mental, c) realización de pruebas diagnósticas o de control y, d) cierre, acuerdos y plan de tratamiento y seguimiento. Se presentan a continuación los elementos más importantes al respecto, que deben realizarse para la atención a las víctimas de la violencia sexual.

5.2.3 Entrevista a víctimas de violencia sexual

RECOMENDACIONES	
<p>Realice la atención en un sitio que disponga de todas las condiciones y recursos necesarios. El lugar debe asegurar seguridad, privacidad y confidencialidad del paciente. Disminuya dentro del espacio de atención la mayor cantidad de elementos simbólicos de poder.</p> <p>Si se dispone de medios y no se pone en riesgo la seguridad de la víctima, idealmente, grabarla entrevista, previa autorización de la víctima, y en casos de menores de 18 años, también de su familia.</p> <p>Sea respetuoso y sensible.</p>	<p>Incluye estar aislado, idealmente, debe contener un espacio para la entrevista y otro para el examen físico, disponer de</p> <p>No interponer un escritorio entre el médico y el paciente, ubicar las sillas al mismo nivel tendiendo a formar un ángulo de 45 grados, si se puede evitar el uso de bata, esto puede disminuir el miedo de los pacientes, especialmente de niños y niñas.</p> <p>Esto es aplicable para muy pocos sitios y la ausencia de dispositivos de registro no debe constituir una barrera para la implementación de las acciones de Atención. En algunos contextos podría ser considerado amenazante o riesgosa para la víctima la grabación de entrevistas (por ejemplo, contextos sometidos a los efectos directos del conflicto armado interno), por lo cual allí se desaconseja realizar grabaciones, sin que ello impida la aplicación del Modelo en sus demás aspectos.</p> <p>Tratar a los pacientes siempre por su nombre no utilizar frases o palabras con diminutivos o cariñosas, por ejemplo “mamita”, “muñeca”, “linda”, etc. Asegurarse de que nadie interrumpa el acto médico.</p>

Eduque sobre los derechos de las víctimas.

Dé asesoría para el consentimiento informado sobre todos los procedimientos, intervenciones y terapias a realizarse.

Documente todo lo relacionado con el acto médico en la historia clínica.

Haga un adecuado cierre.

¿Cuándo NO hacer entrevista de detección con las víctimas?

Incluir los derechos que aplican a la Justicia, Salud, Educación, Protección para la víctima y su familia.

Este es siempre cualificado, en algunos casos se puede requerir de uno informado persistente, o asistido y persistente, o sustituto. El paciente debe conservar la autonomía sobre los distintos tópicos de la atención.

Recordar que en estos casos la entrevista médico-paciente puede hacer parte de las evidencias dentro de procesos judiciales.

Asegurarse de la seguridad de la víctima, acordar las medidas terapéuticas y de seguimiento, etc.

- Cuando la víctima o posible víctima sea menor de 3 años.
- Cuando la víctima o posible víctima se rehúsa a hablar del hecho.
- Considere con cuidado la realización, o si es preferible su referencia, cuando ya se ha investigado y escrito un informe de sospecha de abuso sexual y cuando la víctima ha sido entrevistada más de una vez

Tabla 17. Elementos Específicos de la entrevista a víctimas de violencia sexual

Recomendaciones

Niños y niñas menores de tres años.

Si el niño o niña es menor de tres (3) años, absténgase de realizarle entrevista, sólo explíquele porque está allí, tranquilícelo, aclare que va a estar bien.

Niños y niñas mayores de tres (3) años.

Para realizar la entrevista el profesional de la salud requiere ganar el interés del niño o niña, y conocer su nivel de entendimiento, debe sentarse a su nivel no detrás de un escritorio, decirle la verdad al contarle el propósito de la misma, teniendo cuidado de hacerlo en los términos que la persona pueda entender de acuerdo con su nivel de desarrollo.

Nunca prometerle cosas o premios que no se les pueda cumplir. En niños y niñas mayores o adolescentes hay que establecer que es una responsabilidad del prestador de salud hacer el reporte y la canalización de todo caso de violencia sexual a la justicia y protección. El profesional de la salud nunca deberá utilizar términos técnicos para hablarle e indagar la forma en la que el niño/a llama a las diferentes partes de su cuerpo para utilizar con él el mismo lenguaje. Es muy importante que la entrevista no contamine el relato de la víctima.

Preguntas a la familia.

Se debe preguntar al niño, niña si desea que su acompañante esté presente durante la entrevista.

Cuando así lo quiera, el acompañante deben situarse en un lugar del consultorio donde no esté al alcance de la vista del niño/a, advirtiéndole que no debe intervenir en ningún momento hasta que se le solicite.

Debe recolectarse toda la información posible sobre el abuso de fuentes diferentes antes de la entrevista con el niño/a.

Las preguntas se deben hacer en el siguiente orden: a) generales, b) enfocadas, c) de elección múltiple d) de sí o no; no se recomienda las inductivas, directivas o sugestivas.

Es preciso tener cuidado de no hacer repetir relatos que el niño haya dicho, esto puede inducirle a creer que sus respuestas no eran correctas, a dar respuestas diferentes, a negar lo ocurrido o a rechazar hablar sobre el tema.

Al finalizar la entrevista hay que decirle al niño(a) que hizo bien contando acerca de lo sucedido. Que no ha hecho nada malo y que no ha tenido la culpa de nada de lo que ocurrió, que el agresor es el responsable. Este debe ser el mensaje más importante que el paciente debe recibir.

Se recomienda entrevistar primero a los padres o acompañantes sin la presencia del niño o niña para establecer los antecedentes médicos y realizar una revisión de síntomas identificados por la familia que pudieran ser indicativos de abuso sexual. Es importante establecer la red de soporte social con la que cuenta el niño, niña o adolescente, identificar factores de protección y factores de riesgo en la dinámica familiar.

Se indaga con los padres y acompañantes por la historia familiar social y el proceso de desarrollo del niño/a. Esta conversación no se debe dar frente al niño/a. Es frecuente que al hacer estas indagaciones con la familia se encuentre ante una situación de estrés debido a la revelación de un posible abuso sexual, es de esperar que el acompañante reaccione con angustia, inquietud, culpa o en ocasiones haciendo una total negación a la posibilidad de que haya una vulneración contra el niño/a.. Es importante entender que el impacto de la sola posibilidad que haya ocurrido pone a la familia en una situación de estrés o inclusive de crisis por tanto, esta indagación debe hacerse con respeto, sin juzgamientos y planteando la situación como una posibilidad, mientras no se tenga más información de lo ocurrido.

Es muy importante que esta primera entrevista a la familia aporte información sobre las condiciones de retorno (evaluación del riesgo de revictimización) del niño/a, al medio familiar. Es responsabilidad del sector salud hacer lo necesario para garantizar la protección del

Adultos
sobrevivientes
de violencia
sexual.

niño, niña o adolescente hasta que sea establecida la medida de restablecimiento de derechos, que estará a cargo del sector de la protección.

Cuando la víctima es adulta el personal de salud debe explicar la importancia de que haya asistido a la consulta, el porqué se debe realizar el procedimiento completo (anamnesis, evaluación de documentos, examen físico, tomas de muestras,...), recalando que todo el proceso de atención, acompañamiento y seguimiento hace parte de la atención integral que busca el restablecimiento de sus derechos. Que tiene el derecho a rechazar parcial o totalmente las distintas intervenciones y tratamientos sugeridos dentro del consentimiento informado.

La información obtenida en las entrevistas familiar y personal debe quedar registrada tal cual fue escuchada y entre comillas en la historia clínica, utilizando entre comillas las palabras usadas por ellos, puede ser de gran utilidad como evidencia en la investigación judicial.

Recordar que:

El objetivo principal de la entrevista en salud es facilitar la recuperación y la salud de la víctima y no establecer la veracidad o los detalles de la situación de violencia sexual.

Al hacer la detección de violencia sexual que ha ocurrido contra un niño, niña o adolescente en ningún caso se le podrá dar de alta a su medio familiar hasta que se hayan establecido las respectivas medidas de protección y acceso a la justicia según la ruta y los procesos de referenciación.

Cuando la víctima sea una mujer, niña, niño, adolescente, persona LGBTI, o cualquier otra persona que haya sufrido violencia sexual en el contexto del conflicto armado, y que se encuentre habitando y recibiendo atención médica en el mismo contexto de conflicto dentro del cual podría ser revictimizada o sufrir retaliaciones por el hecho de haber acudido a consulta por el acto de violencia sexual sufrido, se deben extremar las medidas para garantizar la confidencialidad de la información. Recordar los principios de atención en salud dentro de una Misión Médica, y tener presente que el primer deber es el de atención sanitaria de urgencia a las necesidades de la víctima, evitando cualquier otro acto que pueda poner en riesgo su seguridad. Tener en cuenta que en casos de sospecha o de abuso sexual los datos resultantes de la anamnesis pueden ser la única evidencia posible de recolectarse dentro de la atención médica por tanto, deben registrarse adecuada y detalladamente.

Para los casos de asalto sexual adicional a la entrevista, la búsqueda de elementos materia de prueba o evidencia física pueden ser importantes dentro de los procesos judiciales

5.3 Protocolo de atención clínica a víctimas de violencia sexual.

Tabla 18. Protocolo de atención clínica a víctimas de violencia sexual. Procesos y Procedimientos

PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
<p>Recibir y atender de forma INMEDIATA.</p>	<p>Toda situación de violencia sexual es considerada una urgencia. Es importante especificar que el proceso de atención inicia tras la detección realizada y esta detección puede darse dentro del sector salud por parte de los profesionales de medicina y de salud mental, principalmente. De cualquier forma se atenderá de forma inmediata activando acciones integrales de atención médica y mental.</p>
<p>Evaluar si se encuentra en peligro inminente la vida del/ la paciente.</p>	<p>Si se encuentra que la vida del paciente está comprometida se dará inicio al procedimiento médico indicado para la atención y estabilización del paciente.(Traumas, intoxicaciones o cualquier situación que comprometa la vida de la víctima si no se inicia tratamiento inmediato). Una vez el paciente se encuentra estable ante esos riesgos vitales, se dará inicio al resto del protocolo de atención en violencia sexual.</p>
<p>Evaluar estado emocional/mental actual del paciente.</p>	<p>El médico general evaluará y manejará los riesgos de auto o heteroagresión presentes en la víctima, así como los de revictimización. De acuerdo con su nivel de entrenamiento efectuará, además, una valoración general del estado emocional general del paciente o una valoración completa de su estado mental; solicitará una interconsulta una consulta de urgencias con un profesional especializado en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) para realizar una valoración e impresión diagnóstica especializada del estado mental, junto con una primera sesión de psicoterapia breve para manejo de la crisis, a TODA víctima de violencia sexual atendida por urgencia y que haya dado su consentimiento informado/ asentimiento informado más consentimiento de padres, para la atención integral de urgencias, (ver capítulo 6.Cuidado integral de la salud mental desde el sector salud ante la violencia sexual).</p>
<p>Explicar los derechos</p>	<p>Siempre que sea posible, debe darse la opción de que la persona sobreviviente de violencia sexual elija el sexo del profesional de medicina que realizará la atención.</p>
<p>Consentimiento informado</p>	<p>Antes de iniciar procedimientos o intervenciones derivadas de atención médica de urgencias se debe efectuarse el proceso de asesoría y consentimiento informado, mediante explicación clara y completa al paciente y a su acompañante, si así se requiere dependiendo de la edad y condición. Explicar todo los procesos y procedimientos que se van a realizar paso a paso para que la víctima de violencia sexual no perciba el examen como una sorpresa.</p>

Los procedimientos que requieren consentimiento informado son los exámenes de toma de muestras médico-legales, las pruebas de VIH- SIDA.

Usar el formato anexo del modelo. Si no se tiene facilidad para hacerlo, se debe escribir en la historia clínica, consignando los ítems que están descritos en el consentimiento anexo.

Explicar el procedimiento con palabras claras. Preguntar a la víctima y representante legal si ha comprendido lo explicado, y si tiene alguna inquietud al respecto. Explicar que aunque no es obligatorio que la víctima y representante legal firmen el documento, sí es indispensable para efectuar los exámenes y procedimientos clínicos, así como para recoger las muestras que pueden ser necesarias en el proceso legal que va a iniciarse. Si la víctima no quiere el proceso legal en ese momento, es posible que su opinión vaya a cambiar en el transcurso de unos días. Si no se realiza el examen la oportunidad de hacerlo en el momento adecuado puede perderse.

No se requiere firma de testigos, presentación de documentos o fotocopias.

En los adultos y representantes legales es preferible que la firma esté acompañada de su huella digital.

Tenga en cuenta las siguientes consideraciones: Niños, niñas y adolescentes

Se requiere que el consentimiento informado sea firmado por el representante legal (padre, madre, o quien tenga la custodia legalmente otorgada). En ausencia o negación de estos, debe firmar el defensor de familia, representante del ministerio público (Procuraduría, Personería, Defensoría del pueblo), o comisarios de familia.

Además, se debe dejar constancia que el niño, niña y adolescente aceptará realizarse el examen a pesar de que el representante legal haya firmado el documento. Siempre que sea posible debe solicitarse asentimiento informado, además del consentimiento informado del representante legal.

En caso que un niño, niña (mayor de 5 años) o un adolescente se niegue a realizarse el examen no debe coaccionársele u obligársele a realizarlo. Esto es importante, pues de hacerlo en ese momento se puede generar una mayor revictimización. En tales casos es importante explicarle al niño, niña o adolescente y a su acompañante la importancia de realizarse el examen, especialmente cuando los hechos son de reciente ocurrencia. En todo caso se debe dejar la posibilidad de que la toma de muestras forenses pueda ser realizada en otro momento. Cuando esto ocurre se debe consignar en la historia clínica el deseo del individuo.

Tenga en cuenta que para los casos de interrupción voluntaria del embarazo IVE en niñas y adolescentes puede requerirse de un consentimiento informado de mayor profundidad y especificidad. En estos casos, como en otras situaciones difíciles, se pueden aplicar algunos lineamientos específicos que la Corte Constitucional colombiana ha establecido con relación al consentimiento informado, que incluyen:

Consentimiento informado cualificado: implica la existencia de un grupo de apoyo interdisciplinario que proporcione información, estrictamente depurada, sobre diferentes posibilidades de tratamiento, de tal manera que la persona pueda comprender sus riesgos y consecuencias y opte de la mejor manera por una de ellas, o que incluso tenga la posibilidad de renunciar a cualquier tipo de tratamiento” (González, 2010). Consentimiento informado persistente: la autorización debe ser de forma reiterada, y consiste en dar plazos que aseguren que la autorización más que el resultado de un estado de ánimo momentáneo sea la expresión de una opción meditada y sólida, y en esa medida, consciente” (González, 2010).

Consentimiento informado asistido y persistente (González, 2010). Este es el tipo de consentimiento que una niña o adolescente menor de 14 años requiere para tomar su decisión de ejercer el derecho a la interrupción voluntaria en casos de embarazo producto de violencia sexual. Aquí el consentimiento implica una participación activa del personal de salud, padres del menor, y la expresa voluntad del menor.

Personas con discapacidad:

En los casos de discapacidad mental o cognitiva en los que la víctima de violencia sexual tiene un proceso de interdicción, el consentimiento informado debe ser firmado por el representante legal (padre, madre, o quien tenga la custodia legalmente otorgada). En ausencia de ellos firmará el defensor de familia, el representante del Ministerio Público (Procuraduría, Personería, Defensoría del Pueblo), o los comisarios de familia. Cuando el sobreviviente es mayor de 18 años y no tiene ningún proceso de interdicción se realizará el mismo procedimiento que se usa con otros adultos. Para la prueba de VIH es obligatoria la firma del CI de la asesoría que incluya la aceptación o no aceptación de la realización de la prueba. El objetivo de esta prueba es descartar que haya infección previa. En ningún caso se realizará para confirmar o descartar la infección por VIH a consecuencia del evento de violencia sexual (asalto sexual).

Para hacer esta confirmación/descarte se deben realizar los seguimientos con pruebas de anticuerpos a los 3, 6 y 12 meses.

	<p>Personas con pertenencia a grupos étnicos: Debe garantizarse que los derechos de los niños, niñas y adolescentes estén por encima de los derechos culturales.</p> <p>Personas con pertenencia a grupos étnicos que no hablan el castellano: Es importante que se establezca quien podría servir como traductor para garantizar que el o la sobreviviente entienda el tipo de procedimiento que se le va a practicar y cuáles son sus derechos.</p> <p>Personas con discapacidad auditiva Si cuentan con un adecuado proceso de lectoescritura se hará el manejo a través de indicaciones escritas, de ser posible se contactará a un intérprete de lengua de señas.</p> <p>Con víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado, que son atendidas dentro de dichos contextos, puede hacerse mandatorio por motivos de seguridad para la víctima tomar consentimientos informados/asentimientos informados solamente verbales, constituyéndose esto, no obstante, en casos excepcionales ante las reglas ya mencionadas.</p>
Anamnesis	<p>En la Historia Clínica deben quedar claramente consignados los datos clínicos, mentales y físicos, que se requieren dentro de una valoración clínica inicial a una víctima de violencia sexual; así como los detalles que el sobreviviente pueda mencionar sobre el evento: tiempo, modo y lugar.</p> <p>El relato debe ser espontáneo, donde se podrá obtener información de tiempo, modo y lugar, así como posibles autores y su relación con ellos.</p> <p>La información que reporte el paciente puede apoyar el proceso investigativo¹⁶⁸. Diligenciarla puede aportar valiosa información para la investigación de casos similares.</p> <p>Es importante que se preserve el lenguaje y la descripción de detalles que pueda plantear la víctima en su relato. Para hacerlo escriba entre comillas, de manera textual y preservando el lenguaje en lo referido por ella. Esta consideración es aún más importante en los casos de niños, niñas y adolescentes, pues estos detalles son fundamentales para apoyar la credibilidad del relato ¹⁶⁹.</p>

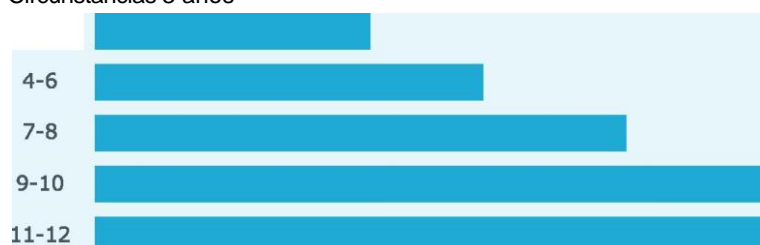
168 Sentencia 32103 (21/10/09), El método científico de la entrevista del Psicólogo y del experto en la materia (psiquiatra, psicólogo, estudiante, profesional de la salud, perito, policía judicial con capacitación en derechos humanos y de infancia y adolescencia, en fin, testigos acreditados que obtengan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

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

- Se debe utilizar un método que evite dar lugar a la implantación de recuerdos en la memoria del paciente ya que esto fácilmente puede causar confusión más adelante, cuando los casos estén en investigación o en juicio: ocurre generalmente cuando el adulto trata de llenar el vacío de información que el niño, niña o adolescente, no aporta, por ejemplo eso ocurrió el día domingo, y el niño no conoce el día en el cual se encuentra.
- Además, con la anamnesis se pueden determinar:
- Necesidades de intervención inmediata en riesgos de auto y heteroagresión, que exigen antes que nada un adecuado tratamiento.
- En el caso de niños, niñas y adolescentes , ¿con quién vive?, ¿con quién duerme?, edades de las personas que componen el núcleo familiar, ¿qué otras personas viven allí?, relación con ellas, familia, ocupación de los padres, y elementos que sean importantes y relevantes del entorno familiar, ¿en qué colegio estudia?, ¿en qué curso?, profesores, rendimiento, amistades, juegos; actividades extraescolares: ¿qué hace después del colegio?, ¿quién más lo cuida? y ¿qué otras personas están en la casa?. Televisión: ¿qué programas ve?, ¿qué le gusta?, etc., y otros aspectos relevantes del entorno escolar. Cuenta dedos con una o dos manos, colores, vestido, autocuidado, orientación en tiempo, partes del cuerpo, lee, escribe, suma, resta, etc. Elementos que ayudan a determinar las competencias en los menores de manera tal que cuando se enfrente a lo ocurrido es posible saber hasta dónde es capaz de explicar, por ejemplo, saber los días de la semanas, si fue hoy mañana etc.
- Si se encuentra bajo el influjo de alguna sustancia en este caso además de las tomas de fluidos para la búsqueda de tóxicos, es muy importante consignar en la historia clínica los hallazgos físicos neurológicos (somnolencia, disartria etc.), determinar si requiere atención inmediata para desintoxicar, no olvidar antes de iniciar tratamiento tomar las muestras para documentar los tóxicos, la mayoría se eliminan por vía renal de manera tal que la muestra de orina es fundamental para estudios posteriores. Sin embargo, no olvide colocar todo el examen neurológico, algunas sustancias como la escopolamina se elimina de manera rápida del organismo sin dejar huella en laboratorios, pero los signos clínicos son evidentes y si se describen adecuadamente son de gran ayuda en el proceso penal. Sentencia 23290 20/02/08.
- ⁿ En aspectos de neurodesarrollo y competencias se revisarán de acuerdo con el nivel de desarrollo del niño o niña, teniendo en cuenta la edad y qué puede decir, o si se trata de paciente con disminución psíquica. Lo que es capaz de responder un paciente es muy distinto dependiendo de su edad.

Edad Quién Qué Dónde Cuándo No. de veces

Circunstancias 3 años



Necesidad de anteponer la intervención psicoterapéutica de urgencias por parte de un especialista en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) a la realización del examen físico, es de vital importancia pues si el paciente se encuentra extremadamente ansioso o depresivo es preferible aplazar el examen físico y estabilizar al paciente mediante el procedimiento específico.

En cuanto a los antecedentes sexuales y reproductivos, en este punto debe establecerse lo que es pertinente consignar. Hay información que no es relevante para el delito y pertenece a la vida íntima de la persona.

Por ejemplo, es pertinente preguntarse si tuvo partos vaginales, ya que los hallazgos físicos cambian, o si su última relación voluntaria fue cercana a los hechos, pues se podría encontrar fluidos no relacionados con la agresión. Por el contrario, no se debe consignar el número de compañeros sexuales, ni edad de inicio de relaciones sexuales.

Si realizó algún procedimiento previo a la consulta como lavado, ingestión de medicamentos, cambio de ropas, etc.


Debe determinarse antecedentes de abuso sexual aunque no guarden relación con los hechos presentes.

Si la víctima se observa cansada o alterada es conveniente aplazar un poco el procedimiento con el fin de no "atacarlo" nuevamente, debe pensarse primero en las necesidades de la sobreviviente que en las propias.

Con los niños, niñas y adolescentes se debe iniciar con preguntas no relacionados con los hechos, puede durar entre 20 a 30 minutos, por ejemplo, ¿qué programas de televisión le gustan?, ¿de cuál equipo es hincha?, luego de un tiempo en el cual se observe que el menor no está tenso y tiene una adecuada comunicación se le pregunta ¿sabes por qué estás aquí?, el menor generalmente realizará el relato de manera espontánea.

Este proceso es integral, se separa únicamente como forma de comprensión, debido a que no se puede desligar. Es importante establecer que la toma de muestras forenses desde el sector salud está recomendada para los casos de asalto sexual en los que el tiempo transcurrido desde el evento y el examen no sea mayor de 72 horas, y donde no se tenga garantía de que Medicina Legal puede atenderlo en ese lapso de tiempo. Cuando este tiempo es mayor a 72 horas se recomienda que las pruebas sean tomadas por medicina Legal del municipio o región.

No en todos los casos es necesario realizar examen físico sexológico, debe prestarse atención al relato realizado en la anamnesis y de allí determinar la pertinencia del examen físico, en la mayoría de los casos es importante contar inicialmente con la valoración del equipo psicosocial donde se cuente con este recurso. El examen genital es parte del examen corporal completo y no un procedimiento único, aparte descontextualizado.



Iniciar el proceso de atención médica y médico-legal

Realizar examen físico y mental completo, incluido un detallado examen genital y búsqueda clínica de presunción y certeza de embarazo e ITS.

La realización del examen debe ser de forma metódica y sistemática, para así no perder ninguna evidencia:

Ropas: inspeccionarlas en búsqueda de evidencia útil para la investigación, si se encuentra algo debe embalarlas siguiendo el protocolo de cadena de custodia, garantizando su adecuado manejo, recolección, embalaje, documentación y preservación de ella. Si son aportadas por la paciente las prendas que traía en el momento del hecho, estas deben ser examinadas y sometidas al proceso de cadena de custodia.

Examen corporal completo, identificando huellas de mordedura, ataduras, lesiones etc.: se debe informar durante todo el tiempo el procedimiento que se está realizando para evitar sorpresas por parte del paciente, que pueden alterar su colaboración o estado anímico. Se trata de un examen físico completo que incluye, además, el examen del área genital, no se puede olvidar el examen de la cavidad oral. Es recomendable garantizar un bata de examen y cuando se esté cambiando garantizarle la privacidad apropiada.

Es importante registrar la presencia y la ausencia de en signos físicos que sean relevantes el proceso investigativo.

En la cara revisar la lesiones que se pudieran causar por la agresión como las equimosis, en el cuello documentar la presencia de sigilaciones (chupones), de las cuales, además, se toma muestra para búsqueda de saliva, así como en los senos.

Debe buscarse al máximo la presencia de evidencia traza en las diferentes partes corporales.

Examen del área genital y anal determinando fisuras, desgarros, flujos, sangrado, etc., como ya se mencionó de manera sistemática se debe revisar y consignar el estado de la vulva, los labios mayores tanto por su cara externa como interna, la horquilla vulvar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el himen y la fosa navicular. En los hombres revisar el escroto y el pene, visualizando minuciosamente el prepucio, el frenillo, el surco balano-prepucial, el glande y el meato urinario. Se debe tener en cuenta el reglamento técnico establecido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el cual puede ser consultado en la página de dicha Institución www.medicinalegal.gov.co.

El no encontrar signos físicos no significa que el hecho no haya ocurrido y esto debe ser claramente consignado en la historia clínica, es común no encontrar signos físicos.

Se tomará la decisión de NO realizar el examen físico incluido el examen genital, de acuerdo con los siguientes criterios:

Si el evento narrado se basa en tocamientos expresamente.

Tiempo del evento de violencia sexual en el cual ya no sea factible encontrar evidencia física.

Cuando se encuentra en embarazo, en este caso se limitará a documentar la edad gestacional y su correlación con el tiempo de los hechos.

En estos casos es imprescindible el relato y las entrevistas.

En cuanto al examen mental el médico general deberá registrar tanto su impresión general sobre el estado emocional de la víctima (ansioso, aprehensivo, colaborador, agitado, etc), como una valoración estándar de estado mental, incluyendo la evaluación y registro en la historia clínica de los signos clínicos correspondientes a los siguientes aspectos del paciente: porte, actitud, conciencia, orientación, atención, pensamiento, sensopercepción, afecto, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conducta motora, conducta alimentaria, conducta sexual, juicio de realidad, prospección e introspección, tanto en personas adultas que sean sus pacientes, como en niñas, niños y adolescentes.

Si no cuenta con el entrenamiento o la pericia suficiente para realizar un examen mental completo debe registrar su impresión general sobre el estado emocional de la víctima, su valoración sobre la presencia o ausencia de riesgos de auto o heteroagresión así como el manejo médico general indicado para los mismos, y señalar que el examen mental completo queda diferido para que sea realizado por el profesional especializado en salud mental, en el contexto de la primera sesión de intervención psicoterapéutica breve para la crisis en el contexto de urgencias, por lo cual se solicitará de inmediato interconsulta o consulta de urgencias.

Es preciso recordar que no se debe utilizar la terminología legal, por ejemplo "acceso carnal, violación, etc.," para evitar confusión respecto de la tipificación se puede consignar los diagnósticos descritos en el CIE-10(T74) Síndromes del maltrato.

(T74.0) Negligencia o abandono.

(T74.1) Abuso físico.

(T74.2) Abuso sexual.

(T74.3) Abuso psicológico.

(T74.8) Otros síndromes del maltrato.

(T74.9) Síndrome del maltrato, no especificado.

(Y05) Agresión sexual con fuerza corporal.

(Y05.0) Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda.

(Y05.1) Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial.

Iniciar el proceso
de atención
médica y
médico-legal

- (Y05.2) Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas.
- (Y05.3) Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo.
- (Y05.4) Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras.
- (Y05.5) Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y área de servicios.
- (Y05.6) Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción.
- (Y05.7) Agresión sexual con fuerza corporal, en granja.
- (Y05.8) Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado.
- (Y05.9) Agresión sexual con fuerza corporal, en lugar no especificado.

La visualización de la violencia sexual en los últimos años, ha tendido a sobre diagnosticarse por parte del personal de salud y no se tienen en cuenta los diagnósticos diferenciales, por ello si se tiene alguna duda es preferible que se haga un seguimiento cercano a un caso que dejarlo ir (capítulo 4 detección de la violencia sexual en los servicios de salud).

Diagnóstico diferencial¹⁷⁰

Realizar el proceso de cadena de custodia:

Debe seguirse el procedimiento establecido por el sector justicia para garantizar la autenticidad de las evidencias encontradas, recordar que es responsabilidad de toda persona y en especial de los servicios de salud.

Explicar al paciente el resultado de los exámenes, y procedimientos de seguimiento que se requieren.

Se debe indicar la pertinencia de los exámenes realizados dentro del proceso judicial y de tratamiento médico, además del seguimiento a las 2 semanas, 6 semanas, 12 semanas, 24 semanas, y 9 meses después de la agresión.

¹⁷⁰ Algunos diagnósticos diferenciales que se deben conocer o tener presentes en el instante del examen son:

Lesiones accidentales: lesión por caída en horcadas (penetrante o no), lesión producida por el cinturón de seguridad (accidente de automóvil).

Lesiones no accidentales: masturbación, mutilación genital femenina.

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

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

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

Problemas uretrales: prolapso, carúncula, hemangioma, sarcoma botroide, ureterocele. Problemas vulvovaginales: vulvovaginitis inespecífica, bacteriana, candidiasica o por otros agentes; lesiones por varicela. Otros: sangrado genital por pubertad precoz o síndrome hemorragíparo; enfermedad de Behçet

Se toman pruebas diagnósticas para descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de violencia sexual

En asalto sexual y antes de que hayan pasado 72 horas desde el momento del evento:

Profilaxis para VIH.

Profilaxis para hepatitis B.

Tener presente que la tricomoniasis, la vaginosis bacteriana, la gonorrea y la infección por Chlamydia son las ITS más frecuentemente diagnosticadas posterior a un asalto sexual.

Las pruebas diagnósticas de ITS para la mayoría de los pacientes incluyen: serología para sífilis (VDRL), toma endocervical para gram y cultivo en Agar Chocolate o Thayer Martín para detectar gonococo, así como para realizar prueba rápida de Chlamydia o Elisa en esa misma muestra endocervical; frotis en fresco para búsqueda de Trichomonas vaginalis o la presencia de hallazgos sugestivos de vaginosis bacteriana; prueba de tamizaje para VIH y muestra de sangre para la búsqueda de anticuerpos y antígenos del virus de la hepatitis B. Búsqueda de espermatozoides en muestras. En menores de 14 y entre los 14-18 para detectar la

explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes: diagnóstico de gonorrea, sífilis o VIH, habiéndose descartado su transmisión perinatal, es indicativo de abuso sexual. Igualmente, la presencia de Chlamydia o Trichomonas son altamente sospechosas del mismo.

Inicie manejo sindromático profiláctico para ITS y VIH y anticoncepción de emergencia cuando esté indicada

No se puede olvidar la realización del consentimiento informado previo a la prescripción de la profilaxis y la contracepción de emergencia según lo descrito previamente.

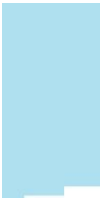
Siguiendo el protocolo nunca se inicia 72 horas posteriores al asalto sexual. Haga consentimiento informado previo a la prescripción de la profilaxis para HIV.

Cuando la víctima nunca ha sido vacunada para la hepatitis B la primera dosis de la vacuna debe ser administrada en la evaluación inicial, la segunda dosis entre 1 a 2 meses después de la primera dosis y la tercera dosis entre los 4 a los 6 meses después de la primera.

Si se tiene dudas de la vacunación o no se tiene acceso a la medición de anticuerpos contra hepatitis B considerar el inicio de la vacunación y aplicar una dosis de gammaglobulina hiperinmune.

Cuando no se ha completado su esquema de vacunación se completan las dosis faltantes.

Si tiene completo su esquema de vacunación deben ser evaluados los niveles de anticuerpos contra antígeno de superficie para determinar respuesta protectora y definir nuevo esquema de vacunación, si lo ameritase.



Anticoncepción de emergencia (AE) – Profilaxis para embarazo.

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) producto de la violencia sexual

Dar manejo integral a otras patologías alternas.

Consulta de urgencia con médico psiquiatra o psicólogo clínico que brinde al paciente una intervención psicoterapéutica inicial.

Administrar Levonorgestrel en la dosis de 1500 microgramos (dos tabletas juntas).

La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel se puede administrar dentro de las primeras 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos; pero es muy importante administrarla lo más pronto posible, pues está demostrado que por cada hora perdida entre el momento de los hechos y su administración, se pierde su efectividad en forma considerable.

La AE además de usarse en casos de asalto sexual también se aplica en los casos de abuso en mujeres con relaciones sexuales penetrativas, con contacto del semen con la vulva o con otro riesgo de que se produzca un embarazo. Haga seguimiento al mes para verificar que la paciente no haya quedado en embarazo por motivo de la VS, y si es así, hay que dar la asesoría en IVE y si la paciente así lo decide garantizar la IVE.

Según la sentencia C-355 de la Corte Constitucional colombiana la interrupción voluntaria del embarazo es un derecho de las víctimas. Seguir los lineamientos del apartado específico que se presenta más adelante. No importa si el profesional de salud es objetor de conciencia, la sobreviviente de la violencia sexual tiene el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, si es su decisión. Debe preservarse el feto y restos ovulares para futuros estudios genéticos, que se requerirá en el proceso judicial ¹⁷¹.

A consecuencia de la agresión en el/la paciente pueden encontrarse otras lesiones que requieren atención, como heridas, intoxicación exógena, etc.

A toda persona víctima de violencia sexual que consulte a un servicio médico de urgencias, u otro servicio de primer contacto con el sector salud, se le debe asegurar la realización de una primera sesión de psicoterapia breve a cargo de un profesional clínico experto en salud mental, como parte integrante de su atención médica de urgencias. Lo anterior, sin detrimento de los primeros auxilios emocionales que reciba dentro del mismo contacto inicial a cargo del personal sanitario no experto en salud mental que le atienda, ni de las remisiones para continuar con dicha psicoterapia breve, ni de todas aquellas intervenciones terapéuticas que además requiera por parte de un equipo interdisciplinario en manejo psicosocial o atención en salud mental.

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

Remitir hacia otros profesionales de salud para el abordaje integral.

De la misma forma en que se tiene especial atención en lo biológico no debe olvidarse la importancia de recibir atención en salud mental y manejo psicosocial del evento. Es en este momento donde el médico tratante debe garantizar la remisión directa a todos aquellos especialistas o personal de apoyo terapéutico o social que requiera el paciente. En cuanto al profesional especializado en salud mental que realizó la primera sesión de psicoterapia breve para intervención de crisis en el contexto de urgencias, es en este momento que debe remitir para continuar psicoterapia breve por médico psiquiatra y psicólogo clínico, efectuar una remisión para continua atención por equipo interdisciplinario de salud mental, según requerimientos del paciente y características del contexto de ayuda. Para garantizar la atención en salud mental se sugiere revisar el capítulo 6, dedicado al cuidado de la salud mental ante la violencia sexual.

Es importante recordar que de acuerdo con lo establecido por la ONU, el ser humano es biopsicosocial, y normalmente la parte psicológica se olvida para el tratamiento; tampoco se puede olvidar que para mujeres, niñas y adolescentes femeninas, víctimas de violencia sexual en el contexto del conflicto armado interno, existe jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana que indica que ha de brindarse tanto atención psicosocial, como atención en salud mental a cargo de *PSIQUIATRAS Y PSICÓLOGOS (Ver capítulo 6 sobre cuidado de la salud mental ante la violencia sexual)*.

Brindar orientación en derechos y procedimientos a seguir dentro del sector salud y fuera del mismo.

Derechos de las sobrevivientes de violencia sexual. Como se mencionó al comienzo de este apartado debe tenerse en cuenta restablecer los derechos; en la Ley 360 de 1997 sobre delitos sexuales (modificada por la Ley 599 de julio 24 de 2000) se consignan los derechos de las víctimas

 Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.

 Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible.

 Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito.

 Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado.

Seguimiento y vigilancia epidemiológica

De acuerdo con los protocolos establecidos desde vigilancia en salud pública de cada departamento registrar en RIPS el diagnóstico de acuerdo con códigos RIPS y CIE 10.

Hacer el proceso de denuncia formal o no formal por el designado en el equipo de atención.

Aplica para los casos que son detectados como sospecha de violencia sexual en la institución de salud, y todo aquel caso que llegando a la institución de salud no ha tenido denuncia previa.

	La responsabilidad de la denuncia es institucional y será el representante legal, gerente o profesional designado quien a nombre de la entidad dé reporte del presunto delito sexual a las autoridades municipales.
Entrega de materiales probatorios a policía judicial.	Debe establecerse a través de la red interinstitucional cómo se hará la entrega de estas evidencias a la policía judicial o quien ejerza estas funciones ^{172,173} , en todo caso debe garantizarse la autenticidad de la evidencia
Proceso de seguimiento.	Se hará seguimiento tanto de la adherencia al tratamiento médico establecido de acuerdo con el caso, como a la atención psicosocial y ajuste de la persona sobreviviente y la familia a la superación del evento.

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

Figura 7. FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN

	Antes de 72 horas de ocurrido el evento	Antes de 5 días de ocurrido el evento	Después de 5 días de ocurrido el evento
ASALTO SEXUAL	<p>DIAGNÓSTICO</p> <p>Primera ayuda en salud mental y manejo de situaciones que comprometen la vida.</p> <p>Asesoría para prueba de VIH (prueba rápida de anticuerpos). profilaxis post-exposición its-vih antes de 72 horas a partir de la exposición</p>	<p>DIAGNÓSTICO</p> <p>Primera ayuda en salud mental y manejo de situaciones que comprometen la vida.</p> <p>Asesoría para prueba de VIH (prueba rápida de anticuerpos). Realizar confirmación diagnóstica iniciar manejo Integral según resultado.</p>	<p>DIAGNÓSTICO</p> <p>Primera ayuda en salud mental y manejo de situaciones que comprometen la vida.</p> <p>Asesoría para prueba de VIH (prueba rápida de anticuerpos). Realizar confirmación diagnóstica iniciar manejo Integral según resultado.</p>

172 Código procedimiento penal art 218.

173 Concepto 111 de enero 11 de 2005, Ministerio Protección Social.

O
 <<
 CQ3
 LUWJ
 UJW
 O
 Oj=i
 LU-^ Z
 Q
 Oí
 1-"
 ZO
 >
 LU
 P.
 Ó
 u
 Sff
 Zl
 10< W
 ZLU
 LU.1
 2
 LU
 £o
 LUo
 10"-i
 Z*
 z
 LU
 LU
 Z
 Oü
 < to
 2
 H
 O
 o
 LUu
 LU
 1-
 LU
 Q

ASALTO SEXUAL

<p>Anticoncepción de emergencia antes de 72 horas (a partir del momento del evento de VS).</p>	<p>Prueba de ITS Realizar confirmación diagnóstica Iniciar manejo integral según resultado.</p>	<p>Prueba de ITS Realizar confirmación diagnóstica Iniciar manejo integral según resultado.</p>
<p>Toma de muestras forenses para delito sexual. (articulación INML del municipio).</p>	<p>Prueba de embarazo Anticoncepción de emergencia usando diu (según criterio medico)</p>	<p>Prueba de embarazo En caso positivo- verificar denuncia: si aun no se ha hecho gestionarla a través de la institucion y brindar asesoría para ive Si paciente define ive: garantizar procedimiento, iniciar acompañamiento en sm. Si paciente define continuar con el embarazo, remitir a controles prenatales e iniciar acompañamiento en SM.</p>
<p>Remisión a atención en salud mental – urgencia</p>	<p>no se toman las muestras forenses estas se realizaran por medicina legal previo reporte a sector justicia.</p>	<p>no se toman las muestras forenses estas se realizaran por medicina legal previo reporte a sector justicia.</p>
<p>Activación de procesos de protección y acceso a justicia.</p>	<p>Remisión a atención en salud mental – urgencia</p>	<p>Remisión a atención en salud mental – urgencia</p>
<p>Otras acciones en salud que requiera el caso.</p>	<p>Activación de procesos de protección y acceso a justicia.</p>	<p>Activación de procesos de protección y acceso a justicia.</p>
<p>Orientación a la víctima/ familia sobre procesos a seguir.</p>	<p>Otras acciones en salud que requiera el caso.</p>	<p>Otras acciones en salud que requiera el caso.</p>
<p>Identificación temprana: solo cuando se detecta que el abuso ha sido incidental o esta comenzando y no han pasado más de 72 horas. proceder según indicaciones de asalto sexual.</p>	<p>Orientación a la víctima/ familia sobre procesos a seguir.</p>	<p>Orientación a la víctima/ familia sobre procesos a seguir.</p>
<p>DIAGNÓSTICO</p>		

3.
<LU
tnz

O
ti >>
SÍ
UH
U"
WLU
1- O
P
O
N
I
<<
cüs
ZX
LU LU
OO
Lu>
zLU
i3

U*
LU
C;
Clin LU

fi?<
LU
ZLU
LU
i8
LUQ
LU

Q
7
2>
^
LULQ
en

oR
u<
< u)
en Z
£LU
ó

Primera ayuda en salud mental y manejo de situaciones que comprometen la vida.

Asesoría para prueba de vih (prueba rápida de anticuerpos).
Realizar confirmación diagnóstica
Iniciar manejo integral según resultado.

Prueba de ITS
Realizar confirmación diagnóstica
Iniciar manejo integral según resultado.

Prueba de embarazo

En caso positivo- verificar denuncia: si aun no se ha hecho gestionarla a través de la institucion y brindar asesoria para IVE
Si paciente define ive: garantizar procedimiento, iniciar acompañamiento en SM.

Si paciente define continuar con el embarazo. remitir a controles prenatales e iniciar acompañamiento en SM.

No se toman las muestras forenses estas se realizaran por medicina legal previo reporte a sector justicia.

Activación de procesos de protección y acceso a justicia.

Otras acciones en salud que requiera el caso.

Orientación a la victima/familia sobre procesos a seguir.

EXPLOTACION
SEXUAL
COMERCIAL

Diagnóstico: recordar que la escna se define como un tipo de abuso en el que se comercializa en menores de 18 años. se procede según lo indicado en abuso sexual.

Seguimiento a las 2 semanas

15 DIAS DESPUÉS de PRIMERA CONSULTA SEGUIMIENTO SOLICITAR PRUEBA SUB-UNIDAD BETA GONADOTROPINA CORIONICA.

POSITIVO:

ASESORIA PARA IVE

SI PACIENTE DEFINE: IVE GARANTIZAR PROCEDIMIENTO Y ATENCION EN SALUD MENTAL

SI PACIENTE DEFINE CONTINUAR CON EL EMBARAZO: CONTROLES PRENATALES Y ATENCION EN SALUD MENTAL

REVISION DE RESULTADOS DE ITS – SOLICITAR PRUEBAS CONFIRMATORIAS E INICIAR TRATAMIENTO EN CASO DE QUE NO SE HAYA INCIADO.

Se evaluará también su evolución mental, social y familiar se verificará la necesidad de tratamiento especializado

Seguimiento a las 4 semanas

SEGUIMIENTO A LA RUTA DE ATENCIÓN PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RECIBIDOS, Y SEGUIMIENTO A OTROS DIAGNOSTICOS ASOCIADOS.

Se evaluará también su evolución mental, social y familiar se verificará la necesidad de tratamiento especializado

Seguimiento a los 3 meses

SEGUIMIENTO DIAGNOSTICO PARA VIH, PRUEBA CONFIRMATORIA, ASESORIA EN VIH.

Se evaluará también su evolución mental, social y familiar se verificará la necesidad de tratamiento especializado

Seguimiento a los 6 meses y seguimiento a los 12 meses

SEGUIMIENTO DIAGNOSTICO PARA VIH, PRUEBA CONFIRMATORIA, ASESORIA EN VIH.

Se evaluará también su evolución mental, social y familiar se verificará la necesidad de tratamiento especializado

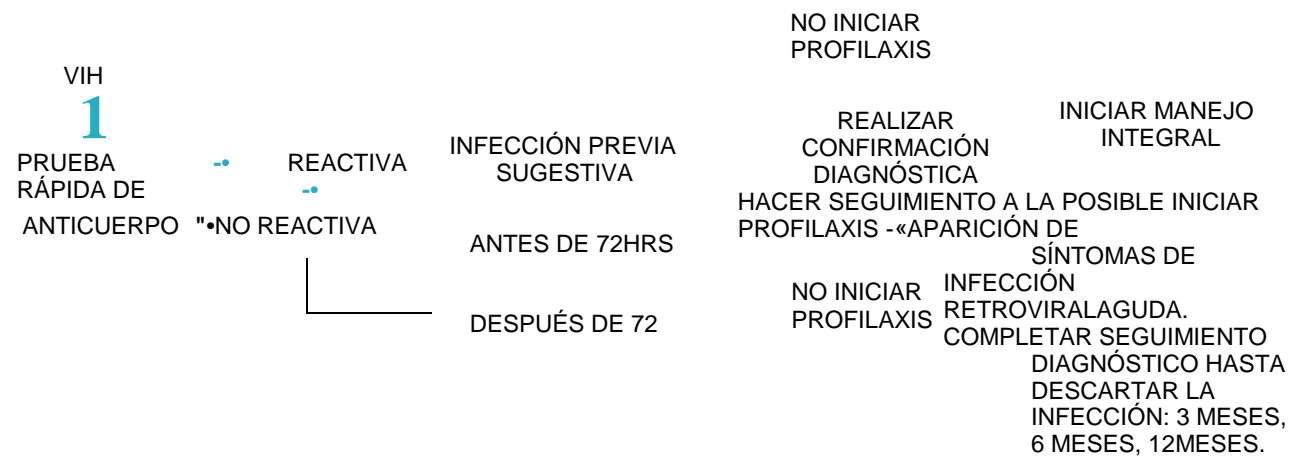


Tabla 19. Tratamiento Profilaxis VIH para adultos. xx

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

Medicamento	Observaciones	Presentación	Tiempo de profilaxis	Efectos secundarios aparición pronta	Contraindicaciones	
C O Q O	Esquema en dosis independientes. Mayor número de tabletas al día: 5 al día.	Zidovudina	1 cada 12 horas (2 al día)	Anemia, Reacción alérgica, Nauseas, vómitos , cefalea, debilidad , fatiga.	Pacientes anémicos	
		Lamivudina	Tabletas por 300 mg. Frasco por 60 tabletas.	Por lo general bien tolerado. Alteraciones inespecíficas gastrointestinales.		
		Efavirenz	Tabletas por 150 mg. Frasco por 60 tabletas.	12 horas (2 al día)	Trastornos del sueño, alteraciones psiquiátricas. Reacción alérgica. Teratogenia.	Embarazo. Antecedentes de neurosis y depresión.
FM	Esquema con dosis fijas combinadas de AZT y 3TC: Menor número de tabletas al día: 3 al día.	Zidovudina + Lamivudina	Tabletas por 600 mg. Frasco por 30 tabletas.	1 al día	Anemia, Reacción alérgica, Nauseas, vómitos , cefalea, debilidad , fatiga.	Pacientes anémicos
		Zidovudina + Lamivudina	Tabletas con 300 mg de AZT y 150 mg de 3TC. Frasco por 60 tabletas.	1 cada 12 horas (2 al día)	Por lo general bien tolerado. Alteraciones inespecíficas gastrointestinales.	Embarazo. Antecedentes de neurosis y depresión.
		Efavirenz	Tabletas por 600 mg. Frasco por 30 tabletas.	1 al día		
L U a; ■ a O r o F ai	Opción en caso de no poder utilizar Efavirenz. No necesita refrigeración.	Lopinavir / Ritonavir	Tabletas con 200 mg de Lopinavir y 50 12 mg de Ritona- vir. Frasco por al 120 tabletas.	2 table- tas cada días (4 día)	En general es bien tolerado a corto y largo plazo. Trastornos metabólicos.	Trastornos metabólicos importantes.

Tabla 20. Profilaxis VIH/ITS para niños y niñas con peso menor a 10 Kg.

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

TRATAMIENTO PROFILAXIS VIH / ITS - POST-EXPOSICIÓN < 10 Kg										
Medicamento	Dosis	Presentación	Duración	3Kg	4Kg5Kg	6Kg	7Kg	8Kg	9Kg	10Kg
Zidovudina (azt)	8 mg/kg (max 300mg bid).	Jarabe de 100 ce ó 240 ce (10mg/ml)	28 días	5 mi dos veces al día.	6 mi dos veces al día.	7 mi dos veces al día.	8 mi dos veces al día.	9 mi dos veces al día.	10 mi dos veces al día.	
				3 frascos de 100 ce ó 2 frascos	4 frascos (de 100 ce) ó 2 frascos (de 240 ce).	4 frascos de 100 ce ó 2 frascos de 240 ce.	5 frascos de 100 ce ó 2 frascos de 240 ce.	5 frascos de 100 ce ó 3 frascos de 240 ce.	6 frascos de 100 ce ó 3 frascos de 240 ce.	
LAMIVUDINA (3TC)	4 mg/kg	Jarabe de 100 ce ó 240 ce (10mg/ml)	28 días	2 mi dos veces al día.	3 mi dos veces al día.		4 mi dos veces al día.		5 mi dos veces al día.	
				2 frascos de 100 ce ó 1 frasco	2 frascos de 100 ce ó 1 frasco de 240 ce.	3 frascos de 100 ce ó 1 frasco de 240 ce.	3 frascos de 100 ce ó 2 frascos de 240 ce.			
LOPINAVIR/ RITONAVIR		Suspensión 80/20 mg/ml Feo x 160 ml. CADENA FRIÓ..	28 días	0.6 mi dos veces al día.	0.75 mi dos veces al día.	1 mi dos veces al día	1.5 mi dos veces al día	2 mi dos veces al día		
				1 frasco	1 frasco	1 frasco	1 frasco			1 frasco

5
 X
 I
 I
 V
 I

P R O F I L A X I S V I H	CEFUROXIMA	10 mg/Kg	Suspensión 250mg/5 ce, Feo x 70ml.	Dosis única.	0.6 mi	0.8 mi	1 mi	1.2 mi	1.4 mi	1.6 mi	1.8 mi	2 mi
	AZITROMICI-N A	10 mg/Kg	Suspensión 200mg/ 5ml, Feo x 15 mi..	Dosis única.	0.8 mi	1 mi	1.3 mi	1.5 mi	1.75 mi	2 mi	2.3 mi	2.5 mi
	METRONIDA-ZOL		Suspensión 250mg/5 ce, Feo x 120 mi.	Dosis única.			10 mi					

Tabla 21. Profilaxis VIH/ITS para niños y niñas con peso mayor a 10 Kg.

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

TRATAMIENTO PROFILAXIS VIH / ITS - POST-EXPOSICIÓN > 10 Kg											
Medicamento	Dosis	Presentación	Duración	12-HKg 13.9 Kg	14-17-16.9 Kg	19.9 Kg	20-24.9 Kg	25-29.9 Kg	30 - 34.9 Kg	35 - 39.9 Kg	40 ó más Kg
P R O F I L A X I S V I H	ZIDOVUDINA (AZT)	8 mg/kg. Cápsulas 100 mg.	28 días	1 cap dos veces al día	6 mi dos veces al día.			3 caps AM 2 caps PM	Como adultos		
				56 cápsulas	112 cápsulas			140 cápsulas			
	LAMIVUDINA (3TCy)	4 mg/kg Tabletas x 150 mg.	28 días	1/2 tableta dos veces al día			1 tab AM 1/2 tab PM	1tab dos veces al día	Como adultos		
				28 tabletas			42 tabletas	56 tabletas			

o	LAMIVUDINA + ZIDOVUDI-NA		Tabletas 150/300 mg.	28 días		Como adultos				1 tab dos veces al día 56
	LOPINAVIR/RITONAVIR		Suspensión 80/ 20 mg/ml Feo x 160 ml. CADENA FRIÓ ó Tabletas 200 / 50 mg	28 días	2 mi dos veces al día	2.5 mi dos veces al día	3 mi dos veces al día	2 tabs AM 1 tab PM		tabletas 2 tab dos veces al día
					1 frasco	1 frasco	2 frasco	84 tabletas		112 tabletas
S	CEFUROXIMA	10 mg/Kg	Suspensión 250mg/5 ce, Feo x 70ml ó Tabletas 500 mg.	Dosis única	2.2 ml	2.6 ml	3 ml	4 ml	1/2 tableta	2 tabletas
	AZITROMICI-N A	10 mg/Kg	Suspensión 200mg/ 5ml, Feo x 15 ml ó Tabletas 500 mg.	Dosis única	2.8 ml	3.5 ml	4 ml	4.5 ml	1/2 tableta	2 tabletas
	METRONIDA-Z OL		Tabletas 500 mg.	Dosis única			2 tabletas			4 tabletas

LEVONORGESTREL 0,75mg

Edad	Dosis	Presentación	Duración	Cantidad tratamiento
Cualquier edad en riesgo de embarazo	150mg	2 Píldoras de 0,75mg	Dosis única	2 píldoras

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 gammaglobulina 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 hs.

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 inclusive.

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

2. GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B (HBIG)

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

5.4 Recomendaciones para efectuar el examen físico a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual

El examen de los genitales externos de las niñas se puede y debe realizar, en la mayoría de las veces, ubicando a la niña en la posición “de rana” y en compañía de una persona adulta que le genere protección (puede ser un familiar, si no es

sospechoso de participar en la violencia, o una enfermera). La exploración de los genitales internos cuando está indicada (por ejemplo, cuando hay sangrado secundario a trauma vaginal que requiera reparación quirúrgica) se debe hacer bajo sedación anestésica. Las instituciones de salud que presten servicios de urgencias para la niñez deben contar con los elementos necesarios que garanticen la cadena de custodia de las pruebas recolectadas. Acciones tan sencillas como la rotulación inadecuada de una muestra tomada es suficiente para que esta pierda su carácter probatorio en un proceso judicial. Una inadecuada desecación de la muestra o la demora en su refrigeración también pueden alterar las evidencias.

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

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

Es preciso tener presente que:

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

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

Quejas de dolor.
Evidencia o quejas de sangrado y daño.
Un supuesto asalto ocurrido dentro de las 72 horas anteriores y donde hubo transferencia de material biológico.
Necesidad de intervención médica de emergencia para asegurar la salud del menor

5.5 Protocolo para el examen y manejo clínico en víctimas de violación sexual dentro de contextos de conflicto armado interno, desplazamiento forzado, personas albergadas o refugiadas, y otras emergencias humanitarias

En el marco de los lineamientos generales para la atención integral a víctimas de violencia sexual, desde el sector salud, expuestos en los párrafos precedentes, seguidamente, se describen algunas buenas prácticas para el manejo clínico de personas que han sufrido violación sexual (asaltos sexuales) en el contexto de situaciones de emergencia humanitaria. Es necesario que el juicio clínico sea puesto en marcha para adaptar los lineamientos de la manera más adecuada al lugar y situación particular en que se aplican. Los lineamientos concebidos en la guía están concebidos para ser aplicados por trabajadores y trabajadoras de salud cualificados (coordinadores de equipos de salud, médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios), de acuerdo con lo recomendado por la OMS en el documento sobre el tema que se ha tomado como base para la construcción de esta sección ¹⁷⁴.

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

Es preciso recordar que los componentes esenciales del cuidado médico después de una violación sexual en contextos de emergencia son:

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

La recolección de evidencias forenses.

El tratamiento de las lesiones físicas y mentales, así como de los riesgos de auto o heteroagresión y revictimización que pudieran estar presentes.

La evaluación para infecciones de transmisión sexual (ITS) y el tratamiento preventivo.

La evaluación del riesgo de embarazo y su prevención mediante anticoncepción de emergencia.

La consejería, el apoyo e intervención psicológica.

El seguimiento de la víctima.

¹⁷⁴ World Health Organization / United Nations High Commissioner for Refugees. (2004). "Clinical management of rape survivors. Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. Revised edition". WHO Library. 76 p. Para información adicional en el tema consultar: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en/>; http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=1106&Itemid=906&language=en

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

Identificar el equipo de profesionales y miembros de la comunidad que están involucrados o que deberían estarlo en la provisión de cuidados para las personas que han sido violadas.

Organizar reuniones de coordinación con el equipo de salud y los miembros de la comunidad.

Crear o activar la red de referencia y contrareferencia sectorial e intersectorial necesaria para brindar cuidados integrales a la víctimas de violación sexual (agentes comunitarios, sanitarios, de seguridad, protección).

Identificar los recursos disponibles (medicamentos, materiales, reactivos para laboratorios clínicos).

Elaborar una lista de chequeo para la aplicación de los lineamientos establecidos en este modelo y sus protocolos de atención, que se ha de verificar en cada caso atendido.

Mantener entrenados a los proveedores de salud para la aplicación de los lineamientos de este modelo y sus protocolos.

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

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

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

PASO 3: Tener disponibles los medicamentos para adelantar el protocolo de profilaxis de ITS, el PEP-KIT para VIH, las vacunas que pueden ser requeridas, medicamentos para sedar niñas, niños antes del examen físico y personas con riesgo inminente de auto o heteroagresión, medicamentos para alivio del dolor, medicamentos ansiolíticos para personas que lo puedan requerir, medicamentos necesarios para brindar anticoncepción de emergencia, anestésicos locales para efectuar suturas si son necesarias, antibiótico para el cuidado de posibles heridas ¹⁷⁵.

PASO 4: Tener disponible los Kit necesarios para recolección de evidencia forense, según lineamientos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

PASO 5: Tener disponibles formatos de historia clínica preferiblemente con pictogramas, formatos para registrar el cuidado post – violación suministrado que sirvan para chequear que se han cumplido debidamente los protocolos y formatos de consentimiento informado / asentimiento informado; plegables con información sobre los cuidados post – violación para ser suministrados a las víctimas atendidas y sus familiares cuando haya lugar; y un lugar seguro, cerrado y bien vigilado para que pueda asegurarse que los registros clínicos sean mantenidos en confidencialidad.

PASO 6: Preparar a la víctima para el examen.

PASO 7: Tomar la historia clínica.

PASO 8: Recolectar evidencia forense.

PASO 9: Efectuar el examen físico general, genital y mental de la víctima.

PASO 10: Prescribir los tratamientos, procedimientos e interconsultas requeridos.

PASO 11: Proporcionar primeros auxilios emocionales a la víctima y derivar hacia el profesional especializado en salud mental para que realice la primera sesión de psicoterapia de intervención en crisis, en el contexto de la atención de urgencias, y defina el manejo especializado en salud mental que debe ser continuado con posterioridad.

PASO 12: Organizar y realizar el seguimiento del caso de cada víctima de violación sexual atendida.

¹⁷⁵ Recordar que en estos contextos y ante lesiones contaminadas puede ser necesario aplicar profilaxis antitetánica, además de lo ya descrito en la sección general anterior sobre manejo médico de las víctimas de violencia sexual.

Tener en cuenta las siguientes recomendaciones específicas al tomar la historia clínica a este tipo de víctima de violación sexual:

Si la entrevista se lleva a cabo en la misma sala donde se realizarán procedimientos mantenga cubierto el instrumental médico hasta que sea necesario utilizarlo.

Antes de tomar la historia revise todos los papeles y documentos que la víctima haya llevado a la consulta.

Use un tono de voz calmado y mantenga un contacto visual culturalmente apropiado.

Deje que la víctima cuente la historia en la medida de sus posibilidades.

Las preguntas deben hacerse gentilmente, evitando preguntas que generen culpa en la víctima.

Tome el tiempo suficiente para efectuar el examen clínico, sin prisa.

No efectúe ninguna pregunta que ya haya sido hecha y documentada por otro de los papeles que la víctima le ha presentado y Ud. ha revisado antes de iniciar la consulta.

Evite cualquier distracción o interrupción durante la toma de historia clínica.

Tener en cuenta las siguientes recomendaciones generales para realizar el examen físico a cualquier víctima de violación sexual en contextos humanitarios:

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

Siempre observar primero a la víctima y luego si proceder a palparla, anotar cuidadosamente su apariencia y estado mental, según lineamientos establecidos. Siempre decirle lo que hará antes de realizarlo y solicitar su permiso para proceder.

Asegurarle a la víctima que ella tiene el control de la situación, que puede hacer preguntas, y que puede solicitar que detenga el examen en cualquier momento.

Tomar los signos vitales de la víctima (pulso, tensión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura).

La valoración inicial puede revelar complicaciones médicas severas y riesgos inminentes para la vida que deben ser tratados de inmediato, y por los cuales la víctima puede requerir su remisión inmediata a un nivel superior de complejidad, si no se le está examinando en un contexto que cuente con los recursos necesarios. Tales condiciones pueden incluir: trauma extenso (en la región genital, cabeza, tórax o abdomen), artritis séptica, deficiencias neurológicas, dificultad respiratoria.

Obtener el consentimiento informado según ha sido descrito en la sección general de este capítulo y sus anexos.

Registrar todas sus observaciones y hallazgos de la manera más clara y completa posible, preferiblemente en un formato clínico preestablecido con ese fin.

Luego, para continuar el examen físico tomar en cuenta si la víctima está consultando en las primeras 72 horas desde el momento en que ocurrió la violación

Si la víctima consulta en las PRIMERAS 72 horas después de la violación sexual:

Nunca se pide que se desvista o se descubra totalmente para el examen físico. Examinar primero la mitad superior del cuerpo, y luego la mitad inferior; o darle una bata para que ella misma se cubra.

Examinar minuciosa y cuidadosamente cada parte del cuerpo de la víctima. Iniciar el examen con toma de signos vitales, y por las manos y las muñecas y no por la cabeza, ya que es más tranquilizador para la víctima. Nunca olvidar mirar los ojos, la nariz y la boca (aspecto interior de los labios, encías y paladar), detrás de las orejas, y en el cuello. Explorar signos de embarazo. Tomar nota sobre el estado de desarrollo puberal.

Buscar signos coherentes con la historia de la víctima tales como marcas de golpes y mordiscos, de inmovilizaciones sobre las muñecas, zonas de pelo arrancado en la cabeza, o tímpanos rotos que pueden ser el resultado de que la víctima haya sido abofeteada. Si reporta que fue estrangulada buscar en sus ojos hemorragias petequiales. Examinar el área del cuerpo que estuvo en contacto con la superficie sobre la cual ocurrió la violación en busca de posibles heridas y otras lesiones. Tomar nota detallada y diagramar sobre pictogramas corporales todo lo que se encuentre en el examen físico (laceraciones, equimosis, peladuras, petequias, etc).

Tomar nota cuidadosa del estado emocional general (llorosa, calmada, ansiosa, retraída, etc.), así como del examen mental de la víctima (ver el capítulo 6, referente al cuidado de la salud mental de la víctima de violencia sexual). Tomar muestras de cualquier material que encuentre sobre el cuerpo o las ropas de acuerdo con el protocolo de recolección de evidencias forense de Colombia en casos de VS.

Tener en cuenta que cuando los genitales femeninos son examinados inmediatamente después de una violación se encuentran lesiones identificables en menos del 50% de los casos, llevar a cabo un examen genital cuidadoso y tomar la evidencia forense necesaria según el protocolo forense especificado anteriormente.

Iniciar el examen de los genitales femeninos inspeccionando sistemáticamente en su orden el monte púbico, dentro de los muslos, el perineo, ano, labios mayores y menores, clítoris, uretra, introito e himen. Anotar cualquier cicatriz presente a partir de una mutilación genital o lesión genital previa secundaria a partos. Buscar lesiones genitales tales como contusiones, arañazos, abrasiones, o desgarros (casi siempre localizados en la horquilla posterior); signos de infección tales como

úlceras, secreción vaginal o verrugas; y lesiones en el introito y el himen; tomar muestras de acuerdo con el protocolo forense.

Para el examen anal se puede pedir a la víctima que se ubique en una posición diferente a la requerida para el examen genital. Anotar en qué posición se realizó cada tipo de examen (supina, prona, con las rodillas en el pecho o lateral para el examen anal; supina para el examen genital); la forma y dilatación del ano, así como si tiene fisuras alrededor, si hay presencia de materia fecal en la piel perianal, y de sangrado a partir de laceraciones rectales. Si está indicado por la historia clínica recolectar muestras rectales de acuerdo con el protocolo forense. Si hubo penetración vaginal insertar suavemente un espéculo lubricado con agua o solución salina (**JAMÁS se usa cuando se examinan niñas**); utilizando buena iluminación inspeccione el cérvix, el fondo de saco posterior y la mucosa vaginal en busca de traumas, sangrados o signos de infección. Recolectar secreciones vaginales como evidencia según el protocolo forense.

Si está indicado por la historia y el resto del examen, realizar un examen bimanual y palpar el cérvix, el útero y los anexos buscando signos de trauma abdominal, embarazo o infección.

Si está indicado, hacer un examen recto - vaginal e inspeccionar el área rectal en busca de traumas, desgarros recto - vaginales o fístulas, sangrado o flujos. Si se encuentra sangrados, dolor, o sospecha la presencia de objetos, referir de inmediato al servicio o institución donde se pueda efectuar el cuidado especializado del caso.

Para el examen clínico de mujeres ancianas víctimas de violación en contextos de emergencia humanitaria, que hayan sufrido violaciones vaginales, tomar en cuenta que tienen un riesgo incrementado de desgarros y lesiones, así como para transmisión de ITS y VIH. Los bajos niveles hormonales que ocurren en la menopausia reducen la lubricación vaginal y hacen más frágil la pared vaginal. Usar un espéculo pequeño para efectuar el examen genital. Si la única razón para el examen es recolectar evidencia forense, considerar insertar solamente hisopos sin espéculo.

En cuanto al examen físico de hombres que han sido víctimas de violación en contextos humanitarios, durante el examen genital explorar el escroto, los testículos, el pene, el tejido periuretral, el meato uretral y el ano. Anotar si la víctima ha sido circuncidada. Buscar hiperemia, inflamación, torsión testicular, moretones, desgarros y laceraciones anales, etc. La torsión testicular es una emergencia médica que requiere remisión para inmediato manejo quirúrgico. Si la orina contiene gran cantidad de sangre, buscar trauma peneano y uretral. Si está indicado hacer examen rectal e inspeccionar el recto y la próstata en busca de traumatismos y signos de infección. Si resulta relevante recolectar material del ano como evidencia forense, según protocolo correspondiente. En cualquier caso que se consulte por violación sexual antes de 72 horas, tomar exámenes de laboratorio según protocolos forenses y clínicos requeridos; adicionalmente, si la víctima refiere molestias que indiquen posible infección de tracto urinario tomar una muestra de orina en busca de eritrocitos y leucocitos, y solicitar un cultivo siempre que sea posible; hacer una prueba de embarazo si está

indicado; pueden resultar necesarios otros para clínicos tales como radiografías o ecografías ante casos de fracturas y trauma abdominal por ejemplo.

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

No es frecuente cualquier hallazgo físico más allá de una semana después de un asalto sexual. Si la víctima se presenta dentro de la primera semana después de la violación sexual o si expresa molestias clínicas, efectuar un examen clínico completo, incluyendo un completo examen físico y mental como se ha descrito. En todos los casos anotar el tamaño y color de cualquier herida o cicatriz; cualquier evidencia de posibles complicaciones físicas debidas a la violación (fracturas, abscesos, pérdida de agudeza auditiva, etc.; explorar signos de embarazo; y el estado mental general del paciente (normal, deprimido, suicida, etc) junto con un examen mental detallado.

En cuanto al examen genital, si el asalto sexual ocurrió hace más de 72 horas, pero menos de una semana anotar cualquier lesión en proceso de curación en los genitales, y cicatrices. Si el asalto ocurrió hace más de una semana y no existen contusiones, laceraciones, ni tampoco quejas o síntomas (por ejemplo, secreción anal o vaginal, úlceras, etc.), hay poca indicación para un examen pélvico. Aun cuando no se espera encontrar lesiones la víctima puede sentir que ha resultado lesionada. Una inspección cuidadosa asegurando posteriormente a la víctima que no se han encontrado lesiones físicas puede proporcionar un gran alivio a la persona afectada, y puede ser benéfico para su recuperación emocional; es posible que esa búsqueda de tranquilidad sea la única razón por la cual la víctima acudió a buscar cuidados médicos.

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

En cuanto a las características de la valoración y manejo del estado mental de la víctima de violación sexual en contextos humanitarios, incluyendo la realización de valoraciones general y especializada, los primeros auxilios emocionales, la primera sesión de psicoterapia breve para el manejo de crisis en servicio de urgencias por especialista en salud mental, y la remisión para tratamiento de continuación por salud mental, se recomienda revisar el capítulo 6 dedicado al cuidado de la salud mental ante la violencia sexual.

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

5.6 Protocolo de atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) 5.6.1 Violación e Interrupción voluntaria del embarazo-IVE

La violación es la violencia con penetración vaginal, anal u oral usando el pene, otras partes del cuerpo u objetos sustitutos. El artículo 212 del Código Penal, Ley 599 de 2002 lo define como "...se entenderá por acceso carnal la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto". Es una violencia de género, es decir, intencional, para dañar, humillar y someter a las mujeres, en que no existe edad ni condición específica que elimine el riesgo.

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

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

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

Las mujeres víctimas de violación que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo-IVE merecen respeto, ayuda y comprensión. Para una mujer atreverse a contar que ha sido violada puede ser muy difícil: No se debe dudar de su relato, ni cuestionarlo: Hay que CREERLE

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

De acuerdo con la sentencia C-355 de mayo 10 de 2006 la interrupción voluntaria del embarazo-IVE debe realizarse dentro los cinco (5) días siguientes a la solicitud de las víctimas, y el ÚNICO requisito exigible es la denuncia penal debidamente presentada

5.6.2 Proceso de atención

En los casos de interrupción voluntaria del embarazo-IVE por violación la celeridad en la atención es un factor clave dado el ritmo continuo del desarrollo embrionario. Las demoras en el manejo de la consulta son un factor negativo además de ser ilegales. Es importante que la consulta inicial médica y la psicológica se hagan el día de la visita de la mujer a la entidad y dentro de lo posible, programarla para uno de los dos días siguientes.

Todas las entidades deben contar ¹⁷⁶con una persona encargada de coordinar la atención completa a víctimas de violación que soliciten la interrupción voluntaria del embarazo- IVE, que desde su ingreso y durante todo el proceso permanezca atenta hasta que finalice y ella salga de la entidad. Debe acompañar personalmente a la víctima hasta las consultas psicológica, médica, trabajo social o enfermería; manejo de exámenes, citas de control; establecer directamente el contacto para las remisiones, de ser necesarias; y hacer el correspondiente seguimiento hasta que se resuelva su solicitud.

Cada entidad debe diseñar los flujogramas intrainstitucionales e interinstitucionales adecuados a sus circunstancias particulares. Como apoyo a esta construcción se incluye la ruta a seguir desde el servicio de salud:

- Recepción y atención de las mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo-IVE por violación.
- Contacto y remisión a Fiscalía (si no ha presentado denuncia).
- Atención en la entidad.
- Remisión a otra entidad.
- Seguimiento inmediato para confirmar la atención
- Seguimiento por el tiempo prudencial (establecerlo).

Es importante que durante todo el proceso el personal de salud evite frases como:

- No llore... tranquilícese.
- Pudo haber sido peor.
- Agradezca que está viva.

¹⁷⁶ No se trata de crear un puesto nuevo, sino de asignar la responsabilidad a la funcionaria/o más adecuado (¿jefe de turno?)

Olvide lo que le ocurrió.
La violación es muy frecuente.
Con el tiempo lo olvidará.
Después verá las cosas diferentes.
No es la única que ha pasado por esto.

Recepción

De la forma en que se realice la admisión puede depender que la víctima abandone el servicio de salud sin esperar la ayuda que buscaba, por lo tanto:

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

Información inicial

Cuando una mujer víctima de violación solicita una interrupción voluntaria del embarazo-IVE debe recibir información sobre el procedimiento a seguir por parte de un profesional teniendo en cuenta las siguientes condiciones:

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

Consulta médica

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

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

A continuación, los pasos a seguir durante la consulta médica, son:

PASO 1: Es necesario que el/la médico/a se presente con su nombre, saludando a la consultante por el suyo y mirándola a los ojos.

PASO 2: Preguntar en privado si desea que en la consulta esté presente la persona acompañante (si la tiene) ¹⁷⁷ respetando sus deseos. No se debe permitir la presencia de personas extrañas, ni el ingreso de otras durante el examen.

PASO 3: Evitar hacerla contar nuevamente todo lo sucedido. Si ella decide hacerlo, en ningún caso se deben emitir juicios de valor ni expresiones que indiquen sospecha sobre la veracidad de la historia que narre la consultante.

PASO 4: Sí es importante preguntar cómo se siente en ese momento.

PASO 5: Indagar sobre enfermedades preexistentes, medicación que esté usando, anticonceptivos y otros antecedentes, de acuerdo con el historial médico que reporte.

PASO 6: Revisar los exámenes médicos que traiga (pruebas de embarazo u otros exámenes relativos a su estado de salud que deban tenerse en cuenta para el procedimiento de la interrupción voluntaria del embarazo-IVE).

PASO 7: Sostener una conversación tranquila con la víctima mientras se indagan sus datos personales para la historia clínica, o mientras atiende sus heridas.

PASO 8: Explicar el tipo de examen que se le realizará desde el comienzo, así como del uso del espéculo y del examen bimanual si es necesario.

PASO 9: Dependiendo del estado cómo se encuentre, se debe indicar como acomodarse en la mesa de examen (ginecológica).

PASO 10: Si acepta que se le realice un examen ginecológico, tener especial cuidado al realizarlo. La evaluación médica en interrupción voluntaria del embarazo-IVE por violación está orientada, adicionalmente a determinar, previa solicitud de la consultante, la edad gestacional, con el fin de recomendar la técnica

¹⁷⁷ En ocasiones las víctimas de violación no quieren que otra persona, fuera de los profesionales de salud, escuche su relato pero tampoco se atreven a rechazar las/os acompañantes. Con niñas/os esta precaución es más imperativa.

para el procedimiento, prevenir las complicaciones y saber si debe derivarse a otro proveedor de salud:

El examen sirve para diagnosticar el tiempo de gestación.

Importante revisar con especial atención si hay flujos que puedan indicar vaginosis o vaginitis. De ser el caso se prescribe la medicación respectiva; igualmente, en el caso de ITS o signos de infección de algún tipo (sin embargo, es prioritaria la atención de interrupción voluntaria del embarazo-IVE por violación, por lo cual esto no debe convertirse en un obstáculo para acceder al servicio de manera ágil y oportuna).

PASO 11: Si no desea que le realicen un examen ginecológico no debe ser obligada, pues este no es prerrequisito para acceder a una IVE.

Si no tiene exámenes confirmatorios del embarazo y este no puede detectarse por examen físico se puede recurrir al diagnóstico ecográfico (debe hacerse el mismo día de la consulta, para evitar dilaciones en el proceso). Ante la negativa de un examen pélvico, que podría indicar el rechazo a una desensibilización previa al procedimiento debe considerarse el uso de sedación para realizarlo.

PASO 12: A través de la consulta se debe repetir en diferentes momentos que la violencia cometida contra ella no es su culpa. “Usted no es culpable de lo que le sucedió”.

PASO 13: De rutina se deben solicitar los siguientes exámenes:

Serología

Títulos para VIH.

Anticuerpos para Herpes Tipo II.

Frotis vaginal (sólo si es necesario).

PASO 14: Al finalizar la consulta se debe explicar el procedimiento y los pasos a seguir.

Orientación por profesional de la salud mental o las ciencias sociales

La orientación a mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo-IVE por violación debe ser realizada por profesionales de la salud mental o ciencias sociales (psicólogos, trabajadores sociales y otros) con experticia en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos y entrenados/as en el manejo de violencias sexuales. Estas orientaciones son:

El espacio para la consulta debe ser agradable y garantizar la confidencialidad.

La persona que atiende la consulta debe contar con las siguientes características:

- Congruencia
- Habilidad para escuchar.
- Capacidad para concentrar la atención.
- Preguntas que le ayuden a comprender mejor.
- Sintonización con el sentir de la víctima

Las conversaciones deben ser privadas, sin presencia de familiares. En algún momento de la sesión pueden entrar otras personas significativas para la consultante si ella lo desea, pero siempre tendrá que hacerse una entrevista a solas.

Con menores de edad no sólo es deseable involucrar a la madre o al padre, o un familiar cercano, de no ser este el posible violador porque su manejo es decisivo para el tratamiento. De todas formas, antes de ellos o después, también debe tenerse un espacio solamente con la niña.

La persona que atiende a la mujer en este espacio debe dirigirse a la víctima por su nombre con amabilidad, sin permitir interrupciones externas en la consulta (teléfono, etc.) y manteniendo contacto visual con la víctima.

Se debe precisar si la mujer ha recibido asesoría psicológica, y de qué tipo, si acudió a un centro de salud cuando la violación, o con el conocimiento del embarazo, y qué recomendaciones recibió. Se debe brindar asesoría psicológica especializada pre y post proceso de interrupción voluntaria del embarazo-IVE.

La actitud debe ser de escucha activa, con atención, respetando el ritmo narrativo de la mujer, asegurándole que no es su culpa, sin juzgarla ni dudando de su relato, ni tratando de influir o forzar cambios que le impliquen sobreesfuerzos; no se debe ir más allá de lo que la mujer pueda manejar con facilidad.

La mujer debe familiarizarse con posibles reacciones y manejo valorando su estado emocional y los recursos internos para su recuperación.

Se deben identificar riesgos actuales, red de apoyo y medidas de protección, explorando condiciones familiares y sociales de la víctima, ya que pueden constituir un soporte decisivo para su recuperación. También se deben detectar riesgos de revictimización cuando el agresor es cercano a su familia, a sus espacios (barrio, trabajo, estudio, etc) o cuando se trata de agentes de grupos armados.

Es responsabilidad de los prestadores de servicios informar detalladamente a la mujer sobre sus derechos y respetar sus decisiones; en particular sobre su derecho a la interrupción voluntaria del embarazo-IVE y el único requisito exigible, la denuncia ante autoridad competente.

Se debe ayudar a la mujer a explorar las diferentes opciones que tiene y desearía frente al embarazo respetando su decisión, sin tratar de influenciarla, pues es ella quien mejor criterio tiene para definir lo que quiere hacer frente a la situación.

Manejo de niñas y adolescentes

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

Respecto a la paciente es muy difícil que hable sobre las violencias sexuales de que es víctima, no sólo cuando le está sucediendo, sino también en forma posterior. Abordar los hechos es muy complicado, más aún si la sexualidad no ha sido tema tratado en familia. Además, es su palabra contra la de una persona adulta usualmente cercana, quizás proveedora y sostén de la familia. Alguien que de todas formas tiene más poder, recibe más consideración y es tenido en cuenta más que el menor.

Se le debe manifestar respaldo y respeto por sus decisiones. Dar explicación apoyada con imágenes gráficas sobre el procedimiento médico para la interrupción voluntaria del embarazo-IVE.

Brindarle elementos para que pueda manejar la situación con sus compañeras de colegio, amigas, y demás, que conozcan del hecho, fortaleciéndola y destacando su coraje.

Consentimiento informado

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

En las niñas menores de 14 años, todo embarazo se considera producto de violencia sexual según la Ley 599 de 2000 en sus artículos 205 a 219 (Código Penal). Aunque se recomienda que sus padres apoyen el consentimiento informado, según lo ha establecido el ICBF:

“Cualquier medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento de la menor de 14 años frente a la interrupción voluntaria del embarazo, se revela sin remedio no sólo como inconstitucional, sino como contraproducente para la efectividad de sus derechos fundamentales y para la defensa de su legítimo interés superior, por ser abiertamente contraria a la dignidad humana.” (ICBF 2008). Sentencia T-388/09 Al respecto se dice:

“Está terminantemente prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras adicionales a las establecidas en la referida sentencia C- 355 para la práctica del aborto en los supuestos allí previstos. Entre las barreras inadmisibles se encuentran, entre otras: 1) Realizar juntas médicas, (...) Impedir a las niñas

menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicha interrupción. Imponer requisitos adicionales, (...) Alegar objeción de conciencia colectiva (...) Suscribir pactos – individuales o conjuntos (...) Acogerse a formatos o plantillas (...) Descalificar conceptos médicos expedidos por psicólogos a quienes Ley 1090 de 2006 les reconoce el status de profesionales de la salud (...) Ser reticentes en cumplir a cabalidad con las reglas de referencia y contrarreferencia (...) No disponer dentro de algunas redes públicas de prestadores del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal del servicio de interrupción voluntaria del embarazo”¹⁷⁸.

Manejo si no hay denuncia

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

- Temor a perder la vida por amenaza de los violadores.
- Riesgo de violencia contra otros miembros de la familia.
- Miedo a ser víctima de más violencia.
- Suponer que va a ser castigada/o por decirlo (niños/as).
- Sentimiento de culpa (sin culpabilidad alguna).
- Vergüenza y sensación de humillación.
- Inseguridad personal.
- Dependencia familiar y económica del violador.
- Fragilidad emocional.
- Confusión de sentimientos y contradicciones.
- Ignorancia sobre el cuerpo y derechos sexuales y reproductivos.
- Miedo a que no le crean.
- Desconocimiento de dónde y a quién acudir.
- Desconfianza de que en los servicios de salud guarden su secreto.
- Suponer que se puede desintegrar la familia.
- Depresión y aislamiento.
- Alteraciones emocionales, apatía, indiferencia.
- Asumir que es la voluntad de Dios.
- Sentido mágico “por algo será” o una prueba de la vida.
- Falta de información.
- Ausencia de protección familiar, estatal.
- Justificación y protección al victimario.
- Miedo al rechazo.

Es necesario que el prestador entienda las razones que la mujer expone para no querer denunciar. Si presenta dudas (por ejemplo desconocimiento del proceso o lugar para denunciar), el prestador debe orientar acerca de cómo formular la denuncia, sus posibles consecuencias y efectos, así como los refuerzos de apoyo social necesarios, Así mismo, hacer los contactos directos y el seguimiento al proceso de interponer denuncia.

Si la mujer decide denunciar se debe remitir para que lo haga preferiblemente el mismo día, y regresar; si la mujer no regresa con la denuncia se debe establecer contacto telefónico para identificar posibles barreras.

Debe valorarse la situación de la mujer para explorar el riesgo que el embarazo esté representando para su salud, en cuyo caso podría atenderse como unainterrupción voluntaria del embarazo-IVE por causal salud ¹⁷⁹.

Si no es posible y la víctima no está dispuesta a hacer la denuncia de la agresión ante autoridad competente, y expresa su deseo de interrumpir su embarazo debe recibir orientación para que reconozca los riesgos que existen de intentar un procedimiento por fuera de las condiciones y servicios establecidos en la sentencia C355.

Si decide continuar el embarazo se debe tratar como de alto riesgo, y remitirla a terapia psicológica (si ella así lo desea) por cuanto el manejo de las violencias y de la maternidad, o la adopción lo requieren.

Si la mujer decide entregar en adopción debe ser informada del proceso a seguir, incluidos los nombres y direcciones de centros de adopción del ICBF, y aprobados por esta entidad.

Remisión y articulación interinstitucional

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

Se debe entregar copia de la siguiente documentación para que pueda llevarla al sitio donde será atendida. Esto facilitará su atención en el sitio al que será remitida.

¹⁷⁹ Es importante recordar que la Corte en la Sentencia C-355 de 2006 estableció que la causal salud se refiere a afectación a la salud por razones físicas, sociales o psicológicas.

Hoja con la relación de toda la documentación.

Carta del médico que la atendió resumiendo el caso y estableciendo que la mujer se acoge a la Sentencia C-355 de 2006 y solicita una interrupción voluntaria del embarazo-IVE por causal violación (debe ir dirigida a la persona de enlace o director médico de la entidad a la que se envía).

Resumen de historia clínica.

Fotocopia de la denuncia.

Fotocopia de los exámenes realizados (en caso de tenerlos).

Fotocopia del documento de identidad (si lo tiene).

Fotocopia del carné de EPS o EPS-S (si lo tiene).

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

Es importante guardar una copia de toda la documentación en la historia clínica.

La mujer debe saber que su solicitud debe ser resuelta en los cinco (5) días posteriores a la petición.

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

Información, autonomía y consentimiento Informado

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

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

5.6.3 Procedimientos

Para la interrupción voluntaria del embarazo, según la OMS ¹⁸⁰ en su guía existen los métodos que ilustra la siguiente Figura 6 de acuerdo con la edad gestacional.

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

Figura 8

Semanas completas desde fecha de última menstruación	
Métodos preferidos	
Aspiración al vacío (manual / eléctrica)	(Por proveedores bien entrenados)
	Dilatación y evacuación
misoprostol o Mifepristone o gemeprost	(en investigación)
	Mifepristone y dosis repetidas de misoprostol o gemeprost
	Prostaglandinas vaginales (Dosis repetidas)
Otros métodos	
Dilatación y curetaje	
	Soluciones hipertónicas
	Prostaglandinas intra / extra amnióticas

Es particularmente importante ofrecer la mayor opción de métodos para que, dentro de los parámetros establecidos, sea la mujer quien elija la técnica que se adecua mejor a sus necesidades y situación particular.

Manejo del dolor

De especial interés y con mayor razón en el caso de mujeres víctimas de violencia sexual es el manejo del dolor; es necesario tomar todas las medidas disponibles para evitar traumatismos adicionales a los ya vividos con la violencia sexual y el embarazo.

¹⁸⁰ Organización Mundial de la Salud "Aborto sin riesgo: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud" Ginebra.- OMS. 2003.

Para la técnica de aspiración el uso de analgésicos no narcóticos y bloqueo para-cervical son los recomendados de manera general, pero es posible que para algunas mujeres víctimas de violencia sexual y para quienes el evento traumático esté muy presente se pueda requerir algún grado de sedación consciente.

La anestesia general no se recomienda debido a que aumenta los riesgos y hace más demorado todo el proceso de atención, excepto en aquellos casos en que la técnica utilizada sea dilatación y curetaje. Para el caso de técnicas farmacológicas los analgésicos no narcóticos como anti inflamatorios no esteroides, son suficientes.

En el caso de menores de edad es conveniente utilizar sedación para el procedimiento de interrupción voluntario del embarazo-IVE.

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

Revisión de la historia clínica (HC)

Analgesia pre procedimiento: Ibuprofeno 800 mg. vía oral.

Administración de antibiótico profiláctico (doxiciclina 100 mg vía oral) u otra tetraciclina disponible. En caso de contraindicación se puede optar por la administración de metronidazol 1 gramo intrarrectal en dosis única antes del procedimiento.

Toma de signos vitales.

Examen ginecológico: determinación de edad gestacional y posición uterina.

Preparación del cérvix y fondos de saco vaginales con líquido antiséptico.

Técnica de “no tocar”.

Aplicación de tenáculo.

Aplicación de bloqueo para cervical: 200 mg de lidocaína.

Dilatación de cuello uterino.

Histerometría (a necesidad).

Aspiración al vacío.

Retiro de instrumentos.

Revisión de tejido.

Empleo de oxitócicos (a necesidad).

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

Recordar: el manejo de los instrumentos debe ser especialmente cuidadoso y es indispensable el apoyo emocional de una persona distinta del médico que realiza el procedimiento

Técnica farmacológica

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

Cadena de custodia

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

Verificar que en la denuncia exista número de Noticia Criminal o Único Caso, con el cual se identificará el proceso de cadena de custodia e investigación posterior. Este número consta de 21 dígitos y se encuentra en la parte inicial de la denuncia.

En los casos en los que no haya número de Noticia Criminal se debe establecer comunicación con la Unidad de Delitos Sexuales o con la oficina de Asignación Seccional con el fin de conocer la Fiscalía y el Fiscal que lleva el caso y solicitar el número de Único Caso.

Comunicarse con la Fiscalía designada para informar el inicio de la Cadena de Custodia; la Fiscalía a cargo se debe comunicar con quien haya realizado la solicitud para informar el nombre del investigador delegado de Policía Judicial o CTI, quien recogerá y transportará el material en custodia al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, continuando la cadena de custodia. Previo a la atención de la paciente se debe disponer de los elementos para la recolección de las muestras y tener copia de los formatos para el diligenciamiento por parte del médico que atenderá el procedimiento de interrupción voluntario del embarazo-IVE, del inicio de la Cadena de Custodia. Estos formatos son:

Registro de Cadena de Custodia FPJ8 (2 páginas o caras).

Rótulo de Elemento Materia de Prueba o Evidencia(FPJ7)(2 copias, una para rotular frasco y otra para rotular caja).

El médico tratante realiza la recolección del tejido o muestra embrionaria y procederá a envasarlo en frasco de vidrio sin añadir preservantes, identificándolo con el nombre de la paciente y el número de la historia clínica (documento de identidad).

Para garantizar la preservación de la muestra se procede a embalar, sellando el frasco con cinta; se empaca en bolsa plástica, se cierra herméticamente y se coloca en caja de icopor, que luego se sella con cinta.

Se procede a rotular la caja con el formato FPJ7, previamente diligenciado (Rótulo de Elemento Materia de Prueba o Evidencia Física), asegurándolo con cinta, y se refrigera..

Código único de caso.

Fecha y hora de recolección.

Muestra (Número de hallazgo:1. **Cantidad:** no aplica. **Unidad de medida:** No aplica)

Lugar de hallazgo del elemento materia de prueba (EMP) o evidencia física (EF).

Descripción del elemento materia de prueba o evidencia física.

Recolección del elemento materia de prueba o evidencia física

(Nombres, apellidos, documento de identidad, firma y cargo del profesional. Nombre de la entidad de salud).

Se inicia el registro de Cadena de Custodia diligenciando el formato FPJ8

Código único de caso.

Número de historia clínica (documento de Identidad).

Documentación del elemento materia de prueba o evidencia física,

(nombres, apellidos, documento de identidad, firma y cargo del profesional que recolectó y embolsó el elemento materia de prueba,nombre de la entidad de salud).

Tipo de embalaje: Bolsa plástica, frasco y caja.

Descripción del elemento materia de prueba o evidencia física.

Registro de continuidad de los elemento materia de prueba o evidencia física:

Fecha, hora militar.

Nombre, apellido y documento de identidad de quien recibe el elemento materia de prueba o evidencia física.

Nombre de la entidad de Salud.

Calidad en la que actúa: custodio

Propósito del traspaso o traslado: almacenamiento.

Observaciones al estado en que se recibe el embalaje o

contenedor del elemento materia de prueba o evidencia física.

Espacio para ser diligenciado por el técnico en prueba de identificación preliminar (no se diligencia).

Al ser entregada la cadena de custodia al investigador que actúa como custodio y responsable del transporte y entrega a Medicina Legal se diligencia por su parte nuevamente el registro de continuidad de los elementos materia de prueba o evidencia física.

Se toma fotocopia del formato de registro de cadena de custodia para ser anexado a la historia clínica.

La evidencia física se entrega en refrigeración con hielo seco para asegurar la preservación del tejido.

Recuperación

Después del procedimiento por aspiración, y aunque es de carácter ambulatorio, se recomienda un periodo de observación y recuperación para la mujer de 30 a 40 minutos aproximadamente.

Durante este periodo se deben controlar las condiciones hemodinámicas, el volumen de sangrado y el nivel de dolor, registrando los datos en la historia clínica, y se inicia la administración de antibióticos. (Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 5 días), analgésicos y cualquier otro medicamento indicado por el médico tratante.

Si hay disponibilidad de aplicación de vacuna contra sarampión–rubéola y la mujer no se la ha aplicado se debe proceder a su aplicación. En caso contrario debe remitirse. Igualmente, sucede con la aplicación de inmunoglobulina anti-D, que debe suceder dentro de las 72 horas siguientes al procedimiento, necesario si el factor Rh de la usuaria es negativo.

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

Control post procedimiento

Se recomienda citar a la mujer a una consulta post procedimiento en la que se realiza un examen físico completo para asegurar una evolución sin complicaciones.

Este control debe hacerse de siete (7) a quince (15) días después de la intervención o de haber iniciado el misoprostol.

En el caso de interrupción voluntario del embarazo-IVE con medicamentos el examen físico debe confirmar que el medicamento fue efectivo para la terminación del embarazo, y en caso de no haberlo sido se debe decidir la aplicación de una dosis adicional de misoprostol o de una aspiración al vacío.

El control post procedimiento es una excelente oportunidad para revisar el estado emocional de la mujer después de su experiencia de violencia, e identificar la necesidad de apoyo emocional adicional, en cuyo caso debe referirse a las atenciones en salud mental.

Durante el control también se deben incluir elementos de promoción y prevención y reforzar la información sobre cuidados en salud sexual y

reproductiva; si la mujer tiene vida sexual activa y no está usando anticoncepción debe ofrecérsele asesoría para que idealmente la inicie de manera inmediata o de lo contrario ser referida para este servicio; igualmente, debe informarse sobre las medidas de detección precoz de cáncer ginecológico a través del auto-examen de seno y toma de citología cervico-vaginal.

Reporte de casos

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

Tabla 23

Código CIE 10

Z-64.0 Problemas relacionados con el embarazo no deseado.

Tabla 24

Códigos CUPS, según sea el caso

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

Adicionalmente, por tratarse de un evento de interés en salud pública, la interrupción voluntaria del embarazo deberá reportarse en formato de notificación expedido por el Ministerio de Protección Social, y la institución que atienda el caso, considerada Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD), reportará semanalmente a las direcciones municipales de salud y a las empresas administradoras de planes de beneficios los casos atendidos.

La presentación en juicio oral

Como se ha mencionado el equipo de salud que brinde atención a un sobreviviente de violencia sexual es muy probable que deba actuar como testigo experto en un juicio oral de acuerdo con lo consignado en la Ley 906 de 2004. En el sistema anterior el único que realizaba esta labor era el perito forense quien aportaba su conocimiento técnico científico mediante un dictamen pericial, y por intermedio de la autoridad se hacían aclaraciones, adiciones, o complementaciones si eran requeridas. El nuevo sistema establece que tanto la Fiscalía como las partes pueden apoyarse en otras instituciones públicas, privadas, nacionales o extranjeras, lo cual incluye sin lugar a dudas la participación en algún momento del profesional de salud que atendió a una presunta víctima. Cuando se requiere ese conocimiento técnico científico se debe tener una solicitud escrita por medio de la autoridad o de la parte citante, avalada por la autoridad, por ser específico para el caso en mención. En esta circunstancia el perito entrega inicialmente un informe previo, que es la base de la opinión pericial la cual sustentará posteriormente en juicio, en el caso del equipo de salud este informe no es otra cosa que la historia clínica ^a.

Como se observa, el cambio práctico con el nuevo sistema penal oral acusatorio implica una preparación del equipo de salud mucho más acorde con el papel de perito que asumirá, el comportamiento en juicio oral y la forma de transmitir sus conocimientos; se puede ser un excelente profesional en una materia, pero si no sabe transmitir su conocimiento al juez no sirve para nada lo aportado.

¿Pero quien es un perito? El perito es una persona con un conocimiento técnico, científico o artístico especializado, que puede tener un título de estudios dependiendo del tipo del conocimiento del que se esté necesitando en el juicio, ya que puede ser una afición y en este caso no se requiere ^b. “Podrán ser peritos, los siguientes:

1. Las personas con título legalmente reconocido en la respectiva ciencia, técnica o arte.

a (ART415cp)., “Toda declaración de perito deberá estar precedida de un informe resumido en donde se exprese la base de la opinión pedida por la parte que propuso la práctica de la prueba. Dicho informe deberá ser puesto en conocimiento de las demás partes al menos con cinco (5) días de anticipación a la celebración de la audiencia pública en donde se recepcionará la peritación, sin perjuicio de lo establecido en este código sobre el descubrimiento de la prueba En ningún caso, el informe de que trata este artículo será admisible como evidencia, si el perito no declara oralmente en el juicio”

b (ART 408 cpp).

2. En circunstancias diferentes, podrán ser nombradas las personas de reconocido entendimiento en la respectiva ciencia, técnica, arte, oficio o afición aunque se carezca de título.

A los efectos de la cualificación podrán utilizarse todos los medios de prueba admisibles, incluido el propio testimonio del declarante que se presenta como perito”. El integrante de salud para rendir su informe examina, analiza, coteja, realiza consultas e interconsultas, con los cuales aporta su conocimiento de manera veraz, especializada y específica.

Es de suma importancia que la historia clínica inicial esté basada en suficiente información, datos, procedimientos y sea el producto de principios y métodos confiables, que puede sustentar posteriormente en el juicio.

Este panorama inicial lleva a que el profesional afronte de una manera distinta la labor que venía realizando previamente preparándose cada vez más para esta nueva situación, que más temprano que tarde le tocará asumir. Es por ello que debe actualizar su conocimiento permanentemente, no se puede pensar que es un experto en el tema sino es así, además, debe recordar que el impacto del testimonio apunta a que sea comprendido por el juez, y es a él a quien van encaminados los esfuerzos para que quede claro el resultado, ya que generalmente no tiene conocimientos de medicina.

En el caso del forense puede decirse que es reconocido como perito desde la misma audiencia de preparación pues en ella se informa que pertenece al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, cuya misión fundamental es prestar auxilio y soporte científico y técnico a la administración de justicia en todo el territorio nacional. En lo concerniente al personal de salud debe ser reconocido como perito, con el título profesional oficialmente reconocido, se ha avanzado en la acreditación, pero además es importante demostrar la experiencia y conocimiento sobre el tema del cual se va a realizar el testimonio experto, para lo cual el propio testimonio del profesional puede ser usado como medio de prueba para demostrar su idoneidad, por lo tanto, hay que ser honesto con la información aportada y recordar que si está suspendido de la profesión no puede ser perito mientras dure esta suspensión ^c.

Además, es bueno recordar lo siguiente:

“No pueden ser nombrados, en ningún caso:

1. Los menores de dieciocho (18) años, los interdictos y los enfermos mentales.
2. Quienes hayan sido suspendidos en el ejercicio de la respectiva ciencia, técnica o arte, mientras dure la suspensión.
3. Los que hayan sido condenados por algún delito, a menos que se encuentren rehabilitados” ^d.

^c (ART 408cpp)” si por alguna causa fuere suspendido de la profesión no podrá ejercer como perito mientras dure la suspensión. ^d (ART 409cpp).

El nombramiento como perito para los funcionarios públicos es de forzosa aceptación so pena monetaria e incluso de detención.

“El nombramiento de perito, tratándose de servidor público, es de forzosa aceptación y ejercicio. Para el particular sólo lo será ante falta absoluta de aquellos.

El nombrado sólo podrá excusarse por enfermedad que lo imposibilite para ejercerlo, por carencia de medios adecuados para cumplir el encargo, o por grave perjuicio a sus intereses.

El perito que injustificadamente, se negare a cumplir con su deber será sancionado con multa de diez (10) a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, equivalente en moneda legal colombiana. ^e”.

Además, es de recordar que el juez tiene la posibilidad de hacer comparecer a la audiencia dando orden a la policía u otra autoridad para que aprehenda y conduzca a la audiencia al testigo.

“Si el testigo debidamente citado se negare a comparecer, el juez expedirá a la Policía Nacional o cualquier otra autoridad, orden para su aprehensión y conducción a la sede de la audiencia. Su renuencia a declarar se castigará con arresto hasta por veinticuatro (24) horas, al cabo de las cuales, si persiste su negativa, se le procesará.

Las autoridades indicadas están obligadas a auxiliar oportuna y diligentemente al juez para garantizar la comparecencia obligatoria de los testigos, so pena de falta grave” ^f.

En la audiencia pública son medios de conocimiento la prueba testimonial, pericial, documental, la inspección, los elementos materiales probatorios, evidencia física, siendo la pericial una de las que más peso se le da por parte de las autoridades al momento de emitir su fallo, el cual va más allá de toda duda, acerca del delito y de la responsabilidad penal del acusado, fundado en las pruebas debatidas en el juicio, para lo que tiene en cuenta “la idoneidad técnico científica y moral del perito, la claridad y exactitud de sus respuestas, su comportamiento al responder, el grado de aceptación de los principios científicos, técnicos o artísticos en que se apoya el perito, los instrumentos utilizados y la consistencia del conjunto de respuestas” ^g.

Cuando se esté preparando para una audiencia a la cual fue citado es aconsejable familiarizarse con el caso y todos los procedimientos realizados, repasar la historia clínica cuidadosamente, e identificar las áreas potenciales susceptibles de conainterrogatorio, revisar la cadena de custodia, si la hubo, y reunirse con el citante, Fiscalía o Defensa, a fin de revisar la evidencia que se tiene, los aportes que el informe

e (ART410 cpp). f
(ART384cpp). g
(ART420cpp).

puede dar a la teoría del caso; si existe algún elemento no consignado en su informe previo, preparar las preguntas tanto de acreditación como del informe pericial.

Organizar la presentación de común acuerdo con el que lo va a interrogar de manera tal que luego de las preguntas de acreditación se presente la historia clínica. Se aconseja presentar primero la historia clínica y reconocerla, lo cual incluye su forma y su firma. Posteriormente, interrogar sobre lo encontrado y a conclusiones que se llegan, esto con el fin de fijar la atención del juzgador. Lo que no sucedería si se procede primero con la explicación teórica y técnica que puede llevar a la distracción o el aburrimiento, y luego con el cansancio del juez, sin embargo, se sabe que todo informe tiene una base técnico científica y una conclusión, y para llegar a ella debe explicarse los principios científicos que fundamentaron sus resultados, los métodos aplicados y las técnicas de orientación, probabilidad o certeza, de manera detallada y sistemática para el entendimiento del juez.

El testimonio en audiencia debe ser abordado con absoluta seriedad, recordar los impedimentos ^h, y sobre todo mantener siempre la credibilidad, no proporcionar información falsa, o mencionar investigaciones no realizadas, no consignar datos alterados, pero sobre todo no efectuar un falso testimonio o ignorar intencionalmente datos.

Cuando pregunten en la audiencia cualquiera de las partes:

1. Escuchar cuidadosamente las preguntas y responder únicamente lo que pregunten.
2. Si no se entiende o no se está totalmente seguro de haber escuchado correctamente, pedir que la replanteen o la repitan.
3. Si no se sabe la respuesta, responder simplemente “no sé”.
4. Limitarse a contestar lo que preguntan.
5. Pensar antes de responder, incluso si se conoce la respuesta y se puede contestar inmediatamente. No apresurarse al testificar. Testificar en forma pausada.
6. Responder la pregunta directamente.
7. Hablar con naturalidad. Además, el juez y las partes deben oír, de manera que se debe proyectar la voz.
8. Nadie espera que sea perfecto. Si se comete un error al responder, corríjalocorregirlo tan pronto se dé cuenta.
9. Variar la voz al testificar. Cambiar los tonos y las inflexiones, como cuando se habla por teléfono con un amigo.
10. Las explicaciones son aceptables.
11. Definir los términos técnicos. No utilizar palabras que no se puedan explicar.

^h (ART 56cpp)

Además, de todo el contenido de la historia clínica, de la preparación del caso, recordar cuidar el lenguaje no verbal, esta comunicación puede ser más significativa y expresiva que la misma oral, por ello se debe estar atento. Las expresiones faciales pueden transmitir una actitud de sinceridad, temor, sorpresa, interés, etc. El tono de voz y el énfasis en las palabras pueden significar la diferencia entre una comunicación significativa e interesante a una cargada de monotonía.

Cuando se esté en la silla de los testigos tenga en cuenta:

1. Cuidar la postura: las características de una persona relajada se evidencian con una postura recta (vertical), alineada, a veces con inclinación hacia adelante y cambios de postura suavemente. Las personas ansiosas o nerviosas pretenden aparentar relajamiento agachándose en la silla o poniéndose demasiado rígida evitando alinearse frontalmente, cruza los brazos y piernas a manera de barrera de protección, que se traducen en una actitud cerrada de la mente, aprieta los codos a los lados y cambia de postura erráticamente.

2. Gestos: todo ser humano gesticula de una manera particular cuya normalidad es fácil de evidenciar. Cuando los gestos son anormales, el entrevistado experimenta incomodidad y aumenta su ansiedad como síntoma de estar mintiendo. Cuando los gestos no corresponden al contexto de la conversación y del medio ambiente pueden ser interpretados como indicadores de estrés o mentira.

3. Gestos personales: tales como exprimir, frotar las manos, rasgar, acariciar, picar, tocarse la nariz, orejas o cabello, inspeccionarse las uñas, golpetear las mesas con los dedos, limpiarse el sudor de la cara y manos, mojarse las comisuras de los labios, carraspear, hacer movimientos de piernas en la silla junto con la dificultad para tragar, denotan incomodidad e inseguridad.

4. Gestos de arreglo: ajustar o arreglar la ropa y las joyas, quitar pelusas imaginarias de la ropa y limpiar los anteojos indican nerviosismo y ansiedad.

5. Gestos de apoyo: descansar la cabeza o barbilla en las manos, cruzar las manos, piernas y tobillos, cubrir la boca con la mano o alternar los movimientos anteriores denota necesidad de protección.

Cuando se asiste a un juicio es preciso tener en cuenta: vestirse correcta y profesionalmente. No llevar emblemas. Al entrar a la sala no saludar a nadie. No mirar al sindicato. Tratar de parecer calmado y seguro de sí mismo. Ser serio y profesional, no burlarse de los demás, Cuidar la postura. Tener todos los documentos y notas a mano, esto da seguridad. No perder la calma ni alterarse. Al terminar esperar que el juez le permita retirarse, salir de la sala sin hacer contacto con nadie, no hablar con nadie acerca del testimonio que se acaba de rendir

Por último, recordar: EL PERITO NO GANA O PIERDE UN CASO, SOLAMENTE PRESENTA LA VERDAD CIENTÍFICA, así que no temer presentarse al juicio ni a los cambios comportamentales que esto implica, evitar enojarse con el juicio, no se sienta “sobrado”, pero tampoco llegar mal preparado, estudiar a conciencia el caso.

Bibliografía recomendada para ampliar estos contenidos

1. Código procedimiento penal colombiano, Ley 406 de 2004.
2. ICITAP, Manual curso testigo experto Bogotá 2004.
3. USAID – DEFENSORÍA DEL PUEBLO COLOMBIA, Manual técnicas de investigación de la defensa para el sistema penal acusatorio colombiano pag 79,80 ISBN Volumen 4:33-6404-5.

^ C V X O

U N A O E

E P A

N C E A

3

d

S III
C NC

A

Y

O O A T E N C E Y

O N A O O A T E N C E Y

O N C E N T B N B E N T O

u

1.º O

T RAT

U S

Y PLA

N 1.º D

E N 1.º D

H O S

O O

M I

D E

U S

A R

I

N

A

D

A

A

D

A

A

A

4.º

E D

U D T 3 y *

U

U D 13 A C

U

U

U

0 2

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U V E O A E D A

U Z B O E N T M F E A : Y O N

Actividad, intervención, procedimiento o plan de tratamiento en Urgencias	Se informó	Posibles efectos secundarios	Paciente Autorizó	Paciente NO Autorizó
Prueba de tamizaje para VIH Profilaxis para VIH cuando está indicado Anticoncepción de emergencia cuando esté indicado Sedación farmacológica cuando esté indicado Interrupción voluntaria del embarazo cuando esté indicado Recolección de evidencias forenses según formatos y protocolos específicos Otros:				

A4. Se me ha informado también que éste servicio es integral y que las actividades, intervenciones, procedimientos o planes de tratamiento pueden tener los siguientes efectos secundarios, o complicaciones, y también se me informó sobre la existencia de riesgos que pueden ocurrir en condiciones de atención adecuada:

A5. Se me permitió preguntar y aclarar dudas generadas sobre la atención. Las preguntas que he hecho sobre las actividades, intervenciones, procedimientos o planes de tratamiento han sido las siguientes, junto con sus respuestas

A6. Se me ha informado amplia y suficientemente sobre las siguientes opciones de manejo alternativas a las descritas atrás:

A7. He sido informada/o sobre mi derecho de rechazar actividades, intervenciones, procedimientos o planes de tratamiento, así como de revocar éste consentimiento: SI NO

A8. Se me ha instruido que éste documento es legal, sustentado bajo el principio de la autonomía, consagrado en la Constitución Política de Colombia, y en el ejercicio y Códigos de Ética correspondientes a las distintas profesiones de la salud, estipulados de la siguiente manera: Medicina (Ética Médica) Ley 23 de 1981 capítulos I, II, III; Bacteriología Ley 841 de 2003 títulos I,IV; Enfermería Ley 911 de 2004; Psicología Ley 1090 de 2006. De la norma sobre el manejo de la historia clínica Res. 1995 de 1999. De la norma sobre archivo de documentos, Circular No. 2 (Archivo General de la Nación) y de la norma que define y reglamenta el uso de datos Ley 527 de 1999; y de la Resolución 13437 donde se adopta el decálogo de los derechos de los pacientes, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, y demás normas concordantes.

c ro

£ w o ti
O ti
c5 m

CU CU
O.
ro
ro p c C
cu cu
y («)
F
b <u E
cu u B
Z a- jo
T3 4->

^ cu
£
0.13
a. a.

O 3 >> i-
O" f«
Q- « S
- 4-1
cu c
cu
W c
O .E
| |
cu P

*ro cu
F o
cu u
a c
cu
ro

Q
a.

cu
T3
ro
a

u
ro
m
cu
4-1
c
cu

Di
< >
ra
c
cu
ro
cu
1
cu

ro
o
N
ro
c ro

E
a s a
CT

4-1
cu
u c c
o. ro
cu
ro
cu
ro
E
> «
i a
E n
o

ro ai
cu
4-1
c ro
4-1
c cu
W cu
1
cu
ra
E
cu
ro
E

cu
T3

cu
cu
E
aj
T3 tffl
^ro
T3

cu
L
n
E
o

Modelo de Consentimiento (VIH) Informado ajustado para casos de Violencia Sexual

El consentimiento informado es una “manifestación libre y voluntaria, que da una persona por escrito luego de la asesoría pre prueba, con el fin de realizarle el examen diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH, el cual deberá consignarse en la historia clínica” Decreto No. 1543 de 1997, Capítulo I, Artículo 2 Ministerio de Salud Pública, Colombia.

Yo: _____, certifico que he leído o me han leído en qué consiste este documento sobre consentimiento informado y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de la asesoría para VIH.

He recibido la asesoría pre prueba por parte de un profesional de la salud (antes de tomarme la muestra).

Entiendo que la toma de muestra para la prueba de detección del VIH es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomada la muestra de sangre.

He discutido con la persona que me realizó la asesoría el procedimiento a seguir, lo he comprendido y estoy de acuerdo.

Fui informado/a de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de la información que he dado y del resultado de mi examen.

Fui informado/a de que en el caso de que la prueba resulte “no reactiva”, deberé iniciar TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PREVENTIVO durante 28 días. Fui informado /a de los posibles efectos secundarios de dicho tratamiento.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Acepto No acepto

Firma de la persona asesorada y No. de documento de identidad.

Firma del asesor y No. de documento de identidad.

Ciudad y Fecha _____ .

Número de Historia Clínica _____

El consentimiento informado hace parte de la historia clínica y se guarda o se deja constancia en el archivo de la realización del mismo.



Capítulo 5

Atención integral de la violencia sexual en el sector salud

AUTORES:

FIDELIGNO PARDO SIERRA

Médico Forense.

ÉRIKA GIOVANNA VELOZA MARTÍNEZ

Psicóloga. Especialista en Estudios

LILIANA ANDRADE FORERO

Médica. Mg. Medicina Tropical y Salu

CRISTINA VILLARREAL

Psicóloga. Directora Ejecutiva Fundació

ATALIA PINEDA

Polítóloga y Antropóloga. Mg. Políticas y Admini

Directora de la Fundación Si Mujer-

ZULMA CONSUELO URREGO MENDOZA

Médica Psiquiatra. Epidemióloga

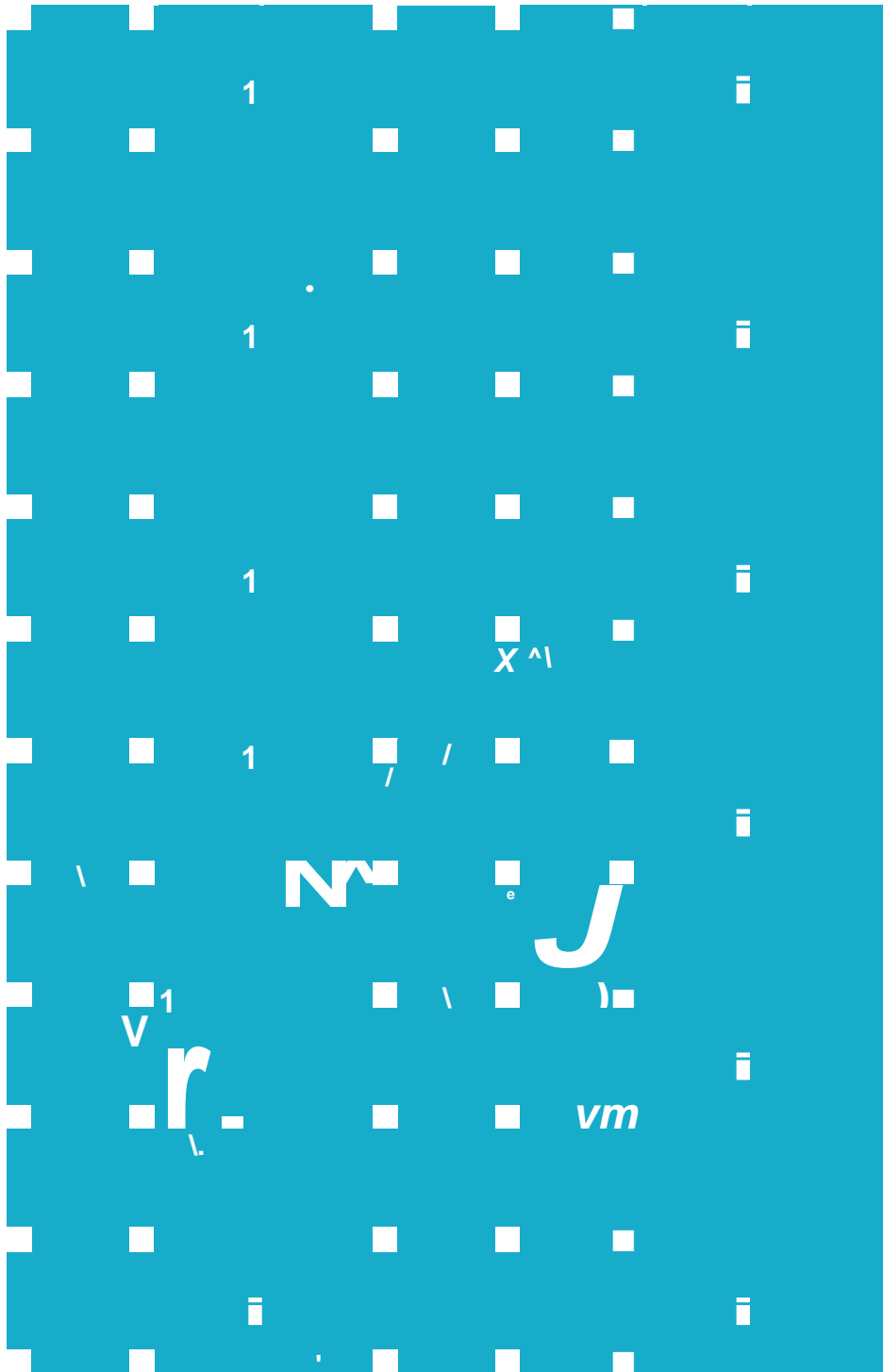
d Pública

ÁLVARO JAVIER GIRÓN CEPEDA IER GIRÓN CEPEDA

Médico. Epidemiól

MIGUEL BARRIOS ACOSTA

Médico Pediatra.



^E^E^
«*fe2.

ipjgff r

Liberty
Orden

UNr ■PA

f /linisteri) de la
c Protei
Re pública de

:ción
Soci
Dmbia

Fondo i jal
de las 1

de Población
Naciones Unidas



ISE

ISI
IB

)58-99

IB
EI

