



PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA
Secretario General

TATIANA LEMUS PEREZ
Directora de Promoción y Prevención



Equipo Técnico Líder

Cielo Yaneth Ríos Hincapié
Ricardo Luque Núñez
Pablo Andrés Rodríguez Camargo
Sara Paola Carrillo Jiménez

Equipo Técnico

Liliana Oliveros León
Diego Alejandro Quiroga Díaz
Jhony Alexander Riascos Oñate
Sidia Caicedo Traslaviña
Mónica Genith Castro Hernández
Juana Bernal García

Consultora OPS

Jenny Carolina Lopez Pacheco

Tabla de Contenido

OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
ALCANCE	7
JUSTIFICACIÓN	8
TALENTO HUMANO	11
GLOSARIO	12
FORMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES:	14
EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (ESCNNA)	15
VIOLENCIA REPRODUCTIVA	15
CAPITULO I	17
GESTIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL	17
ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN	17
INTERVENCIONES COLECTIVAS	19
TEMAS QUE DEBEN INCLUIRSE EN LAS ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN EN SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD:	22
PREPARACIÓN INSTITUCIONAL	25
CAPITULO II	27
MOMENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES	27
MOMENTO 1 RECEPCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS VÍCTIMAS/SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIAS SEXUALES	27
RECOMENDACIONES PARA EL TALENTO HUMANO QUE REALIZA LA ATENCIÓN INICIAL	29
MOMENTO 2 ASISTENCIA DE PRIMERA LÍNEA (PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS): ANIMA	29
ASISTENCIA DE PRIMERA LÍNEA ANIMA A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS/SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIAS SEXUALES	30
MOMENTO 3 OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	33
ORIENTACIONES GENERALES PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES	34

MOMENTO 4	36
VALORACIÓN INTEGRAL INICIAL DE LAS PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES	36
MOMENTO 5 ANAMNESIS	39
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES	43
MOMENTO 6 EXAMEN FÍSICO	45
MOMENTO 7 TOMA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS CLÍNICAS	55
MOMENTO 8 ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS, TRATAMIENTO O VACUNACIÓN	61
CONSIDERACIONES GENERALES DE LA EXPOSICIÓN A LAS ITS: VIH, HTLV, HEPATITIS B Y C EN LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES	61
ATENCIÓN INTEGRAL DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL MARCO DE LAS VIOLENCIAS SEXUALES	66
MOMENTO 9 TOMA DE PRUEBAS CON FINES FORENSES	68
CONSIDERACIONES PARA LAS MUESTRAS TOMADAS EN IPS PÚBLICAS O PRIVADAS	68
KIT PARA LA TOMA DE MUESTRAS FORENSES	71
CADENA DE CUSTODIA	73
MOMENTO 10 INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y SU FAMILIA POSTERIOR A LA ATENCIÓN INICIAL - ANTES DEL PLAN DE CUIDADO Y DEL ALTA	73
ORIENTACIONES GENERALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	74
MOMENTO 11 PLAN DE CUIDADO	76
ORIENTACIONES PARA EL SEGUIMIENTO	76
SEGUIMIENTO CLÍNICO AMBULATORIO	77
MOMENTO 12 ACTIVACIÓN DE LA ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL	78
CAPÍTULO III	82
RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE REGISTRO DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA LAS VIOLENCIAS SEXUALES	82



INTRODUCCIÓN

Las violencias sexuales son una grave vulneración de los derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y los derechos reproductivos, el derecho a la dignidad humana, a la integridad, a la libertad, a la igualdad, a la autonomía y el derecho a una vida libre de violencias entre otros. Constituye una prioridad en la salud pública por su magnitud y por el profundo impacto a corto y largo plazo en la salud física, mental, espiritual y relacional, así como en la vida productiva, el curso de vida, el entorno familiar, comunitario y social, tanto de quienes son víctimas, como de sus familias y comunidades donde se presentan estos hechos.

En este sentido, este Ministerio, en cumplimiento de sus funciones y competencias, expide el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencias Sexuales, como la herramienta técnica, conceptual y metodológica para la orientación a los prestadores y el talento humano, así como a los demás los actores del SGSSS en la atención integral a las víctimas de violencias sexuales.

La integralidad de la atención constituye uno de los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud, por lo tanto, se requiere el desarrollo de acciones coordinadas que incidan en los resultados en la salud integral de las personas víctimas de violencias sexuales. Los diferentes niveles de gestión y de atención de la salud deben avanzar de manera consensuada y articulada de acuerdo con sus competencias para implementar de manera efectiva acciones que modifiquen los determinantes de manera positiva y garanticen el derecho a la salud y el más alto nivel de bienestar.

El Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencias Sexuales se constituye en una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que da cuenta de las responsabilidades de los actores en la garantía de las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y seguimiento a las personas víctimas de violencias sexuales.

Este Protocolo se desarrolla a través tres capítulos; el primero describe la gestión integral que se requiere para la implementación del protocolo, incluyendo las



actividades de intervenciones colectivas; el segundo, describe los momentos acerca del proceso de atención y brinda orientaciones e instrucciones una vez ingresa la persona víctima a la institución de salud, para el abordaje integral y la articulación intersectorial y el tercero da las recomendaciones para el proceso de registro a través de las herramientas de captura de información y notificación obligatoria inherentes al sector salud.

OBJETIVO GENERAL

Brindar a los prestadores de servicios de salud, talento humano en salud y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS una herramienta técnica, conceptual y metodológica con los criterios indispensables para el abordaje integral en salud de las víctimas de violencias sexuales, la activación de la respuesta intersectorial y la gestión de la información.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los procedimientos, dispositivos, medicamentos, resultados esperados y acciones concretas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento necesarias para la atención integral en salud, oportuna y de calidad a las víctimas de violencias sexuales, evitando la revictimización.
2. Orientar la activación efectiva de la ruta intersectorial desde el sector salud para el acceso a la protección, justicia y los servicios sociales del Estado, así como las rutas diferenciales, en donde aplique.
3. Fortalecer los procesos de gestión de información que permitan caracterizar el comportamiento del evento para la toma de decisiones y el ajuste de las políticas públicas orientadas a la prevención, atención, protección, restablecimiento de derechos y acceso a la justicia de las víctimas de violencias sexuales.

ALCANCE

El Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencias Sexuales es de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional por parte de los prestadores y el talento humano en salud que atiende a víctimas de violencias sexuales. En desarrollo de la normativa vigente, integra procesos y procedimientos para todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud: la Superintendencia Nacional de Salud, las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o las entidades que hagan



su vez, las entidades promotoras de salud, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades adaptadas en salud, las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción, los prestadores de servicios de salud, los servicios de transporte especial de pacientes, las entidades responsables de las intervenciones relacionadas con el diagnóstico, tratamiento y en general, que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones así como las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud en el marco de sus competencias. Adicionalmente brinda información pertinente para los sectores de protección y justicia, acerca de la articulación intersectorial que hace parte de la atención integral de las víctimas de violencias sexuales.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el informe estimaciones globales y regionales de violencia contra las mujeres¹, el 35% de las mujeres en el mundo han sido víctimas de violencia física o sexual perpetrada por su pareja o por personas diferentes a su pareja. Adicionalmente se documentó que las mujeres que han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja presentan con mayor probabilidad problemas de salud.

En la región de las Américas, la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública, justicia social y derechos humanos. Una de cada tres niñas y mujeres sufre violencia física o sexual a lo largo de su vida, sobre todo por parte de la pareja. Aproximadamente un 58% de niñas, niños y adolescentes entre los 2 y los 17 años sufren abusos físicos, sexuales o emocionales cada año en América Latina y 61% en América del Norte y 120 millones de niñas han tenido algún tipo de contacto sexual contra su voluntad antes de cumplir los 20 años².

Desde el año 2012, a partir de la vigencia del Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual (Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS), el Instituto Nacional de Salud (INS) incorporó a sus procesos de vigilancia en salud pública las violencias de género, violencia intrafamiliar y ataques con agentes químicos. Desde este año a la

¹ Estimaciones regionales: la violencia contra mujeres y niñas: una realidad que persiste en las Américas. Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (24 de noviembre de 2025). Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estimaciones-regionales-violencia-contra-mujeres-ninas-realidad-que-persiste-americas>

² Protocolo de vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos - Evento 875 Instituto Nacional de Salud- República de Colombia (2024)



fecha, se ha evidenciado un aumento representativo de casos por violencias de género, en especial para las violencias sexuales.

La notificación del evento ha variado desde 2013 a 2024, reflejando un aumento de un 150%. Teniendo en cuenta que no todas las violencias son notificadas o reportadas a las autoridades, es evidente que los datos muestran una tendencia creciente, principalmente de las violencias físicas y sexuales³.

Analizando el tipo de violencia, la violencia física fue la más reportada (46%), seguida de la violencia sexual (27%), con unas diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres siendo estas últimas las que presentan mayores tasas (Promedio 2021 – 2024 para hombres de 19,4 y para mujeres de 116,5 por cada 100.000 habitantes). Solo para el año 2023, se registraron un total de 42.167 casos, 4.687 casos más que en el año 2022 (37.480 casos), de los cuales el 83,7% de las víctimas son mujeres y siendo preocupante que el 77,27% de los casos de las violencias sexuales en Colombia, se reportan en niños, niñas y adolescentes; la adolescencia fue la etapa más afectada por las violencias sexuales con 19.241 casos en el periodo de 2021 a 2024 (44%), seguida de la infancia (21,7%) y juventud (13,3%), de estos el 84% fueron mujeres, el grupo étnico más reportado fue “otro” (94,9%) y en su mayoría de población perteneciente al régimen subsidiado en salud. (54,8%)⁴

Con respecto a las secuelas y el impacto a mediano y largo plazo de las violencias sexuales, la Encuesta de Violencias contra niños, niñas y adolescentes (VACS) realizada en el año 2018, reporta que las mujeres entrevistadas entre las edades de 18 y 24 años que fueron víctimas de violencia sexual en la infancia presentaron: malestar psicológico en los últimos 30 días un 71,8%, consumo excesivo de alcohol un 40,4%, 16,4% decidió fumar habitualmente, uso drogas en los últimos 30 días después del hecho un 11%, el 23,3% se hizo daño intencionalmente, el 49,9% alguna vez pensó en el suicidio, el 63,5% alguna vez intentó suicidarse y el 13,9% sintió alguna vez un síntoma emocional o fue diagnosticada con algún síntoma.

Por su parte, cerca de 67,4 % de los niños y adolescentes de género masculino reportaron haber sufrido múltiples eventos antes de cumplir 18 años y el agresor más común en el primer evento de violencia sexual fue un amigo, compañero de estudios o vecino, en aproximadamente 61.0 % de los casos⁵.

³ Informe anual de la notificación de eventos de interés en salud pública, INS 2024

⁴ Datos tomados de la página de SIVIGE: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onviolenciasgenero/Paginas/home.aspx>

⁵ Encuesta de Violencias contra niños, niñas y adolescentes (VACS) 2018. Pág 48 y 49

También se ha documentado que la violencia sexual contra hombres y niños heterosexuales y cisgénero tiene impactos diferenciales por los estereotipos de género asociados a las concepciones culturales de masculinidad, como estigmas relacionados a la orientación sexual o barreras de acceso a servicios de salud por percepciones erróneas de que los hombres y niños no pueden ser víctimas/sobrevivientes de violencias sexuales.⁶⁻⁷

Con relación a las violencias contra hombres y niños, de los 22.106 exámenes medicolegales por presunto delito sexual realizados en Colombia por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) en 2024, el 12,50% corresponde a hombres y niños.⁸; de los 2.126 casos de presunto delito sexual contra población extranjera reportados en Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en 2024, el 16% corresponde a hombres y niños; de ellos, el 51,32% se refiere a niños entre 6-11 años, y el 26,98% a adolescentes entre 12-17 años. En el 95% de los 325 casos de hombres y niños la nacionalidad reportada es la venezolana.⁹ De las 48.234 personas registradas por la Unidad para las Víctimas como *víctimas de delitos contra la libertad e integridad sexual en el marco del conflicto armado* con corte de 30 noviembre de 2025, 43.724 (90,6%) son mujeres y niñas, 4.499 (9,3%) son hombres y niños y 7 (0,01%) son intersexuales.¹⁰

Entre 1959 y 2020 se han registrado 15.760 víctimas de violencia sexual en el país, en el marco del conflicto armado.¹¹ El 61,8 % de las víctimas corresponde a mujeres y el 30,8 % a niñas y adolescentes (ambas categorías suman el 92,6 % del total). El rango de edad más frecuente para las personas que han sufrido este tipo de abusos está entre los 14 y los 17 años.

De las víctimas de violencias sexuales en el marco del conflicto armado con pertenencia étnica, el 87,36 % corresponde a afrodescendientes, el 12,14 % a indígenas, el 0,29 % a palenqueras y el 0,21 % a personas del pueblo gitano. También es necesario recalcar en este contexto que las personas con identidades de género y orientaciones sexuales diversas –mujeres lesbianas, hombres gays, personas transexuales, bisexuales o intersexuales– han sufrido distintos

⁶https://allsurvivorsproject.org/wp-content/uploads/2024/10/Final-Colombia-Health_Report_ES.pdf

⁷<https://www.comisiondelaverdad.co/sites/default/files/2022-08/Caso%20Violencias%20Sexuales%20contra%20Hombres.pdf>

⁸ INMLCF, Boletín Estadístico diciembre de 2024, pág. 7. https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/1003294/Boletin_diciembre_2024.pdf

⁹ SIVIGE, Observatorio Nacional de Migración y Salud (ONMS), Casos de VBG Valorados por INMLCF corte 31 octubre 2024, <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/Paginas/Observatorio-Nacional-de-Migracion-y-Salud.aspx>

¹⁰ Unidad para las Víctimas, Reportes del Registro Único de Víctimas, fecha de corte de 30 de noviembre de 2025, <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Cifras/#!/enfoqueDiferencial>

¹¹ Observatorio de Memoria y Conflicto del CNMH



repertorios de violencias sexuales en el marco del conflicto armado, que buscan imponer un orden social en el que no tienen cabida las formas de vida que se apartan de la heterosexualidad¹².

Las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas también son víctimas de violencias dada por relaciones asimétricas o de poder que se generan por la sobrevaloración de lo masculino y la subvaloración de lo femenino, discriminando las diferentes formas de orientación sexual e identidades de género no heteronormativas.

De acuerdo con reportes realizados por la Defensoría del pueblo, en 2023 se atendieron 480 casos de personas víctimas de violencia con orientaciones sexuales diversas (232) o identidades de género diversas (248), dentro de los que destacan la violencia psicológica, física y sexual; esto permite visibilizar la manera como estas violencias se legitiman en los diferentes entornos llevando a graves violaciones de los derechos humanos.¹³

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante resaltar que, en el presente protocolo, se ajustan e incluyen las necesidades específicas que se han identificado durante la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencias Sexuales.

Cabe señalar que, cualquier persona independiente de su género, orientación sexual, edad entre otras, puede ser víctima/sobreviviente de violencia sexual y en este sentido, la identificación, valoración y atención oportuna e individualizada de los casos por parte de los profesionales de la salud es la que permite construir de manera interdisciplinar un plan de cuidado con herramientas, intervenciones y tratamientos acordes con las necesidades integrales de las personas sobrevivientes a violencias sexuales, que les permitan el restablecimiento de su salud en todas las dimensiones, ofreciendo a la víctima/sobreviviente las herramientas para reconstruir su proyecto de vida y garantizando la protección, justicia y no repetición, así como el derecho a una vida libre de violencias.

TALENTO HUMANO

La prestación de las atenciones dispuestas en el Protocolo de Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencias Sexuales está a cargo del talento humano

¹² <https://centrodememoriahistorica.gov.co/> - 2021

¹³ Una Radiografía del Prejuicio: Boletín anual 2023 de derechos humanos de personas OSIGD-LGBTI; Defensoría del Pueblo, República de Colombia (2023)



contemplado en cada una de las intervenciones, que deberá contar con las competencias generales y establecidas en la normativa vigente para la atención integral en salud de las personas, las familias y comunidades, bajo los enfoques de curso de vida, género, diferencial, de derechos y de salud integral.

Los prestadores deben mantener y vigilar los procesos de selección, inducción y reinducción del talento humano para garantizar la calidad y oportunidad de la prestación de las atenciones, esto incluye contemplar la inclusión de los contenidos del presente documento en la inducción a los profesionales que inician su servicio social, en los términos estipulados en la Ley 1164 de 2007 y reglamentado en las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014 del MSPS, así como la exigencia de los constancias de formación continua en salud reglamentados por la Resolución 3100 de 2019, o la norma que la reemplace o sustituya.

Se recomienda que las atenciones prestadas a niños, niñas y adolescentes con sospecha o víctimas de violencias sexuales sean realizadas por el médico especialista en pediatría cuando esté disponible en la institución; en caso de no estar disponible o no tener habilitado el servicio de pediatría, el personal asistencial deberá tener en cuenta las consideraciones para la atención diferencial de esta población, contenidas en el presente protocolo y definir oportunamente si el menor requiere remisión prioritaria para valoración o seguimiento por medicina especializada.

GLOSARIO

VIOLENCIAS SEXUALES: Todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre una persona a través del uso de la fuerza; la amenaza del uso de la fuerza; la coacción física, psicológica o económica; el abuso o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal aprovechando las situaciones y condiciones de desigualdad; y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor, en todo caso, en ausencia de consentimiento libre, previo, expreso e informado de la persona.¹⁴

Las formas de coacción pueden ser chantaje, soborno, manipulación, entre otros. Incluye los casos en los que el(la) agresor(a) obligue a la víctima a realizar alguno de estos actos con terceras personas, los casos en los que la persona no ha otorgado o no puede otorgar su consentimiento (bien sea por encontrarse

¹⁴ Ley 1146 de 2007, Ley 1719 de 2014 y ley 1257 de 2008. Definición aprobada en la sesión del 22 de junio de 2016 del Grupo Técnico Coordinador del SIVIGE

bajo efecto de sustancias, drogas o condición de discapacidad) y todo acto sexual en menor de 14 años.

La violencia sexual incluye actos únicos, múltiples, continuos o intermitentes que, en contexto, son percibidos por la víctima, el perpetrador y/o sus respectivas comunidades como actos de naturaleza sexual. Dichos actos deben calificarse como sexualmente violentos cuando violan la autonomía sexual o la integridad sexual de una persona.¹⁵

En general, la violencia sexual comprende todo acto, conducta, práctica, omisión o amenaza de naturaleza sexual que, con o sin contacto físico, por cualquier medio, mediante el ejercicio de la fuerza, la coerción, el abuso de poder, el engaño o, en todo caso, en ausencia de consentimiento libre, previo, expreso e informado de la persona, tenga por objeto o efecto atentar, afectar, restringir o vulnerar los derechos fundamentales relacionados con la dignidad humana y especialmente la libertad, la formación y la integridad sexual; aprovechando relaciones de poder, autoridad, confianza, dependencia o situaciones de vulnerabilidad, con independencia de su tipificación penal, reiteración, intensidad o del vínculo entre la persona agresora y la víctima.

LIBERTAD SEXUAL: Derecho de toda persona a decidir de manera autónoma, libre y voluntaria sobre su vida sexual, sin coerción, violencia, presión o imposición.

FORMACIÓN SEXUAL: Derecho al desarrollo progresivo, informado y libre de la sexualidad, acorde con la edad, la dignidad humana y el interés superior, sin interferencias abusivas o instrumentalización.

INTEGRIDAD SEXUAL: Derecho a la inviolabilidad del cuerpo y la esfera sexual, libre de cualquier forma de daño, invasión, utilización o sometimiento no consentido.

VÍCTIMA/SOBREVIVIENTE: se considera que el uso de "víctima/sobreviviente" reconoce que las personas que han sufrido violencia sexual. Pueden identificarse como víctimas o como sobrevivientes y cada individuo tiene derecho a elegir el lenguaje más apropiado para expresar su propia experiencia.

¹⁵ Women's Initiatives for Gender Justice, Los Principios de la Haya sobre la Violencia Sexual, 2019, págs. 13-14, <https://4genderjustice.org/ftp-files/publications/Los-Principios-de-la-Haya-sobre-la-Violencia-Sexual.pdf>

FORMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES:

- **Explotación sexual:** obtener provecho o beneficio económico, sexual o de cualquier tipo, mediante la utilización de otra persona en la prostitución (presencial o virtual), pornografía o formas análogas de cosificación o mercantilización de la integridad sexual. El consentimiento de la víctima es irrelevante.
- **Acceso carnal:** Se entiende por acceso carnal la penetración del miembro viril por vía vaginal, anal u oral, así como la penetración vaginal o anal con cualquier otra parte del cuerpo o con un objeto.
- **Acoso sexual:** Cualquier conducta de naturaleza sexual, no deseada, verbal, no verbal o física, ejercida en una relación de poder, autoridad o jerarquía, o aprovechándose de una situación de vulnerabilidad, que tenga por objeto o efecto afectar la dignidad, la libertad, la integridad o los derechos de la persona, crear un ambiente intimidante, hostil, humillante u ofensivo, o condicionar decisiones laborales, académicas, contractuales o institucionales.

Puede manifestarse mediante comentarios, insinuaciones, gestos, miradas, mensajes, solicitudes de favores sexuales, chantajes o amenazas, entre otras conductas.

- **Acto sexual violento o abusivo:** acción o comportamiento sexual que puede configurarse a partir de una o varias conductas coercitivas o abusivas, como roces o tocamientos de connotación sexual por fuera de las vías vaginal y anal. Conductas que involucran zonas íntimas, sexuales o erógenas, es decir, de estimulación o excitación (senos, cuello, nalgas, orejas, ombligo, entre otras) de la víctima o del agresor. Tocamientos e inducción a observar contenidos sexuales. Puede ser violenta (con el uso de la violencia o en un contexto violento) o abusiva (sin violencia o con el aprovechamiento de una situación donde la víctima es incapaz de resistir o es puesta en incapacidad de resistir). Conductas de connotación sexual que no necesariamente requieren desnudez. Conductas de connotación sexual que no necesariamente requieren contacto corporal entre el agresor y la víctima (incluye: masturbación en presencia de la víctima, exhibición de genitales, etc.).
- **Desnudez forzada:** es toda acción o comportamiento en el que se somete a una persona a desnudarse total o parcialmente, o a permanecer desnuda en escenarios públicos o privados.

- **Mutilación genital femenina:** todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones causadas a los órganos genitales femeninos por motivos no médicos.
- **Otras Violencias Genitales:** todas las acciones o prácticas que, de manera intencional y por razones no médicas, alteren o lesionen los órganos sexuales de hombres, mujeres, adolescentes, niños y/o niñas, los cuales pueden ser realizados ante o post mortem, como, por ejemplo, la castración, escisión de órganos genitales incluyendo la circuncisión forzada, las descargas eléctricas o electrocución y los golpes contra los genitales.¹⁶

EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (ESCNA)

Utilización del cuerpo de un niño, niña o adolescente con fines de dominación, gratificación o lucro, a cambio de una retribución tangible o intangible, o de una promesa de retribución para el niño, niña o adolescente. Abarca un conjunto de delitos contra los derechos fundamentales de la niñez y adolescencia que se pueden dar en los diferentes contextos: prostitución, comunidades, conflicto armado, migraciones forzadas, viajes y turismo, zonas de fronteras, virtual (TIC), actividades extractivas, obras de infraestructura y megaproyectos, corredores carretables y fluviales.¹⁷

VIOLENCIA REPRODUCTIVA

- **Aborto forzado:** el que a través de la violencia interrumpa u obligue a interrumpir el embarazo de la persona sin su consentimiento.
- **Anticoncepción forzada:** “es toda acción en la que se priva a una persona de su capacidad de reproducción biológica de forma temporal” (Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género [SIVIGE], 2020)
- **Embarazo Forzado:** consiste en obligar a quien ha quedado en embarazo a continuar con la gestación.

¹⁶ Comisión de la Verdad, 2021, pág. 106, https://qbvaor.net/sites/default/files/2021-11/Guidance%20Note%20Male%20Survivors_FINAL29.9.21.pdf).

¹⁷ Línea de política pública de prevención y erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes ESCNA 2018-2028 pag. 12. Ministerio del Trabajo República de Colombia

- **Esterilización forzada:** el que, por medio de la violencia, priva a una persona de la capacidad de reproducción biológica.

Debe tenerse en cuenta que las Violencias Sexuales pueden presentarse en diferentes entornos (Hogar, Escolar, Institucional, Comunitario) así mismo, en el marco del conflicto armado y de las migraciones forzadas.

El enfoque de la atención debe ser diferencial cuando las violencias se presentan en población indígena, en el marco del conflicto armado, en población con orientaciones sexuales o identidades de género diversas, personas con discapacidad y población migrante.

SISTEMA DE CADENA DE CUSTODIA: proceso documentado que detalla cada transferencia y movimiento del material de prueba durante un proceso judicial. Asegura la integridad y condiciones originales de las pruebas, rastrea su ubicación y custodia a lo largo del tiempo y documenta cualquier modificación realizada. En Colombia, este registro debe cumplir con el formato establecido en la normativa vigente sobre procedimientos de cadena de custodia.

ELEMENTO MATERIAL PROBATORIO (EMP): incluye cualquier objeto, instrumento o medio utilizado para descubrir la verdad en una investigación penal. Esto abarca huellas, marcas o rastros de origen físico, químico, biológico o electrónico, que pueden ser detectados mediante los sentidos o tecnología forense. El análisis de estos elementos proporciona la base científica para identificar a los autores, confirmar o descartar la comisión de un delito y reconstruir los hechos.

EVIDENCIA FÍSICA (EF): se refiere a cualquier elemento tangible, grande o pequeño, que puede ser analizado para confirmar o refutar una hipótesis en un proceso judicial.



CAPITULO I

GESTIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

1. La atención en salud a víctimas de violencias sexuales es una **URGENCIA** (Decreto 412 de 1992) y requiere una evaluación clínica integral que permita clasificar la gravedad de la condición clínica, la necesidad de acceso a tratamiento y definir la ruta asistencial más adecuada y oportuna. Esta evaluación debe realizarse en el primer punto de contacto del sistema de salud, incluyendo servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización y garantizada en las diferentes modalidades: intramural, extramural o telesalud, según disponibilidad local (urbana o rural)
2. Todas las instituciones y equipos involucrados deberán asegurar la **CONFIDENCIALIDAD**, es decir la reserva, manejo seguro y protección integral de la información personal y sensible de las víctimas/sobrevivientes de violencias sexuales en cada fase del proceso de atención. La recolección, almacenamiento, uso y circulación de datos deberá realizarse bajo medidas estrictas de seguridad, asegurando que únicamente el personal autorizado acceda a la información y que se minimicen los riesgos de divulgación no consentida.
3. La atención integral en salud a las víctimas de violencias sexuales está centrada en la persona y orientada a preservar su vida y a restablecer su salud y bienestar, integrando a sus familias, comunidades y el territorio donde habitan, reconociendo las diferencias y particularidades poblacionales y territoriales.
4. Todas las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual, sus familias y personas significativas de su entorno, serán atendidas de forma prioritaria en el sector salud.
5. Todos los prestadores de servicios de salud, sin importar su nivel de complejidad, deben contar con rutas de atención diferenciadas y equipos capacitados para brindar atención inicial y derivación efectiva e inmediata de las víctimas según se corresponda. Implementar un modelo clínico resolutivo y diferenciado mejora la calidad en la atención, evita la revictimización y permite la atención en servicios más accesibles y efectivos.
6. Todos los prestadores de servicios de salud, sin importar el nivel de complejidad de servicios que ofrezca, incluyendo aquellos que brindan

atención en consulta externa, prioritaria o ambulatoria, deben contar con un conjunto básico de insumos clínicos y medicamentos esenciales que permitan brindar la asistencia inicial en salud a personas víctimas de violencias sexuales de forma inmediata, segura y resolutive y los profesionales de atención deben estar capacitados en su utilización y suministro.

7. Se debe realizar gestión de la disponibilidad, suficiencia y completitud de las redes integrales e integradas territoriales (RIITS) para la prestación de servicios y garantizar la entrega de los procedimientos individuales y colectivos contemplados en el Protocolo de Atención Integral en Salud a Personas Víctimas de Violencias Sexuales de forma accesible, con calidad y sin fragmentar los servicios teniendo en cuenta las disposiciones normativas vigentes.
8. La atención integral en salud a todas las personas víctimas de violencias sexuales está incluida en su totalidad en los planes básicos de atención en salud, está exenta de copagos y cuotas moderadoras y se debe garantizar de acuerdo con este protocolo, sin fraccionar en ningún momento la atención ¹⁸
9. La valoración en salud es integral: física, mental, biopsicosocial por las diversas maneras como las violencias afectan el estado de salud y el equilibrio, proyecto, ciclos o espirales de vida de las víctimas/sobrevivientes, sus familias o comunidades.
10. La atención en salud debe proporcionarse sin imponer obstáculos frente a la garantía del derecho a la salud y de los demás derechos que deben ser restituidos en razón de las violencias sexuales, atendiendo el principio de debida diligencia y debe proporcionarse libre de toda acción con daño o que se pueda considerar violenta o coercitiva por parte del talento humano, de los prestadores de servicios de salud o aseguradores, para evitar cualquier impacto o daño psicológico, económico, físico y sexual, que tienda a anular cualquier expresión de inconformidad con los servicios brindados por los profesionales en las instituciones de salud.
11. Toda persona migrante o extranjera que se encuentre dentro del territorio nacional de manera permanente, transitoria o pendular, víctima de violencias sexuales, debe ser atendida de acuerdo con los contenidos de este protocolo y a recibir los servicios de manera gratuita en la atención de urgencias.

¹⁸ De conformidad con lo previsto en la Ley 1438 de 2011 y demás normas concordantes, las atenciones en salud para las víctimas de violencia sexual están exentas de copagos y cuotas moderadoras.

12. En el caso de que los hechos de violencias sexuales hayan ocurrido en el marco del conflicto armado, se debe proporcionar y dar continuidad a la atención en salud, y consultarle a la víctima si ya ha sido incluida en el Registro Único de Víctimas –RUV- o en una decisión judicial expedida por la jurisdicción ordinaria o por la Jurisdicción Especial para la Paz, para ser afiliada de manera inmediata al SGSSS (Circular 018 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social) o mediante cualquier otra decisión emitida en el marco de un mecanismo de justicia transicional. En caso de que no cuente con dicho registro, se debe consultar a la persona su voluntad de querer realizar dichos registros, si la respuesta es positiva, se deben llevar a cabo los procesos de articulación con las autoridades competentes para su reconocimiento como víctima en el conflicto armado y posterior afiliación al SGSSS.
13. La falta del registro o de la decisión judicial, no debe configurarse en barrera para la atención integral en salud.
14. La atención integral en salud a las personas víctimas de violencias sexuales que se reconozcan pertenecientes a un grupo étnico debe permitir la inclusión de la familia y la comunidad, lo anterior solo en el caso de que haya sido solicitado y aceptado por la persona víctima/sobreviviente, con el objetivo de recuperar el equilibrio, de acuerdo con la cosmovisión, usos y costumbres del grupo étnico afectado.
15. Para la atención integral de las personas con discapacidad deberán determinarse y proveerse los apoyos y ajustes razonables y salvaguardias, para la atención integral durante todos los pasos que hacen parte del presente protocolo (Resolución 1904 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social o la que la que la modifique o sustituya).

INTERVENCIONES COLECTIVAS

Las intervenciones colectivas se definen como: “un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio” (Resolución 3280 de 2018).

Estas intervenciones se realizarán de manera complementaria a las intervenciones de atención en salud integral definidas en el presente protocolo y deben ser coordinadas de forma articulada entre los diferentes actores del



SGSSS y reflejadas en los Planes de Acción en Salud de los territorios, garantizando su ejecución por los actores definidos en el Decreto 0858 de 2025 y la Resolución 1597 de 2025.

Las intervenciones colectivas deben materializarse en acciones de Información en salud, Educación para la salud y Comunicación dirigidas a las personas, familias y comunidades, en los entornos Hogar, Comunitario, Educativo e Institucional y deben ser ajustadas según el tipo de población, lenguaje, usos y costumbres de los grupos étnicos, el territorio y los contextos socioculturales donde se desarrollarán las acciones.

Se orientan los contenidos de las intervenciones colectivas en los diferentes entornos, para apoyar la implementación del Protocolo de Atención a Víctimas de Violencias Sexuales de la siguiente manera:

Tabla 1. Orientaciones para las Intervenciones Colectivas en la prevención e identificación de violencias sexuales

NOMBRE	CONTENIDO
Información en salud	<p>Orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias y comunidades, mediante mensajes clave relacionados con las prioridades definidas con relación al acceso a los servicios de salud y la garantía de los derechos de las víctimas de violencias sexuales.</p> <p>La información para la salud estará a cargo en el territorio de los Equipos Básicos en Salud, los gestores comunitarios y el talento humano que sea definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Incluir mensajes que promuevan relaciones respetuosas y la prevención de comportamientos de riesgo (por ejemplo, violencia de género y abuso sexual) y la promoción de entornos protectores y prácticas saludables de vida.</p>
Educación para la salud	<p>Estará ajustado a los resultados esperados, las capacidades a desarrollar y los contenidos de educación para la salud en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas para las Entidades Territoriales y en los lineamientos establecidos para los Prestadores de Servicios de Salud y Talento Humano en relación con lo exigido en la constancia de asistencia a las actividades la formación continua (Resolución 3100 de 2019 y Resolución 1597 de 2025 o las normas que la modifiquen o sustituyan). Tendrá dos componentes fundamentales:</p>

	<p>La educación comunitaria, la cual deberá contener los temas priorizados propuestos en el presente protocolo y adaptarse de acuerdo con las necesidades de cada red. Debe contener evidencia del desarrollo de espacios con participación social y comunitaria para la construcción.</p> <p>La formación continua al Talento Humano, bajo la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud quienes en forma periódica solicitarán las constancias necesarias y realizarán al interior de las instituciones los procesos de evaluación de adherencia y de garantía a la calidad de la atención de acuerdo con lo definido por la normativa vigente. Esta formación y seguimiento tendrá el apoyo de las Entidades Territoriales y de las instituciones de educación superior y continuada vigiladas por el Ministerio de Educación.</p>
<p>Comunicación en Salud</p>	<p>Las Entidades Territoriales del orden departamental y municipal, los prestadores de servicios de salud y las EAPB o quien las reemplace o sustituya, deben construir un plan de comunicaciones periódico, con enfoque cultural y étnico de piezas comunicativas que brinden información a la población acerca de los temas definidos en el presente apartado.</p>
<p>Conformación y fortalecimiento de redes familiares, sociales y comunitarias</p>	<p>Designación de estructuras o dinámicas de vínculos o interacciones entre diferentes actores o miembros de un territorio, que pueden ser instituciones públicas o privadas, organizaciones y grupos de diferentes tipos, comunidades, familias o personas, que coordinan acciones conjuntas a través de las cuales comparten e intercambian conocimientos, experiencias y recursos (económicos, físicos, personales, sociales) para generar alternativas novedosas que les permitan potenciar esos recursos y sinergias para alcanzar un objetivo, en este caso, la prevención de las violencias sexuales en los entornos hogar, familiar y comunitario.</p> <p>Debe tener en cuenta el marco de la Resolución 2628 de 2025 con relación a la articulación con las Organizaciones de Base Comunitaria y desarrollar los temas recomendados en el presente apartado.</p>

Fuente: Elaboración propia



TEMAS QUE DEBEN INCLUIRSE EN LAS ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN EN SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

1. Derechos de las Víctimas de Violencias Sexuales
2. Los tipos y formas de presentación de violencias sexuales según los entornos y contextos socioculturales.
3. Mensajes que reconozcan que la violencia sexual puede ocurrirle a cualquier persona sin importar su edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, características sexuales, su pertenencia étnica, política o religiosa, su estatus migratorio, etc. Es ideal ejemplificar tipos y formas para cada grupo social de manera que la persona víctima/sobreviviente pueda reconocerse y buscar ayuda.
4. La importancia de que las personas víctimas de violencia sexual acudan inmediatamente o por lo menos, lo más pronto posible a los servicios de salud de urgencias médicas o puedan consultar a las personas de los equipos nucleares de salud del territorio. Se debe informar que, si es posible, aporte la ropa y otros elementos como preservativos, papeles, toallas o instrumentos de aseo empleados o presentes durante o después de los hechos.
5. Las actividades que los servicios y Equipos Básicos de Salud (EBS), disponibles en el territorio, realizarán en identificación, atención y canalización a urgencias de las víctimas de violencias sexuales.
6. Los horarios de atención a esos servicios de salud, con énfasis en aquellos que están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana.
7. Los riesgos y vulnerabilidades individuales, familiares o colectivos de ser víctima de violencia sexual, teniendo en cuenta el momento del curso de la vida en la que se encuentre la persona víctima, el contexto familiar y comunitario, el contexto de emergencia humanitaria, de conflicto armado o de migración, la condición, procedencia, y pertenencia étnica y en general de los determinantes sociales identificados en cada población y territorio.
8. Debe presentarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables:

- Personas menstruantes y adolescentes usuarios de atenciones en salud sexual y reproductiva
 - Niñas y mujeres jóvenes: de 10 a 24 años. (OMS,2022)
 - Usuarías de programas de control prenatal.
 - Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes.
 - Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados.
 - Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría.
 - Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud.
 - Todas las personas con discapacidad.
 - Todas las personas privadas de la libertad en centros carcelarios.
 - Todas las personas en situación de desastre natural o emergencia
 - Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas.
 - Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afrodescendientes.
 - Personas migrantes y refugiadas.
9. El reconocimiento de las violencias sexuales como delitos (algunos hechos de violencia se configuran en diferentes delitos) que obligan a la denuncia y activación de rutas de forma inmediata para garantizar el acceso a la justicia, incluida la justicia propia y la protección y/o sanación a la persona, la familia y el colectivo y restitución y restablecimiento de sus derechos.

Gráfica 1. Derechos de las víctimas de violencias sexuales

Información: Recibir información veraz, clara, completa y oportuna en relación a sus derechos, mecanismos y procedimientos

Atención sin Revictimización: Derecho a no ser confrontadas con el agresor, no repetir relatos innecesariamente y evitar exámenes médicos reiterativos.

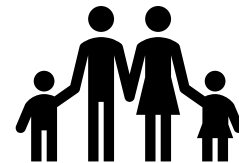
Atención en Salud: Recibir atención de emergencia (anticoncepción de emergencia, profilaxis VIH/ITS, IVE) en cualquier institución de salud, pública o privada, sin exigencia de denuncia.

Confidencialidad e Intimidad: Derecho a que se preserve la identidad y datos personales, incluyendo la confidencialidad de la información brindada.

Asesoría Jurídica: Recibir orientación, asistencia técnica legal y jurídica gratuita y especializada desde el inicio.

Mecanismos de Protección: Acceder a mecanismos de protección para las víctimas y sus familias, hijas e hijos

Trato Digno: Ser tratadas con respeto, enfoque de género y diferencial, sin discriminación por su comportamiento o pasado sexual.



Fuente: Elaboración Propia

Como estrategia para prevenir y reducir la violencia contra las mujeres, la OMS recomienda realizar intervenciones a la comunidad basados en la estrategia RESPETO, la cual hace referencia a un marco multisectorial y multiinstitucional elaborado por la OMS, ONU-Mujeres y sus asociados, que describe siete estrategias para prevenir la violencia contra las mujeres.

Gráfica 2. Estrategia RESPETO



Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2020). *RESPECTO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.19> - Diagrama elaboración propia

PREPARACIÓN INSTITUCIONAL

En las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud debe garantizarse la verificación y el mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para la prestación de las atenciones contenidas en el presente protocolo, así:

1. Garantizar que el Talento Humano en Salud de las IPS reciban inducción y reinducción periódica sobre el presente protocolo y en su sistema de garantía a la calidad se revise y evalúe la adherencia de los equipos a las atenciones y orientaciones contenidas en el presente documento, el que lo actualice o sustituya.
2. Desarrollar flujogramas de atención en salud y procesos administrativos, con los enfoques que se orientan en el presente protocolo, el documento que lo actualice o sustituya.
3. Las instituciones deberán exigir al talento humano que presente las constancias requeridas en la formación continua del Protocolo de Atención Integral en salud a Personas Víctimas de Violencias Sexuales vigente, de acuerdo con lo definido por la Resolución 3100 de 2019 o la norma que la actualice o sustituya.
4. Seguir las rutas del proceso para lograr la articulación intersectorial e interinstitucional, así como los procesos de referencia y contrarreferencia

cuando se requieran, garantizando que se cumpla el principio de confidencialidad y el respeto a la intimidad, así como la obligación de respetar la autonomía y decisiones de las víctimas/sobrevivientes.

5. Disponer del directorio de las instituciones de referencia (justicia y protección) dentro del territorio, junto a los datos de contacto institucional.
6. Activar el proceso de trabajo en red intersectorial e interinstitucional mediante un sistema de alerta que sea socializado y reconocido por el talento humano de la institución.
7. Garantizar insumos y dotación para la atención clínica y toma de muestras forenses, los cuales deben estar disponibles las 24 horas del día con la ruta definida para acceder a ellos fácilmente, garantizando que todas las personas puedan recibir la atención integral oportunamente.¹⁹
8. Implementar la Lista de verificación de los requisitos para la prestación de atención clínica de calidad a las víctimas/sobrevivientes de violencias sexuales que se encuentre vigente.
9. Proveer a la institución de los recursos necesarios del kit de toma de muestras biológicas en casos de delitos sexuales, definida por el Procedimiento técnico para el abordaje forense y atención integral a víctimas de violencia sexual del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) que esté vigente.
10. Garantizar que el talento humano en salud cuente con las competencias técnicas actualizadas para la toma de muestras biológicas y el manejo de la cadena de custodia en casos de violencias sexuales de acuerdo con los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
11. Disponer de ambientes no intimidantes que garanticen la privacidad y comodidad para las personas a valorar y que reduzcan la necesidad de desplazamiento para la toma de muestras o exámenes, así como para valoraciones complementarias.

¹⁹ Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja, PG 8 y 9 (OMS, 2022)



CAPITULO II

MOMENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

La atención de las personas víctimas/sobrevivientes de violencias sexuales por parte de los prestadores de salud abarca cinco momentos o etapas críticas de obligatorio cumplimiento. Su enumeración no corresponde a una secuencia, sino a la verificación de la implementación de cada uno de ellos, atendiendo las necesidades de las personas víctimas y permitiendo identificar y abordar aspectos que deben incluirse en el procedimiento.

Teniendo en cuenta la normatividad vigente, el talento humano en salud de todas las instituciones debe contar con la formación continua y la adherencia a las orientaciones del presente protocolo. Ninguna persona o institución podrá imponer barreras para la atención inicial integral.

MOMENTO 1 RECEPCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS VÍCTIMAS/SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIAS SEXUALES

Las violencias sexuales **SIEMPRE** son consideradas una **URGENCIA**, independientemente del tiempo transcurrido desde el hecho y como tal, debe ser atendida en las instituciones de salud independientemente de los servicios habilitados y de su nivel de complejidad.

Todas las personas tienen derecho a recibir atención de urgencias (Ley 1751 de 2015), cuyos tiempos de atención se determinan a partir de la gravedad del suceso y el nivel de riesgo para la vida del paciente. Todas las instituciones de salud públicas o privadas están obligadas a prestar atención inicial de urgencia a cualquier persona que lo requiera, independientemente de su capacidad socioeconómica.

En caso de que la Institución Prestadora de Servicios de Salud no cuente con servicio de urgencias habilitado y se identifique un caso de violencia sexual, se debe realizar la prestación inicial, estabilización y remisión al servicio de urgencias más cercano del territorio.

Al ingreso a una institución, la persona víctima/sobreviviente será valorada inicialmente en un espacio privado y se establecerá una clasificación de Triage I

o II de acuerdo con su condición clínica y estableciendo la prioridad y oportunidad de la atención²⁰:

Tabla 1. Clasificación de Triage para las personas víctimas/sobrevivientes de violencias sexuales

Triage I	Problemas médicos, psicológicos o de seguridad, como dolor agudo, sangrado o lesiones que pongan en riesgo vital para la salud física o mental, así como riesgo de autoagresión, esto sin importar el tiempo de evolución.
Triage II	<ul style="list-style-type: none"> • Presunta agresión que puede haber ocurrido en cualquier momento. • Necesidad de anticoncepción de emergencia. • Revelación de violencia por parte de niños, niñas y adolescentes, conductas sexualizadas y sospecha de violencia sexual por parte de una persona externa o de la familia. • Necesidad de profilaxis posexposición (PEP) para las ITS, incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). • Necesidad de recolección de elementos materiales probatorios o evidencia física, en casos donde aplique

Fuente: módulo II. Procedimiento técnico basado en la evidencia para el abordaje forense y atención integral a víctimas de violencia sexual- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2025

Para los casos en los que la persona sobreviviente no pueda ser atendida o remitida dentro de las primeras horas de la ocurrencia del evento (hasta un máximo de 120 horas) por razones de barreras geográficas, conflicto armado u otras no dependientes de los servicios de salud, se debe garantizar el suministro del kit de profilaxis posexposición (ITS/VIH, VHB, la anticoncepción de emergencia y la asistencia de primera línea que se requiera) por parte del personal de salud de atención primaria disponible, capacitado u orientado, a través de tecnologías de la información y comunicación telemedicina-telesalud.

Las EAPB o quien haga sus veces, deben garantizar la oportunidad en la entrega domiciliaria de los medicamentos y tratamientos prescritos en esta modalidad de prestación, así como los seguimientos que sean requeridos.

²⁰ Resolución 5596 del 24 de enero del 2015, o la norma que la modifique, adicione, derogue o sustituya



RECOMENDACIONES PARA EL TALENTO HUMANO QUE REALIZA LA ATENCIÓN INICIAL

- Brindar una atención pronta, extremando las medidas de acogimiento y comprensión de la persona víctima/sobreviviente.
- El personal asistencial preguntará a la persona cómo quiere ser llamada y no asumirán el sexo o género de la persona por las características físicas visibles, sin antes constatarlo con ella. Lo anterior se realiza en caso en que la estabilidad hemodinámica y el estado de conciencia lo permita.
- Deberán apoyar la identificación y contacto de las personas que la víctima/sobreviviente quiere que le acompañen durante el proceso de atención o si no desea acompañamiento.
- La entidad deberá garantizar que, previo a la prestación del servicio, se consulte a la víctima sobre su preferencia respecto del género de la o el profesional que la atenderá. En todo caso, la entidad deberá asignar, siempre que sea posible, una médica o un médico conforme a la preferencia expresada por la persona sobreviviente, asegurando un entorno de atención respetuoso, seguro y acorde con sus necesidades. En caso de no disponer del profesional del género de preferencia, se debe garantizar acompañamiento por personal de apoyo (trabajo social, psicología, etc., del género de preferencia).
- Respetar de manera estricta la confidencialidad de la información suministrada por la víctima, asegurando que solo el personal autorizado acceda a ella y que no sea divulgada sin su consentimiento.
- Abstenerse de realizar juicios de valor, culpabilizar, minimizar los hechos o reproducir estereotipos de género. El personal deberá mantener una actitud respetuosa, libre de prejuicios y centrada en las necesidades de la persona víctima.

MOMENTO 2 ASISTENCIA DE PRIMERA LÍNEA (PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS): ANIMA

La asistencia de primera línea es una parte fundamental de la atención que puede prestarse a las personas víctimas y sobrevivientes de las violencias sexuales. Implica dar respuesta de forma compasiva, con el fin de contribuir a atender sus necesidades, priorizando su seguridad y sin invadir su intimidad.

La asistencia de primera línea está en consonancia con los principios sobre primeros auxilios psicológicos, que ayudan a las personas que han experimentado episodios adversos o angustiosos. No reemplaza la atención especializada por un profesional de salud mental, (psiquiatría o psicología) sin embargo, es de gran utilidad para ayudar a la víctima posterior a un evento traumático.

Consta de cinco elementos básicos, que se resumen a continuación. Las letras de la palabra ANIMA pueden ayudar a recordarlos.

Tabla 3. Estrategia ANIMA

Letra	Significado	Descripción
A	ATENCIÓN AL ESCUCHAR	Escuche a la persona atentamente con empatía
N	NO JUZGAR Y VALIDAR	Demuestre a la persona que la comprende, que la cree y que no la juzga. Asegúrele que ella/él no tiene la culpa de lo sucedido.
I	INFORMAR SOBRE LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES	Evalúe y atienda las necesidades y preocupaciones que la persona exprese: emocionales, físicas, sociales y prácticas (p. ej. cuidado de los niños)
M	MEJORAR LA SEGURIDAD	Piense junto con la persona acerca del plan que le permita estar protegida desde ese momento, en caso de que los episodios de violencias se puedan repetir.
A	APOYAR	Apoye a la persona para que pueda acceder a la información, los servicios y el respaldo social que necesita.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2022). *Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja: elaboración de protocolos para situaciones de crisis humanitaria* (p. 10).

ASISTENCIA DE PRIMERA LÍNEA ANIMA A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS/SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIAS SEXUALES

Lo más probable es que los casos de niños, niñas y adolescentes víctimas/sobrevivientes de violencias sexuales lleguen a los servicios de salud a través de un cuidador u otro adulto. Los niños, niñas y adolescentes pueden tener dificultades para entender la magnitud de lo ocurrido o pueden experimentar miedo o vergüenza, factores que afectan su disposición y capacidad para comunicarse con el personal profesional. Teniendo en cuenta que con frecuencia

los niños, niñas y adolescentes son víctimas de Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNNA), se deben observar las siguientes orientaciones para el abordaje integral:

- Reconozca la ESCNNA como un DELITO y no como un trabajo; muchas víctimas de estas violencias no se reconocen como tal y la normalizan debido a la dinámica social y en ocasiones familiar que se evidencia y que perpetúa este tipo de violencias.
- Nunca valide el “consentimiento” en menores de 18 años para este tipo de violencias. Las intervenciones deben evitar la culpabilización y revictimización.
- Conozca las particularidades que presenta la ESCNNA y los diferentes contextos en los cuales se puede presentar con el fin de tener en cuenta las dinámicas propias de los contextos y los diferentes determinantes que influyen en la afectación de la salud mental de las víctimas.
- Reconozca los diferentes tipos de violencias sexuales en el entorno digital: Grooming (ciberacoso sexual infantil), sexting no consentido, sextorsión, distribución no autorizada de material íntimo, explotación sexual en línea.

La reacción inicial del profesional condicionará la sensación de seguridad de la persona víctima/sobreviviente y su disposición a hablar, así como su bienestar psicológico. Una respuesta positiva y comprensiva ayudará a esas niñas y niños a sentirse mejor, mientras que una respuesta negativa como negarse a creerles o enfadarse con ellas, podría causarles un daño aún mayor. Los profesionales de la salud deben ofrecer una asistencia de primera línea que tome en consideración las diferentes necesidades y esté centrada en la niña, niño o adolescente.

Los profesionales de la salud deben tener conocimientos sobre el desarrollo infantil, crecimiento y anatomía normal de los niños, niñas y adolescentes, con el fin de poder realizar una evaluación clínica e intervenciones que estén ajustadas al nivel del desarrollo.

Tabla 4. Estrategias para la atención inicial en salud mental de el/la niño, niña o adolescente -NNA-

• Escuche al niño, niña o adolescente activa y enfáticamente, y crea lo que dice.
• Sea compasivo, comprensivo y afectuoso.

<ul style="list-style-type: none"> • Explique al niño, niña o adolescente (validación) que lo que le ha ocurrido no es culpa suya y que usted le cree.
<ul style="list-style-type: none"> • Facilite a los cuidadores información sobre la atención que requiere el niño, niña o adolescente en cuestión.
<ul style="list-style-type: none"> • Suministre al niño, niña o adolescente la información necesaria de forma apropiada teniendo en cuenta su edad y el entorno en el que se produce la conversación.
<ul style="list-style-type: none"> • No cause daños: asegúrese de no acentuar el trauma que padece el niño, niña o adolescente. No se enfade, ni le obligue a contestar una pregunta para la que no está preparado, ni le haga repetir los detalles de la agresión varias veces ante distintas personas.
<ul style="list-style-type: none"> • Hable de forma comprensible para niñas, niños y adolescentes acorde con el curso de vida.
<ul style="list-style-type: none"> • Haga niño, niña o adolescente se sientan seguros durante la atención.
<ul style="list-style-type: none"> • Explíquelo al niño, niña o adolescente por qué está hablando con él.
<ul style="list-style-type: none"> • Elija a las personas adecuadas para ayudarlo, en principio, deberá asegurarse de que sean solo profesionales de la salud e intérpretes femeninas quienes hablen con niñas de las agresiones sexuales que hayan padecido. Los niños que hayan sido víctimas/sobrevivientes de violencias sexuales deberían tener la opción de hablar con un hombre o con una mujer, puesto que algunos niños suelen sentirse más cómodos con profesionales de la salud femeninos. <p>Lo más aconsejable es preguntarle al niño si prefiere hablar con un profesional masculino o femenino.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Preste atención a la comunicación no verbal. Un niño, niña o adolescente puede manifestar sentimientos de angustia mediante el llanto, temblores, ocultando su rostro o cambiando su postura corporal. Válgase también de las señales que transmite su propio lenguaje corporal para ganarse la confianza del niño, niña o adolescente.
<ul style="list-style-type: none"> • Respete las opiniones, creencias y pensamientos del niño, niña o adolescente.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2022). *Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja: elaboración de protocolos para situaciones de crisis humanitaria* (p. 40).

Crear un ambiente seguro para niños, niñas y adolescentes

Analice detenidamente quién debe estar presente durante la entrevista y la exploración de un niño, niña o adolescente sobreviviente de abuso sexual. Los profesionales de la salud deben esforzarse por evitar agravar el trauma y el malestar que sufre el menor.

Tenga en cuenta que es posible que el familiar que acompaña al niño, niña o adolescente haya sido el agresor.

Los niños, niñas o adolescentes deben ser entrevistados solos (sin que estén presentes sus cuidadores), pero ofreciéndoles la posibilidad que los acompañe una persona de apoyo (como un profesional de la salud especializado) en quien confíen. Pregunte siempre al niño, niña o adolescente quién quiere que le acompañe y respete su voluntad. Realice las siguientes acciones:

- Preséntese
- Asegúrele que no corre ningún peligro
- Hágale algunas preguntas sobre cuestiones generales como el colegio, los amigos, con quién vive, cuáles son sus actividades favoritas.
- Procure tener juguetes a la mano, especialmente en entrevistas a niños y niñas pequeños.

MOMENTO 3 OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Definición de Consentimiento Informado: Es la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades, para que tenga a lugar un acto asistencial. Para que el consentimiento se considere informado, el paciente o usuario deberá entender la naturaleza de la decisión a consentir tras recibir información que le haga consciente de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial.

Para efectos del estándar de historia clínica, el consentimiento informado es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas.

En caso de que el paciente o usuario no cuente con sus facultades plenas la aceptación del acto médico, la hará el familiar, allegado o representante responsable.²¹

La resolución 3100 de 2019 establece que “El prestador de servicios de salud cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial”²².

²¹ Resolución 3100 de 2019 del MSPS

²² numeral 11.1.6 “Estándar de Historia Clínica y Registros”, Resolución 3100 de 2019



ORIENTACIONES GENERALES PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

Para todos los casos de la atención debe obtenerse el consentimiento informado antes de iniciar la atención integral. Este consentimiento es el de la aceptación de la persona de recibir la valoración integral para la atención a las personas víctimas de violencias sexuales, sin embargo, si posterior al examen clínico se requieren procedimientos quirúrgicos o intervenciones adicionales, debe obtenerse el consentimiento para cada una de ellas.

Este consentimiento debe considerar los siguientes elementos clave:

- El objetivo de los procedimientos médicos y legales que se van a llevar a cabo, desde el inicio valoración, anamnesis, examen físico, toma de muestras clínicas y forenses en caso de requerirse.
- Registrar que la persona puede rechazar cualquier (o todos) los aspectos de la exploración y que puede abandonarla en cualquier momento, incluso después de haber dado su consentimiento inicial.
- Resolver todas las dudas e inquietudes de la persona acerca de la atención.
- Las personas deben firmar el documento como muestra de asentimiento. En caso de no saber firmar, debe consignarse la huella como voluntad de la aceptación de la víctima/sobreviviente.
- Se puede prescindir del consentimiento cuando la víctima está inconsciente y está en riesgo su vida y la toma de los elementos materiales probatorios no se puede postergar.
- Debe indicarse en caso de ser necesario, la toma de fotos y/o videos necesarios para documentar los hallazgos, en particular en el contexto medicolegal.

Consentimiento informado en niños, niñas y adolescentes

Teniendo en cuenta lo contemplado en la normativa vigente, debe garantizarse la participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de niños, niñas y adolescentes en las atenciones en



salud, de acuerdo con el concepto de autonomía progresiva y contextual, desde un enfoque de derechos humanos, género, diferencial étnico, curso de vida, discapacidad, territorial y bajo la comprensión del marco de los derechos individuales y colectivos.

En este sentido, el profesional de salud definirá si los actos asistenciales requeridos por el menor de edad son de bajo, mediano o alto riesgo y teniendo en cuenta el concepto de autonomía progresiva y contextual en la atención en salud y la edad de la persona menor de edad víctima, determinará si se requiere del Asentimiento Pediátrico, el Consentimiento Informado Pediátrico, el Consentimiento Sustituto o el documento que la normativa vigente defina para este fin.

El profesional considerará la toma de decisiones compartida y la intensidad en el acompañamiento por parte de familiares, tutores o personal de salud a elección del menor de edad, teniendo en cuenta el concepto de autonomía progresiva y contextual, el tipo de acto asistencial de acuerdo con la naturaleza de su indicación, el tipo de riesgo y los efectos para su desarrollo integral y las necesidades y condiciones particulares en el que la niña, niño o adolescente crece y se desarrolla²³.

Consentimiento informado en personas con discapacidad

Con la finalidad de que todas las personas reciban la misma protección y trato de las autoridades, así como que gocen de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación se deben proveer de los ajustes razonables, modificaciones y adaptaciones necesarias, pertinentes, que no impongan una carga desproporcionada o indebida cuando se necesiten en un caso particular para eliminar las barreras que pueda tener una persona en condición de discapacidad para dar su consentimiento informado en condiciones de igualdad en la atención integral de la víctima de violencias sexuales²⁴.

Estos apoyos deben garantizar la toma de decisiones autónoma mediante estrategias, medios, métodos y recursos de información, comunicación, tecnológicos de accesibilidad, redes de apoyo, entre otros, para tomar decisiones

²³ Resolución 309 de 2025 del MSPS

²⁴ Resolución 1904 de 2017 del MSPS



y expresar su voluntad de manera libre, informada y voluntaria en relación con la atención en salud integral²⁵.

En los casos en que, pese a la provisión de apoyos y ajustes razonables, no sea posible conocer la voluntad de la persona sobre la toma de muestras, el consentimiento será asistido por la persona de apoyo que demuestre relación de confianza y tomando en consideración las recomendaciones provistas por el profesional de la salud, a fin de hacer la mejor interpretación y voluntad de la persona con discapacidad. Así mismo, para las personas con discapacidad, se deben tomar todas las salvaguardias destinadas a evitar y asegurar que no existan los conflictos de interés o influencia indebida del apoyo sobre la persona, de acuerdo con los criterios establecidos por la normativa vigente²⁶.

Consentimiento informado en personas con pertenencia étnica

De ser requerido y con el fin de resolver las barreras relacionadas con el idioma, usos y costumbres étnicas, se recomienda contar con un intérprete o una persona de la comunidad étnica, para que permita una mejor comprensión de la información suministrada por el profesional de la salud a la víctima y en sentido contrario permita comprender la decisión tomada por la víctima ante el consentimiento informado.

Este apoyo debe ser aceptado por la víctima y se debe garantizar que sea la víctima quien otorgue el consentimiento informado y no el intérprete.

MOMENTO 4

VALORACIÓN INTEGRAL INICIAL DE LAS PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

Recomendaciones generales:

- La estabilización de las personas víctimas se regirá por los lineamientos del soporte vital básico y avanzado y las guías de manejo en urgencias por trauma más actualizadas en el país, incluyendo la realización de los procedimientos que requieren las víctimas con indicación quirúrgica

²⁵ Orientaciones técnicas para la Implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos, Ministerio de Salud y Protección Social Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/orientaciones-tecnicas-consentimiento-pcd3.pdf>

²⁶ artículo 5 de la Ley 1996 de 2019 "Criterios para establecer la salvaguarda" o la norma que la modifique o sustituya.



inmediata y los esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico para paciente agitado.

- Se debe evitar utilizar un lenguaje técnico con las personas víctimas/sobrevivientes y procurar emplear estrategias de comunicación verbales y no verbales asertivas.
- Se debe informar a las personas víctimas que el relato será transcrito en la Historia Clínica, en caso de que las autoridades requieran los datos aportados y con la finalidad de que no se requiera relatar los hechos repetidamente. Es posible que la víctima no desee o no pueda expresar lo sucedido, situación que debe respetarse y registrarse en la historia clínica.
- Una buena valoración clínica permitirá establecer un Plan Integral de Cuidado Primario en salud (PICP) pensado en el impacto y las consecuencias de las violencias sexuales.

Recomendaciones para la atención integral de Niños, Niñas y Adolescentes

Se requiere de atención por profesionales especialistas cuando tienen traumas que amenazan su vida, requieren atención médico – quirúrgica y/o medidas de su seguridad y de protección. En caso de no contar con el especialista en Pediatría, se prestará la atención integral inicial y se considerará la remisión para seguimientos y atención complementaria a necesidad.

Recomendaciones para la atención integral de personas con pertenencia étnica

Es necesario realizar una atención con enfoque intercultural en virtud de la complementariedad terapéutica, como se establece en el Decreto 1953 de 2014 y en la Resolución 3280 de 2018 del MSPS (Circular 011 de 2018 del MSPS), o el que lo modifique o sustituya.

Adicionalmente, como parte del cuidado de la salud propia e intercultural, se debe conocer por parte del personal de salud las acciones propias de la medicina tradicional de los pueblos indígenas de su territorio, para generar acciones conjuntas que permitan el restablecimiento del equilibrio que pudo causar la



situación de violencia en la comunidad o a nivel espiritual u organizativo o social según su ley de origen o los usos o prácticas propias.

Cuando la persona víctima es de una comunidad indígena debe contemplarse que se considera que estas violencias tienen impacto en las concepciones de la espiritualidad, el pensamiento y el cuidado del cuerpo, por esto se debe preguntar si ya ha recibido apoyo y tratamiento acorde con los usos y costumbres acordes con la pertenencia étnica.

La información debe brindarse de forma clara y sin tecnicismos, de tal forma que puedan ser comprendidas por las personas de cada pueblo. Estas acciones también deben realizarse con las comunidades afrocolombianas, negras, raizales, palanqueras y rom, incorporando las cosmovisiones, usos y costumbres propios.

Recomendaciones para la atención integral de personas con discapacidad

En los casos que se requieran, deberán determinarse y proveerse los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias para la atención integral de las personas con discapacidad durante todos los pasos que hacen parte integral del presente protocolo.

Se establecerá la necesidad de los ajustes razonables de comunicación (lenguaje de señas, consentimientos y documentos en Braille, etc.)

Cuando el caso de violencias sexuales contra niños, niñas y adolescentes con discapacidad sea cometido por representantes legales, cuidadores o personas que hagan parte de su entorno protector, el consentimiento informado estará a cargo de las autoridades administrativas de protección y restablecimiento de derechos o de las autoridades judiciales competentes, según corresponda y de acuerdo con la normativa vigente.

Recomendaciones para la atención integral a personas víctimas de violencias sexuales en contexto de conflicto armado

Se debe proporcionar y dar continuidad a la atención en salud y consultarle a la víctima si ya ha sido incluida en el Registro Único de Víctimas –RUV- o en una decisión judicial expedida por la jurisdicción ordinaria o por la Jurisdicción



Especial para la Paz para ser afiliada de manera inmediata al SGSSS (Circular 018 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social). En caso de que no cuente con dicho registro, se deben llevar a cabo los procesos de articulación con las autoridades competentes para su reconocimiento como víctima en el conflicto armado y posterior afiliación al SGSSS. La falta del registro o de la decisión judicial, no debe configurarse en barrera para la atención integral en salud.

MOMENTO 5 ANAMNESIS

Orientaciones para realizar la anamnesis:

- Se deben formular preguntas abiertas y claras, minimizando la necesidad de repetirlas, excepto para aclarar puntos específicos.
- Por razones de confidencialidad y seguridad se recomienda realizar la anamnesis de forma individual, ofreciendo la opción de una persona acompañante según el contexto del caso; establecer confianza y una buena comunicación iniciando la conversación con temas neutrales antes de abordar el tema de la violencia sexual.
- Realizar una evaluación integral de la persona examinada, ya que su relato proporciona información útil para tomar decisiones adecuadas para el examen físico, toma de muestras, evaluación de lesiones y tratamiento, o derivación a otros (as) profesionales.

Para lograr una adecuada anamnesis, se recomienda hacer preguntas abiertas; en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es mejor plantear preguntas que tengan varias alternativas de respuesta. Recuerde que no se debe inducir a respuestas y que la anamnesis debe orientar el examen físico y mental posterior.

Haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya aportado previamente, para esto tenga en cuenta las preguntas de la tabla:

Tabla 5. Pautas para la anamnesis

Utilizar preferencialmente preguntas abiertas que permitan a la persona víctima relatar los hechos. Ej. <i>¿Podría por favor contarme qué le pasó?</i>
Si la persona víctima pide una opinión sobre el porqué ocurrió la violencia, decirle que no fue su culpa y aclarar que la única responsabilidad de la violencia es del/de la agresor/a o de los/las agresores/as.

Ej. <i>Ninguna persona debe ser sometida a violencias sexuales. Lo que le ocurrió no tiene ninguna justificación. La persona que le hizo daño realizó un acto de violencia y es la única responsable por sus actos, no usted.</i>
Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya aportado previamente.
Utilizar un lenguaje simple y claro, adaptándolo a la edad, nivel de comprensión y lenguaje propio de la víctima.
Garantizar diversos mecanismos de comunicación aumentativa o alternativa que faciliten el diálogo con la persona víctima. Por ejemplo: reconocer los gestos, contar con implementos para dibujar y para expresar a través de un gráfico lo vivido.
Asegurar la privacidad y la confidencialidad del relato buscando espacios donde la víctima pueda hablar tranquilamente y garantizando que solo estén las personas estrictamente involucradas en la atención.

Fuente: Elaboración propia

Orientaciones para la anamnesis de niños, niñas y adolescentes.

Comience la entrevista realizando preguntas abiertas como: ¿por qué crees que estas aquí?, o ¿por qué te han dicho que te traen aquí?

- Tranquilice a la niña/o diciéndole que está allí para ayudarlo.
- Evite hacer preguntas que sugieran la respuesta.
- Explique al menor de edad que puede responder: “no lo sé” a cualquier pregunta.
- Sea paciente: deje que la niña/o vaya a su ritmo y no interrumpa su relato. Esté pendiente por si muestra signos de incomodidad o malestar, y haga las pausas que sean necesarias.
- Formule preguntas abiertas para obtener información sobre la violencia. Únicamente emplee preguntas que puedan responderse con un “sí” o un “no” para obtener alguna aclaración concreta. En el caso de las niñas, dependiendo de su edad, pregúnteles sobre su menstruación y su historia obstétrica (la historia sexual no es pertinente).
- El abuso sexual contra menores de edad suele constar de múltiples agresiones. Para hacerse una idea más clara de lo ocurrido, intente obtener información del niño/a o adolescente o de su cuidador sobre:
 - Su situación en casa (determinar si vive en un lugar seguro).
 - ¿Cómo se descubrió la violencia sexual? ¿quién fue el/la agresor/a? (permite establecer si esa persona sigue representando una amenaza y se requiere de la intervención de otros actores).
 - Si no es la primera vez que ocurre algo así, ¿cuántas veces ha sucedido y cuándo se presentó la agresión anterior? Si ha habido síntomas físicos, por ejemplo: sangrado genital, ardor o dolor al orinar, secreciones genitales, dificultad para caminar, etc.

- Si tiene algún/a hermano/a (puede estar en peligro y requerir intervención)²⁷.

Orientaciones para la anamnesis en personas con pertenencia étnica

Indague y registre si hay antecedentes de mutilación genital femenina -MGF-.

La obtención de los relatos puede ser difícil por tratarse de neonatas o lactantes en la fase aguda y el temor de criminalización de la práctica por parte de sus cuidadores. Sin embargo, cuando el hallazgo se hace en el marco de una atención médica por otros motivos de salud, o en el marco de atención a víctimas de violencias sexuales de niñas, adolescentes o mujeres; se hace necesario preguntar por la realización de la práctica bien sea a sí misma, o los relatos relacionados con la misma en su ámbito familiar o comunitario.

Ante la sospecha de un antecedente de violencia sexual por MGF, es necesario preguntar por los síntomas que pudieran relacionarse con la funcionalidad genital o urinaria, incluso fecal. Así como por hiperalgesia, anodinia, anestesia de la zona intervenida. Síntomas y frecuencias de infecciones genitourinarias o de cuadros clínicos asociados a procedimientos como infibulación, cuando sea el caso.

El Ministerio cuenta con un lineamiento clínico para la atención integral de la mutilación genital femenina.²⁸

Orientaciones para la anamnesis a personas con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género diversas

Durante la interacción entre el profesional de la salud y la víctima se debe garantizar que no se discrimine por la orientación sexual o la identidad de género de la víctima, ambas se dan por autorreconocimiento, por lo que esta información se registrará en la historia clínica solo si la persona así lo indica, tras haberlo expresado.

Se debe evitar emitir juicios de valor o hacer generalizaciones o comentarios discriminatorios acerca de las personas de los sectores sociales LGBTI. Responda de manera positiva si la persona le revela su orientación sexual o identidad de género; no debe forzar a la persona para que lo haga.

²⁷ Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja, elaboración de protocolos para situaciones de crisis humanitaria, pg. 41 (OMS, 2022)

²⁸ Orientaciones y lineamientos para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de mutilación genital femenina en Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2020.



Es importante al momento de la anamnesis tener en cuenta preguntar por las modificaciones de afirmación de género como: orquiectomía, vaginoplastia, clitoriplastia, vulvoplastia, metoidioplastia, reconstrucción uretral con faloplastia, vaginectomía, escrotoplastia e implantación de prótesis testicular, para que al momento del examen físico se tengan en cuenta las modificaciones obtenidas a través del procedimiento previamente realizado.

Se debe siempre preguntar a la persona como quiere ser llamada, respetando su nombre identitario; la respuesta no necesariamente puede corresponder a lo que aparece en el documento de identidad o historia clínica frente al sexo de la persona.

Se debe en todo caso aclarar que la orientación sexual o la identidad expresión de género diversa no justifican la violencia y que la violencia sexual no altera o influye en la orientación sexual o la identidad de género de la víctima.

Orientaciones para la anamnesis en víctimas de violencias sexuales en el marco del conflicto armado

Durante la interacción entre el personal de la salud y la víctima es importante tener en cuenta si la persona ha enfrentado daños por los hechos ocurridos con ocasión o ante la existencia del conflicto armado y de esta manera llegar a establecer las ayudas diagnósticas, valoraciones y tratamientos necesarios con enfoque psicosocial. Recuerde que las víctimas de violencia sexual en el conflicto armado pueden llevar años sin poder consultar sobre ese motivo por las dificultades que trae relacionadas con la seguridad, el desplazamiento y la estigmatización por lo cual no deben emitirse juicios de valor o cuestionamiento sobre el tiempo pasado entre la violencia sexual y la atención médica.

Tenga en cuenta que, en el marco del conflicto armado, la memoria es el resultado de prácticas políticas y sociales que se va construyendo a lo largo de la vida en una interacción continua, frente a los horrores vividos: muchas víctimas aíslan recuerdos específicos, otras silencian los hechos por las emociones que les reviven o por el miedo presente de volver a sufrir daños físicos, morales y psicológicos, así como perjuicios sociales y económicos por redes armadas²⁹; es frecuente que las víctimas acudan a los servicios médicos por síntomas o consecuencias de los hechos de violencia sexual padecidos en el

²⁹ Comprender y tratar el daño causado por la violencia sexual relacionada con el conflicto. Dra. Sunneva Gilmore, Facultad de Derecho, Queen's University Belfast. sgilmore08@qub.ac.uk. Protocolo médico para las víctimas de la violencia sexual en relación con el conflicto armado



marco del conflicto armado, pero sin hacer referencia explícita a la misma, por lo que se recomienda contemplar esto en la identificación y la atención.

REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

Orientaciones generales para el registro de la historia clínica

- La historia clínica es un documento legal y privado, sometido a reserva, que únicamente puede revelarse a un tercero previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.
- Registre los relatos de forma literal para asegurar que la documentación del relato sea exacta y completa.
- Realice el registro completo de la información, tratando de garantizar que la víctima no requiera ser interrogada nuevamente por el hecho.
- Todas las entidades y profesionales de salud deben garantizar que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada.
- Es importante no presionar a la víctima a que responda o revele detalles que podrían causarle un mayor impacto emocional o poner en peligro su seguridad o la de su familia.
- En caso de que el niño, niña o adolescente responda las preguntas y describa lo ocurrido, ya sea escribiendo o dibujando, se incluirán estos documentos como un anexo a la historia clínica.
- Anote las discrepancias entre el relato del niño, niña o adolescente y el de los cuidadores, si las hubiera, sin interpretarlas.
- Documente el estado emocional de la víctima al momento de la atención
- Al realizar el examen físico registre los síntomas y las lesiones encontradas de forma detallada.
- Tenga en cuenta las recomendaciones particulares para cada persona en el momento de la atención, descritas previamente.

Elementos clave del registro de la Historia Clínica en la atención de víctimas de violencias sexuales

1. Información general e identificación

- Nombre completo e identificación, dirección de residencia, sexo, fecha de nacimiento o edad, información de contacto (correo, teléfono).
- Fecha y hora de la exploración y personal de apoyo presente durante la atención.
- El personal asistencial preguntará a la persona cómo quiere ser llamada la persona y no asumirán el sexo o género por las características físicas visibles, sin antes constatarlo con ella. Incluir en el registro clínico el nombre identitario y pronombre de preferencia.

2. Antecedentes e historia previa

- Antecedentes Patológicos, Quirúrgicos, Alérgicos, Médicos, Farmacológicos, Ginecológicos y Obstétricos (cuando aplique) y los demás relevantes para la historia clínica y para definir el manejo.
- Es importante establecer los antecedentes de vacunación y si hay información referente a estado serológico de ITS (VIH, sífilis, hepatitis B, etc.).
- Debe indagarse acerca de consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas para establecer la necesidad de toma de muestras.
- En personas menstruantes SIEMPRE registrar la fecha de la última menstruación, el uso de métodos anticonceptivos, incluyendo los de larga duración o definitivos y si hay sospecha de embarazo previo a la agresión.
- En niñas establezca la edad de la menarquia para definir intervenciones.
- En casos de personas con orientación de género diversa, registre modificaciones de afirmación de género si las hubiera.

3. Registro de la violencia

- Fecha, hora y lugar de la ocurrencia de la violencia.
- Descripción detallada del caso de acuerdo con las recomendaciones de la anamnesis.
- Evite las expresiones “presunto” o “supuesto”.
- Utilice enunciados como: “la víctima afirma, refiere o menciona, según informa la víctima” y registre sus declaraciones entre comillas.
- Indague y registre si la víctima se ha bañado, ha vomitado, ha cambiado su ropa, si ha orinado, si ha usado duchas o lavados genitales posterior a la agresión o cualquier otra maniobra que pueda afectar la toma de muestras forenses de ser requerida.

4. **Registro del examen físico**

- Describa los hallazgos del examen físico completo cefalocaudal. Realice un adecuado registro descriptivo de cada uno de los detalles evidenciados, de lo general a lo particular, de lo externo a lo interno y de arriba hacia abajo.
- Describa la presencia y la ausencia de lesiones, marcas o hallazgos de forma anatómica.
- Documente los hallazgos sin interpretaciones o conclusiones.
- Use la terminología médica aceptada para la descripción de las lesiones (hematoma, abrasión, petequia, herida por arma de fuego, trauma penetrante, etc.).
- Describa todas las lesiones en detalle: tipo o naturaleza, forma, tamaño, dirección, ubicación y aspecto (reciente, cicatrizada, infectada).³⁰

MOMENTO 6 EXAMEN FÍSICO

Gráfico 3. Preparación para la realización del examen físico a las víctimas de violencias sexuales

³⁰ Procedimiento Técnico para el abordaje forense y Atención integral a víctimas de violencia sexual. Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses, 2025.



Fuente: Elaboración Propia

Recomendaciones generales:

1. Recuerde a la persona que es ella quien controla el ritmo y los pasos del examen y que lo puede detener cuando lo desee.
2. Pregunte acerca de inquietudes o necesidad de aclaraciones respecto al procedimiento y brindar respuestas claras, breves y precisas.
3. El examen debe realizarse en un espacio o consultorio privado, en una camilla, con adecuada iluminación (luz directa idealmente) y usar estribos o camilla ginecológica cuando sea requerido.
4. Realice examen secuencial y minucioso, cubriendo las partes que no se están examinando.
5. Establezca contacto visual con la persona para monitorear constantemente sus estados emocionales (empatía con la víctima).
6. Es recomendable comenzar el examen con partes menos íntimas y realizar el examen genital al final.
7. En ninguna circunstancia permita interrupciones externas durante el examen.
8. Al tomar notas, explicar por qué y el contenido de estas (reiterar el carácter confidencial, pero explicar la importancia de documentar ampliamente).
9. Se recomienda el uso de pictogramas para facilitar la documentación de la localización de las lesiones encontradas en el examen físico.
10. En caso de considerar que se requiere registro fotográfico o documentación digital de las lesiones, el equipo de salud debe remitirse al "*Instructivo para la documentación fotográfica digital en la investigación de delitos sexuales y lesiones personales*" del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, que esté vigente.

Examen físico general³¹

³¹ Procedimiento técnico para el abordaje forense y atención integral a víctimas de violencia sexual – Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2025.

1. Explore de forma sistemática a la víctima.
2. Evalúe los aspectos que haga falta explorar para complementar la valoración psíquica-neurológica de la víctima y continuar valorando su estado psico-afectivo y emocional durante el examen.
3. Realice la inspección de prendas
 - a. Condiciones, características.
 - b. Identifique si requiere tomar muestras de Elementos de Material Probatorio (EMP) o evidencia física (EF) de las prendas.
 - c. Realizar la evaluación y el manejo según el *"Instructivo para manejo y descripción de prendas de vestir en la investigación del delito sexual"* del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses que esté vigente.
4. Examen extragenital:
 - a. Tome los signos vitales completos y regístrelos.
 - b. En el examen de niños, niñas y adolescentes, registre el peso, talla y de la fase evolutiva del desarrollo en la que se encuentra el/la niño/a o adolescente víctima.
 - c. Realice inspección, auscultación y palpación de acuerdo con lo referido en el relato y los síntomas referidos por la víctima.
 - d. Establecer la presencia (o ausencia), de lesiones que indiquen agresión física, lesiones asociadas a maniobras sexuales (principalmente en los senos, glúteos, etc.) y lesiones producidas durante el forcejeo, así como lesiones que permiten identificar lesiones patrón.
 - e. Documente cada hallazgo registrando el lugar anatómico, tipo de lesión, tamaño, color, forma, presencia de cuerpos extraños y otras peculiaridades³².
 - f. Si la persona sobreviviente informa de que ha sufrido estrangulamiento o asfixia, examine los ojos para comprobar si hay hemorragias petequiales y el cuello para ver si hay hematomas o marcas dactilares.
 - g. Recuerde examinar los ojos, la nariz y la boca.
5. Examen de la cavidad oral
 - a. Describa el desarrollo dental
 - b. Describa si hay piezas faltantes o fracturas dentales

³² Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja, elaboración de protocolos para situaciones de crisis humanitaria, pg. 18 (OMS, 2022).

- c. Busque y describa la presencia o ausencia de lesiones contusas (equimosis, hematomas, etc.) en el paladar blando o duro, desgarros de frenillos labiales y vestibulares superiores e inferiores.

Examen genital³³

Tenga en cuenta que hay tipos de violencias sexuales para las cuales el examen genital no está absolutamente indicado, ejemplo: relato de eventos exclusivamente virtuales, tocamientos por encima de las prendas en víctimas adultas, acoso sexual, anticoncepción forzada. Sin embargo, será a criterio del profesional y en correlación con los hallazgos y el relato de la víctima definir la pertinencia de este o no.

Generalidades:

1. Examine a la víctima en la posición más adecuada según la edad, sexo, experticia del profesional de la salud. (Posición de litotomía o supina con las rodillas flexionadas al pecho, separadas y talones juntos), el examen anal (si es requerido) es más cómodo en esta posición y debe realizarse haciendo una separación cuidadosa de los glúteos. Registre la posición del examen.
2. En niños y niñas, considere realizar el examen en el regazo del cuidador o acompañante siempre y cuando se haya descartado razonablemente que este no es el agresor y que el niño/niña se siente cómodo con ello.
3. Si la atención ocurre después de una semana y no se reportan o encuentran contusiones, laceraciones, no hay quejas, ni síntomas y hay poca o ninguna indicación para un examen genital, se debe realizar solamente el examen físico general.
4. Cuando la víctima rechace la realización del examen genital y anal, debe recibir información clara y suficiente para comprender las implicaciones del rechazo dentro del proceso legal y sobre las complicaciones o secuelas de las posibles lesiones no identificadas y no tratadas.
5. En el caso de que no se realice el examen genital se debe registrar las razones de forma clara y específica por las cuales no se llevó a cabo.

³³ Procedimiento técnico para el abordaje forense y atención integral a víctimas de violencia sexual – Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2025.

6. Documente la presencia o no de lesiones, las alteraciones patológicas, la presencia o no de signos de Infección de Transmisión Sexual (ITS) y evalúe caracteres sexuales secundarios para determinar la edad clínica.
7. Explique a la víctima que durante el examen genital es posible requerir la toma de muestras clínicas o forenses
8. Realice una inspección general del área genital y defina si requiere toma de alguna muestra clínica o forense.
9. Debe realizarse la toma de todas las muestras forenses necesarias: Elementos de material Probatorio o Evidencia Física. El talento humano en salud debe remitirse al instructivo vigente del Procedimiento técnico para el abordaje forense y atención integral a víctimas de violencia sexual, en el apartado de "Recolección de muestras médico-forenses".
10. Documente la presencia de cualquier material extraño y considerar para éste la recolección como Elemento de Material Probatorio (EMP) o Evidencia Física (EF).
11. Valore el área púbica, la cara interna de los muslos y las características de implantación del vello (para determinar edad clínica). Considere la recolección de EMP/EF.

Examen genital en mujeres y adolescentes

1. Debe tenerse en cuenta que la descripción del himen relacionada o no con la agresión, no debe ser interpretada bajo el concepto de prueba o registro de "virginidad".
2. Examinar y describir 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. Considerar la recolección de EMP/EF.
3. Para ampliar el campo visual de las estructuras del introito vaginal se hace una maniobra de tracción de los labios mayores, hacia fuera y ligeramente hacia los lados, con ayuda de gasa o algodón, esto permite valorar el himen

y describir su forma, integridad y dilatabilidad, presencia o ausencia y lesiones.

4. Los desgarros del himen pueden ser recientes –menores de 10 días– y pueden presentar equimosis, sangrado y edema de los bordes, o antiguos –mayores de 10 días– en los cuales los bordes se encuentran cicatrizados
5. Todos los hallazgos (fisuras, heridas, desgarros, equimosis, hematomas o abrasiones) deben quedar consignados en la historia clínica, describiendo las lesiones y su localización, de la forma más clara posible.
6. Es útil ubicar las lesiones tanto en introito vaginal como en ano utilizando como referencia la posición de las horas del reloj. Se recomienda registrar las lesiones en el pictograma y el formato de exploración.
7. El uso de espéculo debe considerarse para búsqueda de lesiones, cuerpos extraños intravaginales o toma de muestras.
8. No se recomienda la utilización de lubricantes o geles, ya que pueden interferir con la toma de muestras, use agua o solución salina tibia. Utilice una buena iluminación y examine el cuello del útero, seguido de la parte posterior del fórnix y la mucosa vaginal al fin de detectar posibles hematomas, sangrado o signos de infección.
9. Si se requiere, efectúe un examen bimanual y palpe el cuello del útero, el útero y sus anexos para detectar signos de traumatismo abdominal, embarazo o infección.
10. Si el relato indica empalamiento o en caso de que se detecte sangrado vaginal, uterino, uretral o anal, considere la necesidad de la valoración complementaria por ginecología o cirugía general en forma prioritaria y la toma de imágenes o exámenes adicionales.

Examen genital en niñas

1. Describa el desarrollo genital e implantación del vello púbico (si está presente o ausente) de acuerdo con las escalas vigentes.

2. No utilice un espéculo cuando examine a niñas prepúberes excepto cuando se sospeche que puede existir una herida penetrante y hemorragia interna en la vagina.
3. Se recomienda que la exploración con espéculo en niñas prepúberes se realice bajo anestesia general, por lo tanto, en este caso se definirá atención complementaria prioritaria.
4. En caso de secreciones externas se recomienda la toma de muestras de acuerdo con la normatividad vigente de muestras forenses y a la necesidad de pruebas diagnósticas clínicas.

Examen genital en hombres adultos y adolescentes

1. Inicialmente realizar una inspección del área genital con las estructuras en reposo y realizar descripción de los hallazgos con apoyo del pictograma.
2. Describa el desarrollo genital e implantación del vello púbico (si está presente o ausente) de acuerdo con las escalas vigentes.
3. Revisar cuidadosamente el escroto y el pene, visualizando minuciosamente el prepucio, el frenillo, el surco balanoprepucial, el glande y el meato urinario.
4. Para el examen completo se debe levantar el saco escrotal y examinar el área de manera detallada, e inspeccionar detenidamente las lesiones que hubiere.
5. Registre si la persona víctima/sobreviviente se encuentra circuncidada.
6. En caso de que se detecte sangrado uretral, hematuria macroscópica o hallazgo de lesiones testiculares o peneanas agudas (torsión, estallido, laceraciones), considere la necesidad de la valoración complementaria por urología en forma prioritaria.

Examen genital en niños³⁴

1. Describa el desarrollo genital e implantación del vello púbico (si está presente o ausente) de acuerdo con las escalas vigentes.
2. Describa asimetría o secreciones del pene en reposo

³⁴ American Urological association- Examen genitourinario pediátrico. <https://www.auanet.org/meetings-and-education/for-medical-students/gu-exams/pediatric-gu-exam>

3. Retraiga el prepucio suavemente hasta el tope sin ejercer presión. NO lo retraiga a la fuerza.
4. En niños pequeños debe localizarse ambos testículos en el hemiescrotó ipsilateral. Describa si está ausente, presente, en canal inguinal o no se localiza.
5. Describa la presencia de fimosis, hipospadias, balanitis y demás hallazgos o patologías relacionados con el curso de vida del niño.
6. En caso de que se detecte sangrado uretral, hematuria macroscópica o hallazgo de lesiones testiculares o peneanas agudas (torsión, estallido, laceraciones), considere la necesidad de la valoración complementaria por urología pediátrica en forma prioritaria.

Examen genital en personas transexuales e intersexuales

1. Se debe informar a la víctima que la información anatómica se registrará de acuerdo con los hallazgos en el examen físico, sin que esto suponga un desconocimiento a su identidad o expresión de género.
2. La descripción del examen físico se debe registrar de manera descriptiva sin comparaciones o correlaciones.
3. La revisión sobre modificaciones de afirmación de género como: orquiectomía, vaginoplastia, clitoriplastia, metoidioplastia, vulvoplastia, reconstrucción uretral con faloplastia, vaginectomía, escrotoplastia e implantación de prótesis testicular, deben ser descritas con descripciones específicas sobre alteraciones en piel, fisuras, hematomas, edema, sangrado, con referencias anatómicas que indiquen la existencia del procedimiento previamente realizado.
4. En el caso de las personas intersexuales con genitales indiferenciados, la descripción anatómica, no debe ser comparativa con aquella de un sexo específico, sino en referencia a las características individuales de la víctima y se debe realizar registro de los hallazgos en un pictograma

Examen anal para todas las víctimas

1. Considerar para su examen las posiciones en litotomía, con la persona valorada acostada de lado con la pierna superior flexionada, en posición supina con las piernas flexionadas al pecho o según las condiciones y preferencia de la persona valorada.
2. Evite la posición genupectoral al realizar el examen anal de niños o niñas.
3. Inicialmente realizar una inspección del área anal con las estructuras en reposo, describa la presencia o ausencia de lesiones.
4. Con las palmas de las manos de la persona examinadora sobre las nalgas, separando suavemente hacia los lados, observar el orificio anal y dirigir la atención a si se encuentra cerrado o no, la piel, las características generales de los pliegues y la presencia de variantes anatómicas (apéndices, elevaciones lineales mucocutáneas, generalmente en la línea media, depresiones u hoyuelos por diástasis del esfínter, surcos perineales que pueden extenderse por todo el rafe anogenital); también pueden evidenciarse otras alteraciones como hemorroides externas. Todos los hallazgos deben describirse e idealmente registrarse en pictograma.
5. Describir el ano en su forma y tono.
6. No debe realizarse tacto rectal para evaluar el tono del esfínter anal

Examen genital en casos de Mutilación Genital Femenina (MGF) u otros tipos de mutilaciones

Para la identificación de los tipos de MGF, así como el abordaje de este tipo de violencia sexual los profesionales de salud deben remitirse al documento de *Orientaciones y lineamientos para el abordaje y la atención integral en salud de las víctimas de mutilación genital femenina en Colombia-2020* o al documento que lo actualice o sustituya.

En caso de identificar mutilaciones parciales o totales de genitales masculinos debe realizarse la descripción más detallada posible de las lesiones, registrarlas

en el pictograma, y de acuerdo con su severidad y compromiso clínico referir de manera prioritaria a atención complementaria especializada.

MOMENTO 7 TOMA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS CLÍNICAS

El talento humano en salud debe tener claridad sobre las consecuencias que implica el resultado de cada prueba diagnóstica en términos de profilaxis, tratamiento o seguimiento, lo cual implica extremar el esfuerzo comunicativo asertivo con las víctimas, quienes requieren todo el apoyo necesario para comprender las recomendaciones a seguir en cada caso, de acuerdo con la normativa vigente.

Pruebas diagnósticas

Teniendo en cuenta el tipo de exposición definido por el relato y los hallazgos al examen clínico y estableciendo el contacto con fluidos potencialmente infectantes, las pruebas a realizar son:

Tabla 6. Pruebas diagnósticas

Pruebas por realizar	Primeras 72 horas desde que ocurrió el evento	Después de las 72 horas desde que ocurrió el evento
Prueba rápida para VIH ³⁵	REACTIVA	REACTIVA
	Confirmar el resultado siguiendo el algoritmo diagnóstico establecido en las guías de práctica clínica vigente. Si se confirma la infección previa, debe recibir información e iniciar o continuar las atenciones en VIH	Confirmar el resultado siguiendo el algoritmo diagnóstico establecido en las guías de práctica clínica vigentes. Si se confirma la infección previa, debe recibir información e iniciar o continuar las atenciones en VIH.
	NO REACTIVA	NO REACTIVA
	Iniciar profilaxis para VIH con los esquemas antirretrovirales indicados en el protocolo PEP vigente. De acuerdo con los resultados de la valoración del riesgo	Brindar educación sobre los síntomas agudos de VIH, no dar lactancia materna, no donar órganos por espacio de 6 meses y resaltar la importancia de la realización de pruebas de VIH de seguimiento
	REACTIVA	REACTIVA

³⁵ Recomendaciones contenidas en la Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en adolescentes personas adultas, gestantes y adolescentes, vigente del Ministerio de Salud de Colombia.

Pruebas por realizar	Primeras 72 horas desde que ocurrió el evento	Después de las 72 horas desde que ocurrió el evento
Prueba rápida para antígeno de superficie de Hepatitis B (HBs Ag)	<p>Tome una segunda muestra de sangre para la clasificación del caso de Hepatitis B (agudo o crónico) – manejo y seguimiento acorde a GPC vigente.</p> <p>Ofrezca información y educación sobre la Hepatitis B, aclare las inquietudes que puedan surgir y remita a los servicios pertinentes para la continuidad de la atención.</p> <p>Diligencie ficha de notificación a SIVIGILA.</p>	<p>Tome una segunda muestra de sangre para la clasificación del caso de Hepatitis B (agudo o crónico)-manejo y seguimiento acorde a GPC vigente³⁶.</p> <p>Ofrezca información y educación sobre la hepatitis B, aclare las inquietudes que puedan surgir y remita a los servicios pertinentes para la continuidad de la atención.</p> <p>Diligencie ficha de notificación a SIVIGILA.</p>
	NO REACTIVA	NO REACTIVA
	<p><u>Personas no vacunadas o con esquema incompleto:</u></p> <p>Inicie o complete el esquema de vacunación contra la hepatitis B, de acuerdo con el o los esquemas de vacunación recomendados en el protocolo de profilaxis posexposición vigente.</p> <p>Aplicar Gammaglobulina anti-Hepatitis-B (HBIG) según las dosis indicadas por el fabricante.</p> <p><u>En el caso de personas con esquema completo de vacunación:</u></p> <p>Aplique una dosis de refuerzo de vacuna contra la hepatitis B en las primeras 24 horas y máximo hasta los 7 días de ocurrido el evento de violencia sexual.</p>	<p>Si el evento ocurrió hace menos de 14 días, siga la misma conducta que en las personas que acudieron en las primeras 72 horas.</p> <p>Si el evento ocurrió hace más de 14 días y la persona no está vacunada o tiene esquema incompleto, inicie o complete el esquema de vacunación.</p> <p>Después de 14 días de ocurrido el evento de violencia sexual NO se aplica la gammaglobulina anti-hepatitis B.</p> <p>Para el seguimiento, siempre realice una prueba de antígeno de superficie de la hepatitis B a los 6 meses de ocurrida la violencia sexual o antes si aparecen síntomas sugestivos de infección.</p>

³⁶ Recomendaciones contenidas en la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B Crónica vigente del Ministerio de salud de Colombia.

Pruebas por realizar	Primeras 72 horas desde que ocurrió el evento	Después de las 72 horas desde que ocurrió el evento
	Para el seguimiento, siempre realice una prueba de antígeno de superficie de la hepatitis B a los 6 meses de ocurrida la violencia sexual o antes si aparecen síntomas sugestivos de infección	
Prueba rápida de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C	REACTIVA	REACTIVA
	<p>Indica infección por el virus de la hepatitis C, previa a la exposición actual.</p> <p>Tomar inmediatamente muestra para carga viral de hepatitis C para determinar si es una infección activa.</p>	<p>Los anticuerpos contra el virus de la hepatitis C son detectables solo entre 2 y 6 meses después de la infección. Por tanto, si el examen se realiza en un tiempo menor a dos meses después de la exposición, se puede considerar que la persona tenía una infección por el virus de la hepatitis C, previa a la exposición actual.</p> <p>Tomar inmediatamente muestra para carga viral de hepatitis C para determinar si es una infección activa.</p>
	NO REACTIVA	NO REACTIVA
	<p>Hacer seguimiento clínico y paraclínico acorde con lo estipulado en el protocolo de profilaxis posexposición vigente.</p> <p>A la fecha de expedición de esta norma, no existe profilaxis para la hepatitis C.</p> <p>El seguimiento es importante con el fin de detectar casos de infección aguda, en cuyo caso el tratamiento puede ser más eficaz.</p>	<p>Hacer seguimiento clínico y paraclínico acorde con lo estipulado en el protocolo de profilaxis posexposición vigente.</p> <p>A la fecha de expedición de esta norma, no existe profilaxis para la hepatitis C.</p> <p>El seguimiento es importante con el fin de detectar casos de infección aguda, en cuyo caso el tratamiento puede ser más eficaz.</p>

Pruebas por realizar	Primeras 72 horas desde que ocurrió el evento	Después de las 72 horas desde que ocurrió el evento
Anticuerpos Totales anti HTLV 1 y 2	<p>No se cuenta con pruebas rápidas para anticuerpos totales anti-HTLV 1-2, se tomará la muestra durante la atención inicial y se enviará al laboratorio clínico de la institución o al que defina la entidad administradora de planes de beneficios.</p> <p>A la fecha de expedición de esta norma, no existe profilaxis para la infección por HTLV.</p> <p>El seguimiento es importante con el fin de detectar casos de infección.</p>	No aplica.
Prueba Treponémica rápida para sífilis	REACTIVA	REACTIVA
	<p>Inicie el tratamiento de manera inmediata de acuerdo con las guías de práctica clínica vigentes y realice la prueba no treponémica para definir la continuidad del tratamiento y seguimiento.</p>	<p>Inicie el tratamiento de manera inmediata de acuerdo con las guías de práctica clínica vigentes y realice la prueba no treponémica para definir la continuidad del tratamiento y seguimiento.</p>
	NO REACTIVA	NO REACTIVA
	<p>Inicie profilaxis para sífilis y seguimientos clínicos y paraclínicos de acuerdo con el protocolo de profilaxis posexposición vigente.</p>	<p>NO administrar profilaxis para sífilis.</p>
Otras pruebas para ITS si están disponibles y se consideran pertinentes	REACTIVA(S)	REACTIVA(S)
	<p>Tratamiento para ITS específico³⁷.</p>	<p>Tratamiento para ITS específico.</p>
	NO REACTIVA(S) O SIN PRUEBAS	NO REACTIVA(S) O SIN PRUEBAS

³⁷ Protocolos de diagnóstico y tratamiento de lesiones primarias de las Infecciones de Transmisión Sexual – GPC 2022

Pruebas por realizar	Primeras 72 horas desde que ocurrió el evento	Después de las 72 horas desde que ocurrió el evento
	Profilaxis para ITS de acuerdo con lo estipulado en el protocolo de profilaxis posexposición vigente.	NO hacer profilaxis, hacer seguimiento clínico a la aparición de signos y síntomas.
Prueba rápida cualitativa para embarazo	REACTIVA	REACTIVA
	<p>Confirma embarazo previo.</p> <p>NO administrar anticoncepción de emergencia.</p> <p>Brinde Asesoría en Derechos sexuales y derechos reproductivos y de acuerdo con toma de decisiones frente a las opciones de la gestación, incluyendo la IVE y defina acciones de Ruta Integral de Atención Materno Perinatal vigente.</p>	<p>Si los hechos ocurrieron entre las 72 horas y 120 horas anteriores, también se debe considerar embarazo previo³⁸.</p> <p>Después de 5 días de ocurridos los hechos, se debe realizar prueba de (βHCG cuantitativa) y ultrasonido para definir edad gestacional y permitir la correlación con hechos referidos por parte de las autoridades.</p> <p>Brinde Asesoría en Derechos sexuales y derechos reproductivos y de acuerdo con toma de decisiones frente a las opciones de la gestación, incluyendo la IVE y defina acciones de Ruta Integral de Atención Materno Perinatal vigente.</p>
	NO REACTIVA	NO REACTIVA
	<p>Inicie anticoncepción de emergencia y realice una nueva prueba en 10 días.</p>	<p><u>Hechos ocurrieron entre las 72 horas y las 120 horas anteriores a la consulta:</u></p> <p>Iniciar anticoncepción de emergencia y realizar una nueva prueba en 10 días³⁹.</p> <p><u>Después de las 120 horas de ocurrido el hecho:</u></p>

³⁸ Recomendación Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, proceso de validación del Protocolo de Atención Integral a Víctimas de violencias sexuales para el Ministerio de Salud, 2019. Los niveles de hCG en sangre solo son detectables desde el 9o día (216 horas) post concepción*, por lo tanto, NO está indicada la anticoncepción de emergencia. (Fecolsog, 2019)

³⁹ Considerar Ulipristal y Dispositivo intrauterino tipo T con cobre

Pruebas por realizar	Primeras 72 horas desde que ocurrió el evento	Después de las 72 horas desde que ocurrió el evento
		<p>NO se administra anticoncepción de emergencia y se debe hacer seguimiento clínico y paraclínico en caso de signos, síntomas o sospecha de embarazo.</p> <p>Brinde Asesoría en Derechos sexuales y derechos reproductivos y de acuerdo con toma de decisiones frente a las opciones de la gestación, incluyendo la IVE.</p>
Pruebas de laboratorio para inicio de profilaxis	Hemograma, pruebas de función renal y función hepática, a criterio médico, para disponer de una línea de base, en caso de que se llegare a presentar toxicidad a los antirretrovirales profilácticos.	No aplica.
<p>Pruebas toxicológicas Cuantitativas en sangre (alcohol y otras sustancias depresoras si los hechos ocurrieron en las 6 horas previas)</p> <p>Cualitativas en orina (otras sustancias depresoras si los hechos ocurrieron en las 96 horas previas)</p>	<p>Identificación de sustancias psicoactivas o alcohol. Recuerde que ninguna persona bajo el efecto de sustancias puede expresar el consentimiento libre y de forma autónoma para cualquier actividad sexual ⁴⁰.</p> <p>Manejo según lineamientos técnicos⁴¹.</p>	No aplica.

⁴⁰ Castellanos C. (2015). Sustancias facilitadoras de asalto sexual en víctimas no fatales en Bogotá, Colombia.

⁴¹ Ministerio de la Protección Social. Guías para el manejo de Urgencias Toxicológicas versión vigente.



MOMENTO 8 ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS, TRATAMIENTO O VACUNACIÓN

CONSIDERACIONES GENERALES DE LA EXPOSICIÓN A LAS ITS: VIH, HTLV, HEPATITIS B Y C EN LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

- Las situaciones de exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Virus de la Hepatitis B (VHB), el Virus de la Hepatitis C (VHC) y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se consideran casos de urgencia médica y deben ser atendidas de manera prioritaria, **en un lapso no mayor a dos (2) horas desde el momento en que la persona se presenta al servicio** de urgencias de cualquier nivel de complejidad, consulta prioritaria u otro servicio desde el cual se ofrezca atención a estos casos.

Si luego de la evaluación de riesgo hay indicación de iniciar la profilaxis para VIH, esta se debe iniciar en las primeras 24 horas después de la exposición y no más allá de las 72 horas posteriores a la exposición de riesgo.

- Las exposiciones sexuales, particularmente las que involucran relaciones sexuales sin protección o con ruptura del condón, presentan riesgos potenciales. Además, las relaciones sexuales no consensuadas o con presencia de sangrado o menstruación aumentan significativamente el riesgo. Las relaciones sexuales anales receptivas, las abrasiones de las mucosas y la presencia de otras ITS también pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH.
- Los kits de profilaxis posexposición (para niños, niñas y adolescentes menores de 13 años y para adultos y adolescentes mayores de 13 años), que contienen las pruebas rápidas para VIH, Hepatitis B y C, deben estar disponibles las 24 horas del día en todas las instituciones que cuentan con servicio de urgencias de cualquier nivel de complejidad.

Cuando se ofrece la profilaxis posexposición en otros servicios tales como consulta prioritaria o consulta de PrEP (Profilaxis Preexposición), también se deberá contar con el kit en dichos servicios, siguiendo las indicaciones del protocolo vigente.

- En la historia clínica, debe registrarse la solicitud y toma de las pruebas, junto con los resultados obtenidos e interpretaciones correspondientes.

- La interpretación de las pruebas diagnósticas y los algoritmos de tratamiento deben ser adherentes a los lineamientos de las guías y protocolos vigentes basados en evidencia.
- Se debe adaptar la información previa a la prueba con elementos diferenciales y remitir a grupos de apoyo para manejo según las condiciones particulares de cada persona.
- No existe actualmente una recomendación de profilaxis para HTLV 1-2, sin embargo, debe tenerse en cuenta el diagnóstico ya que, a largo plazo, un 2 a 4% de las personas infectadas por el HTLV-1 desarrollarán leucemia/linfoma de células T del adulto o una paraparesia espástica tropical⁴².

Vacunas contra virus de la Hepatitis B

La dosis de la vacuna contra el virus de la Hepatitis B varía de acuerdo con la presentación y edad de la persona expuesta así:

- Dosis pediátrica: de 5 a 10 μg (según el laboratorio productor). Se administra hasta los 10 años.
- Dosis para adolescentes: de 10 a 20 μg (según laboratorio productor). Se administra hasta los 19 años inclusive.
- Dosis para adultos: de 20 μg , para todas las personas a partir de los 20 años.

- **Esquema estándar: se aplica a los 0, 1, y 6 meses.**
- **Esquemas cortos: 0, 1 y 2 meses con un refuerzo a los 12 meses de la primera dosis. 0, 1, y 4 meses, no requiere refuerzo •**
- **Esquema super acelerado: se aplica a los 0, 7 y 21 o 30 días con una dosis de refuerzo al año de la primera dosis.**

Profilaxis para ITS

⁴² Eusebio-Ponce E, Anguita E, Paulino R, Andel FJ. HTLV-1 infection: An emerging risk. Pathogenesis, epidemiology, diagnosis and associated diseases. Official Journal of the Spanish Society of Chemotherapy. 2019;32(6):485–96. <https://seq.es/wp-content/uploads/2019/10/candel25oct2019.pdf>

Se recomienda la administración de profilaxis para ITS acorde con el lineamiento o protocolo técnico vigente, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Tratamiento sindromático de ITS

Tabla 7. Tratamiento sindromático de ITS en víctimas atendidas después de las 72 horas

Cervicitis o Uretritis por N. gonorrhoeae (población general, gestantes)	Ceftriaxona 1 gr dosis única o Espectinomicina 2 g IM Dosis Única.
Cervicitis o Uretritis por C. trachomatis (población general)	Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días o Azitromicina 1 gr VO Dosis Única
Cervicitis o Uretritis por C. trachomatis (gestantes)	Azitromicina 1 gr VO Dosis Única
Cervicitis o Uretritis por T. vaginalis (población general y gestantes)	Tinidazol 2 gr Vo Dosis Única o Metronidazol 2 gr Vo Dosis Única
Cervicitis o Uretritis Síndrómica sin tipificación de germen	Ceftriaxona 1 gr Dosis Única IM + Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días
Flujo vaginal por Cándida spp. (Población general)	Fluconazol 150 mg VO Dosis Única o Clotrimazol crema vaginal 1% intravaginal por 7-14 días o al 2% por 3 días.
Flujo vaginal por T. vaginalis	Metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por 7 días En gestantes 2 gr VO Dosis Única
Flujo vaginal Síndrómica sin tipificación de germen	Tinidazol 2 gr VO Dosis Única + Fluconazol 150 mg VO Dosis Única.

Fuente: ¹ S. Estrada, et al. Protocolos de diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, Colombia, 2022. Infectio 2022; 26(2): 250-261- Guías de Práctica Clínica de la asociación Colombiana de Infectología ACIN

Se recomienda la administración de tratamiento para ITS acorde con el lineamiento o protocolo técnico vigente, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social o basado en la evidencia técnica disponible.

Profilaxis Posexposición (PEP) VIH

- Los esquemas de medicamentos antirretrovirales para la profilaxis posexposición (PEP), serán los recomendados por los lineamientos, protocolos o guías de práctica clínica vigentes.



- Se debe garantizar que a la víctima se le suministran las dosis para los 30 días COMPLETOS de profilaxis posexposición (PEP).

Vacunación antitetánica

La vacuna antitetánica debe ser aplicada por el profesional de la salud de acuerdo con el riesgo que haya tenido la víctima con el tétano por medio de heridas y lesiones abiertas contaminadas que se hayan presentado durante la violencia sexual. Toda herida abierta debe considerarse contaminada.

En la anamnesis debió establecerse el antecedente vacunal y la decisión de la vacunación se tomará de acuerdo con estos antecedentes.

Recuerde que en hombres la última dosis de TD o DT se recibe por Plan Ampliado de Inmunizaciones a los 5 años, por lo tanto, debe suministrarse la vacuna teniendo en cuenta este antecedente.

Anticoncepción de Emergencia

Debe administrarse a todas las personas con capacidad de gestar que hayan sido víctimas de violencias sexuales con riesgo de embarazo.

Los métodos son más efectivos entre más cercano al evento se administren, sin embargo, el plazo para su administración es de hasta 120 horas, dependiendo del método ofrecido.

NO es necesario realizar pruebas de embarazo antes de administrar la anticoncepción de emergencia, pero si la persona no usaba métodos anticonceptivos antes de la agresión, idealmente debe descartarse embarazo previo.

Gráfico 4. Anticoncepción de Emergencia

ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA



PILDORAS ANTICONCEPTIVAS

Píldoras anticonceptivas de urgencia de levonorgestrel (LNG) en una dosis única de 1,5 mg, o bien dos dosis de levonorgestrel de 0,75 mg separadas por 12 horas;

Píldoras AOC, divididas en dos tomas: una toma de 100 µg de etinilestradiol más 0,5 mg de LNG, seguida de una segunda toma de 100 µg de etinilestradiol más 0,50 mg de LNG 12 horas después (método Yuzpe).

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS DE COBRE

Si se inserta dentro de las 120 horas posteriores a la agresión, la eficacia del DIU de cobre en la prevención de embarazo es superior al 99%. Es el método anticonceptivo de urgencia más eficaz que existe. Una vez colocado, la mujer puede continuar utilizándolo como método anticonceptivo regular, o decidir cambiarlo por otro método.



ULIPRISTAL

Píldoras de Acetato de ulipristal (AU), tomadas en una dosis única de 30 mg (6 tabletas de 5 mg)

Cuando administre anticoncepción de emergencia siempre informe a la víctima:

- El uso o no aceptación de la anticoncepción de emergencia es decisión de la víctima/sobreviviente.
- Administradas de forma oportuna (lo antes posible) pueden evitar el embarazo, pero su eficacia no es del 100%.
- NO provocan aborto.
- Si no usaba anticoncepción antes de la agresión, es posible que esté embarazada.
- Si está embarazada, la anticoncepción de emergencia no va a funcionar y tampoco se ha asociado a efectos deletéreos en el feto.

Consideraciones adicionales

La Anticoncepción de Emergencia puede tomarse sin perjuicio alguno al mismo tiempo que los medicamentos utilizados para profilaxis de ITS y VIH

Si vomita en el transcurso de las dos horas siguientes a la toma, deberá volver a tomar otra dosis lo antes posible.

Si usa píldoras combinadas para la Anticoncepción de Emergencia puede requerir un antiemético

Es posible que presente manchado o sangrado unos días después de tomar el anticonceptivo.

Debería regresar a consulta si su siguiente menstruación se retrasa

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL MARCO DE LAS VIOLENCIAS SEXUALES

La interrupción voluntaria del embarazo es un derecho fundamental en Colombia que ha sido reconocido por la Corte Constitucional a través de sus sentencias.

La información sobre el derecho a IVE debe darse desde el primer contacto de la víctima de violencia sexual y continuarse dando siempre que ésta acuda a los servicios de salud



Aunque la denuncia de los hechos de violencia sexual no es necesaria, ni constituye requisito para la IVE en embarazos hasta las veinticuatro (24) semanas de gestación, estos hechos deben ponerse en conocimiento de las autoridades para su investigación judicial, igual ocurre en casos de menores de 14 años, donde de acuerdo con lo que indica la ley penal, toda conducta sexual constituye un delito, por lo tanto, se presume la condición de víctima de violencia sexual.

Las intervenciones relacionadas con la atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo se registrarán por el lineamiento técnico, protocolo, resolución o guía que se encuentre vigente, tanto para los casos hasta las veinticuatro (24) semanas de gestación, como para el reconocimiento de las causales en embarazos mayores a esta edad gestacional o como esté dispuesto por la normativa vigente al momento de la atención.

De conformidad con la Resolución 051 de 2023 y la Circular 044 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que las modifiquen o sustituyan, o los lineamientos técnicos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social, la atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) debe prestarse de manera inmediata, integral, oportuna y sin barreras, como parte de la atención en salud sexual y reproductiva. Al constituir un servicio integral en salud, no puede condicionarse a la presentación de la denuncia penal, valoraciones medicolegales, autorizaciones judiciales, conceptos de juntas médicas ni requisitos administrativos adicionales. Basta la manifestación de la voluntad de la persona gestante, en un marco de confidencialidad, respeto por la dignidad humana y enfoque diferencial, para que el servicio sea garantizado.

El personal de salud debe brindar información clara, veraz y comprensible sobre las opciones disponibles, los procedimientos para la IVE según la edad gestacional y los cuidados asociados, garantizando el consentimiento libre e informado. Asimismo, se enfatiza que la objeción de conciencia frente a la IVE es individual, no institucional, no puede generar retrasos ni negaciones, y no está prevista para brindar información sobre la IVE o prescribir medicamentos.



MOMENTO 9 TOMA DE PRUEBAS CON FINES FORENSES

La recopilación del elemento material probatorio (EMP) y evidencia física (EF) es necesaria desde el primer contacto con las víctimas y siempre que las condiciones de la atención lo permitan. Los profesionales de salud son responsables de la recolección, preservación y entrega a la autoridad competente de los EMP Y EF de la que tenga conocimiento debido a la atención brindada a las víctimas, así como de iniciar la cadena de custodia. (Artículo 255 del Código de Procedimiento penal ley 906 de 2004).

Los lineamientos para la toma de muestras forenses deben ser consultados en el procedimiento técnico basado en la evidencia para el abordaje forense y atención integral a víctimas de violencia sexual del Instituto de Medicina legal y Ciencias Forenses que se encuentra vigente. En los anexos se dan recomendaciones generales y formatos y pictogramas de uso

CONSIDERACIONES PARA LAS MUESTRAS TOMADAS EN IPS PÚBLICAS O PRIVADAS⁴³

- Paralelamente a la atención en salud, la IPS debe dar aviso inmediatamente a la Policía Nacional, Policía Judicial o en su defecto a la primera autoridad del lugar.
- Cuando los EMP y EF son recuperados como parte de la atención en salud, los mismos deben ser entregados a los funcionarios de Policía Judicial o a la primera autoridad del lugar; dichos funcionarios se encargarán de hacer llegar estos EMP a los laboratorios del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Cuando los EMP y EF son recuperados como parte de una actuación forense y requieran análisis por parte de los laboratorios, deben ser entregados directamente por el servicio de salud al o los laboratorios; entre ellos los laboratorios del Instituto Nacional de Medicina Legal, y de las entidades que cumplen funciones de policía judicial (CTI, Policía Nacional).

⁴³ Manual de Procedimientos para Cadena de Custodia, fiscalía general de la nación

- En todos los casos se debe registrar la recuperación de dichos EMP y EF en la historia clínica y epicrisis.
- La recolección y embalaje de los EMP Y EF se debe hacer de conformidad con las recomendaciones descritas en el manual vigente y aquellas dadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en las diferentes especialidades.
- Cada IPS es responsable de capacitar, aplicar y suministrar el recurso humano y logístico para garantizar el desarrollo de la aplicación del Sistema de Cadena de Custodia.
- Todo EMP y EF recolectado debe estar acompañado del rótulo y registro de continuidad de custodia según lo dispuesto en el manual vigente.
- En caso de traslado del paciente a otra institución de salud, posterior a la recuperación de EMP y EF, se debe hacer entrega de estos a la policía judicial de no ser posible, se debe dar traslado de los EMP y EF a la entidad que reciba el paciente, dando continuidad al registro de cadena de custodia.
- En la manipulación de cualquier tipo de EMP y EF se deben observar siempre las medidas universales de bioseguridad. Por regla general no limpie los EMP y EF con NINGÚN tipo de sustancia ni elemento, toda vez que se pueden perder huellas u otro tipo de marca o rastro que pueda tener.
- Realizar el procedimiento médico- quirúrgico. Si se recuperan EMP Y EF los debe embalar, rotular e iniciar el registro de cadena de custodia.
- Los EMP y EF recolectados deben ser almacenados en el almacén de evidencias del centro hospitalario hasta su entrega a la policía judicial, Policía Nacional o primera autoridad del lugar que haya conocido del caso.

Tabla 8. Toma de muestras médico-forenses en víctimas de violencias sexuales

Tipo de EMP Y EF	Recolección y Embalaje	Precauciones
Cabellos y pelos	Se deben usar papel, con pinzas plásticas o metálicas con las puntas cubiertas	Si el material piloso esta con humedad, se debe dejar secar sobre papel absorbente no impreso a

		temperatura ambiente, protegido de corrientes de aire.
		Nunca deben ser cortados o rasgados.
		Nunca se debe adherir a cinta u otro objeto pegante
	Se debe enviar hasta 60 ml en frasco de polipropileno con cierre hermético con tapa y contratapa.	Si las muestras esta húmedas se deben secar a temperatura ambiente, protegidas de la luz directa o fuentes de calor.
	Cuando se encuentre sobre superficies absorbentes, se debe recortar la parte donde está depositado, embalar en papel limpio no impreso.	Si están en macroelementos o bienes inmuebles, una vez documentadas, se deben recolectar con un escobillón, gasa, o papel filtro y embalar.
Fluidos biológicos	Cuando la muestra de fluido biológico está seca, se debe frotar con escobillón, gasa o algodón humedecido en agua estéril, al ambiente y embalar.	El manejo de muestras de origen biológico en el lugar de los hechos se debe realizar evitando cualquier tipo de contaminación cruzada, con material biológico humano, microbiológico o químico.
	Si se trata de fluidos encontrados en tierra húmeda, se debe recolectar la muestra en un recipiente de vidrio o plástico con espátula y sellar.	Se debe evitar el uso de conservantes sobre las muestras biológicas como formol, hipoclorito de sodio y alcohol absoluto; excepto uso de formol para los órganos o fragmentos de órganos que requieran estudios de histopatología.
	Se debe tomar muestra patrón en otro contenedor.	
		Cuando se utilizan como recipientes tubos de ensayo o frascos pequeños se deben marcar sobre el cuerpo de éstos y se deben embalar en bolsas plásticas.
Fluidos biológicos	Tapa gris	Sangre de vaso periférico, técnica mediante succión.
Fluidos biológicos	Tapa lila	Sangre total.
Fluidos biológicos	Tapa roja	Sangre, búsqueda de semen, búsqueda de saliva, humor vitreo.
Fluidos biológicos	Tapa verde	Sangre determinación de colinesterasas.
Lazos, cuerdas, sogas	Se deben usar bolsas de papel	Cuando realice corte, no desate los nudos. Se debe proteger y marca los extremos.
		Las personas que realicen atención médico-quirúrgica deben evitar realizar cortes en las áreas que presenten orificios o desgarros

Prendas (ropa, lencería, telas)

Se deben usar bolsas de papel, aislando con papel limpio no impresos, las manchas o desgarros por las dos caras.

dejados por el paso de proyectiles de armas de fuego, armas cortantes, punzantes, contundentes u otros elementos.

Se debe evitar contaminarlas con soluciones propios de los procedimientos de atención a heridos.

De encontrarse húmeda, se debe secar a temperatura ambiente protegiéndola del sol y el agua.

Se deben proteger con papel limpio no impreso, las machas, orificios de proyectiles, residuos de disparo que presenten.

Las prendas de vestir recolectadas como EMP y EF de la víctima y el sospechoso nunca deben entrar en contacto entre sí.

Fuente: Manual del sistema de cadena de custodia, Fiscalía general de la nación, 2018, páginas (48-50)

Una vez recogidas las muestras forenses el profesional de medicina debe diligenciar el formato establecido en el Sistema de Información de Clínica Forense- SICLICO-, actualmente de obligatorio cumplimiento, es de anotar que, debido a la falta de conectividad identificada en algunas áreas geográficas del país, este procedimiento puede realizarse diligenciando el formato en físico y dejando consignado los hallazgos en la historia clínica de la víctima.

Recuerde que no se debe exigir a las víctimas denuncia o remisión de autoridad competente para la recolección de muestras, dado que las víctimas pueden acudir primero al sector salud, y tal solicitud se constituye en una barrera en la atención.

KIT PARA LA TOMA DE MUESTRAS FORENSES

Tabla 9. Kit de toma de muestras forenses

ELEMENTO
Organizador plástico de 14" con bandejas.
Bolsas de papel de diferentes tamaños: pequeñas (aprox. 8 cm X 7 cm), medianas (aprox. 12 cm X 19 cm), grandes (aprox. 25 cm X 40 cm) y para escobillones (aprox. 6 cm X 22 cm).

Bolsas plásticas transparentes de diferentes tamaños: pequeñas (aprox. 10 cm X 12 cm), medianas (aprox. 16 cm X 21 cm), grandes (aprox. 30 cm X 42 cm) y para escobillones (aprox. 8 cm X 25 cm).

Cortaúñas pequeño de adulto.

Pinza de punta fina sin garra.

Seda dental preferiblemente sin cera, no biodegradable.

Escobillones estériles con o sin tubo de transporte.

Fragmentos estériles de tela garza, en algodón, de aprox. 2.5 X 2.5 cm.

Copas plásticas desechables pequeñas.

Tubos tipo vacutainer tapa roja (tubo seco), en caso de no contar con escobillones con tubo de transporte.

Tubos tipo vacutainer tapa lila (con EDTA).

Tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con fluoruro de sodio/oxalato de potasio).

Agujas hipodérmicas para toma de sangre, adaptables al sistema de vacío.

Camisa para toma de muestras de sangre, adaptable al sistema de vacío.

Torniquete.

Lancetas estériles No. 2 para tomar muestras de sangre de la yema del dedo.

Frascos de polipropileno como mínimo de 20 ml, con boca ancha y tapa rosca hermética, sin preservativos.

Cinta de seguridad.

Rótulos autoadhesivos preimpresos.

Hojas de medio pliego de papel.

Marcador de punta fina indeleble.

Gasas estériles. En caso de contar con tarjeta FTA®, puede ser empleada para muestra de sangre de referencia.

Alcohol antiséptico con frasco lavador de 4 cm de diámetro y 14 cm de alto.

Solución de hipoclorito de sodio al 5 % (corresponde al hipoclorito de uso doméstico).

Caja secadora de escobillones.



Agua destilada estéril.

Tijeras medianas.

Lupa mediana de 2x para búsqueda de evidencias traza.

Fuente: Procedimiento técnico para el abordaje forense y atención integral a víctimas de violencia sexual, INMLCF, 2025.

CADENA DE CUSTODIA

La cadena de custodia es fundamental para mantener la integridad de la evidencia forense. Es necesario un rastro documental exhaustivo para identificar a todas las personas que han manejado la evidencia, permitiendo su citación como testigos en el juicio si fuese necesario.

Sin un control adecuado de la cadena de custodia, la evidencia puede ser inadmisibles, generando dudas sobre su autenticidad y posibilitando la contaminación o adulteración de la muestra, afectando así los resultados de pruebas toxicológicas o histológicas. La cadena de custodia debe documentar cada transferencia de la evidencia desde su incautación hasta su análisis, asegurando que se mantenga en su condición original y no manipulada. Esto es crucial para vincular la evidencia con el presunto delito y garantizar su autenticidad en el proceso judicial.

Con relación a la Cadena de Custodia, las orientaciones deben consultarse en el Manual del Sistema de Custodia de la Fiscalía general de la Nación que se encuentre vigente al momento de la atención.

MOMENTO 10 INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y SU FAMILIA POSTERIOR A LA ATENCIÓN INICIAL - ANTES DEL PLAN DE CUIDADO Y DEL ALTA

La valoración en salud mental debe ser realizada por profesional especializado en salud mental: médico psiquiatra o psicólogo clínico. En los casos en los cuales no se puede garantizar la valoración inmediata por profesional especializado en salud mental, el médico de urgencias que recibe a la víctima debe realizar la valoración y manejo en salud mental, identificando si existen signos de alarma como ideas de auto o hetero-agresión, alteración conductual, agitación psicomotora, síntomas psicóticos o disociativos que requieran un manejo intrahospitalario.



Se debe garantizar que antes del egreso de la atención inicial en el servicio de urgencias, la víctima/sobreviviente sea valorada por profesional especializado de salud mental, activando la red de referencia y contrarreferencia si fuera necesario. Los profesionales especializados en salud mental deben realizar una valoración inicial y manejo con intervenciones psicoterapéuticas y/o farmacológicas basadas en la evidencia científica y teniendo en cuenta las guías de práctica clínica en salud mental del Ministerio de Salud vigentes cuando corresponda.

Recuerde: Es posible que esta sea la única oportunidad que usted tenga de ayudar a esta persona sobreviviente de violencia sexual

ORIENTACIONES GENERALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Teniendo en cuenta lo definido por el Decreto 0729 de 2025 Artículo 2.8.15.7. Atención Primaria en Salud (APS) y salud mental, la norma que lo actualice o sustituya, se integrarán acciones para el cuidado de la salud mental a través de:

- a. La organización de los servicios de salud mental a través de la Red Nacional de Salud Mental como parte de las Redes Integrales e Integradas en Salud con enfoque territorial.
- b. La afectación positiva de los determinantes sociales de la salud mental.
- c. El ejercicio de la participación social como derecho conforme a las necesidades de las personas, familias y comunidades en los territorios.

Se garantizará el funcionamiento de la Red Nacional de Salud Mental basada en la articulación y coordinación de todos los actores del sistema para asegurar la atención integral, integrada y continua en salud mental a las personas, familias y comunidades en lo correspondiente a los procesos atención a las víctimas de violencias sexuales, garantizando un acceso sin barreras, oportuno y en condiciones de equidad

Adicionalmente y teniendo en cuenta el Artículo 2.8.15.13. Instauración del Servicio Social Obligatorio (SSO) para los programas de pregrado en psicología, se considerará que las IPS de atención básica y complementaria deberán contar con el profesional en salud mental idóneo para realizar la valoración inicial de las víctimas de violencias sexuales.

- Realice la valoración identifique los signos y síntomas relacionados con el estrés agudo en las víctimas que asisten a consulta dentro de los primeros

30 días después de ocurrido el hecho de violencia, indague por la presencia de síntomas disociativos, recuerdos intrusivos de la violencia, flashbacks, pesadillas y episodio de reexperimentación, comportamientos de evitación a las situaciones relacionadas con el evento, explore aislamiento y formas de relacionarse después de ocurrido el hecho porque las víctimas prefieren alejarse de sus redes de apoyo.

- Posterior a los 30 días indague por síntomas relacionados con el estrés postraumático o trastornos depresivos o de ansiedad, abandono de las actividades que realizaba regularmente, identifique conductas de autolesión, ideación suicida y problemas mentales o del comportamiento debido al consumo de alcohol o sustancias psicoactivas.
- Indague sobre la forma en la que ha sido percibida la violencia sexual en la familia, pareja o comunidad (académica, laboral o social) teniendo en cuenta que, por conceptos asociados a la honra y la vergüenza, podrían ser revictimizadas por su red de apoyo.
- Las víctimas de violencia sexual de las comunidades indígenas definen la salud mental como las armonías espirituales, del pensamiento y con el territorio, es el encuentro de uno mismo y con la comunidad que lo rodea, que le permite actuar en el que hacer del día a día. Las preguntas que se realicen deben ir encaminadas a indagar sobre estas afectaciones utilizando el lenguaje propio (disarmonías, malestar, etc.) y no técnico, y preguntar sobre cómo se siente frente a las relaciones con su familia y comunidad.
- En caso de que posterior a la valoración inicial, se considere que la víctima requiere atención especializada o complementaria, se debe garantizar el traslado y el acceso oportuno a estas intervenciones mediante los mecanismos establecidos en las redes para tal fin.

Tabla 10. Intervenciones en salud mental a las víctimas antes del alta de la primera atención

INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES		
	INTERVENCIONES NO ESPECIALIZADAS	INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS
Tiempo	Inmediata: De minutos a horas en el contexto de la atención por urgencias	Inmediata, de semanas, meses y años teniendo en cuenta la necesidad.
¿Quién puede hacerla?	Médico (a)s generales, trabajadores sociales, enfermera(o)s profesionales, otros profesionales de la salud que hayan recibido entrenamiento.	Especialistas en Salud Mental (profesionales de psiquiatras y psicología).

INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES		
	INTERVENCIONES NO ESPECIALIZADAS	INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS
¿Cuáles intervenciones?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo de primera línea ANIMA. 2. Apoyo psicosocial básico y estrategias de manejo del estrés. 3. Atención inicial en salud mental PAP (Primera Ayuda Psicológica). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia, individuales y/o familiares. 2. Manejo psicofarmacológico (solo por médicos psiquiatras).

Fuente: Elaboración propia

Orientaciones para la atención complementaria en salud mental para NNA

Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencias sexuales pueden manifestar diferentes síntomas y niveles de gravedad posterior al evento o eventos traumáticos; es importante reconocer las manifestaciones o conductuales que se pueden encontrar teniendo en cuenta la edad y nivel de desarrollo, realizar una adecuada evaluación en salud mental y definir un plan terapéutico.

Como se ha mencionado anteriormente, el profesional de salud debe establecer la necesidad de referir al NNA a atención complementaria especializada en salud mental (psiquiatría pediátrica) de acuerdo con lo identificado durante la atención y antes de establecer el plan de cuidado.

MOMENTO 11 PLAN DE CUIDADO

ORIENTACIONES PARA EL SEGUIMIENTO

- Todas las EAPB o quien haga sus veces debe garantizar la totalidad de las intervenciones ordenadas y que se consideren necesarias en el seguimiento de la víctima de violencias sexuales sin barreras y de acuerdo con lo definido por la normativa vigente.
- Es necesario que las IPS definan a un médico general para el seguimiento ambulatorio de los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución de salud, de modo que sea el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias o de consulta prioritaria



- Las IPS deben garantizar que las personas víctimas sean dadas de alta con las citas asignadas para el seguimiento del plan de cuidado, en articulación con las EAPB o quien haga sus veces.
- Es indispensable seguir tanto los casos que asisten a los controles programados como aquellos casos de inasistencia a consultas o procedimientos e intervenciones indicados.
- Para los casos de inasistencia de víctimas en el transcurso del proceso de seguimiento, la médica o el médico general encargado del seguimiento de casos, pedirá el apoyo de profesionales de trabajo social o personal de enfermería con competencias en el seguimiento domiciliario y telefónico en eventos prioritarios para la salud pública. Este apoyo debe ser brindado por la EAPB (o quien haga sus veces) o la Entidad Territorial Municipal del sitio de residencia de la víctima.
- Las EAPB o quien haga sus veces tendrán la responsabilidad mensual, de establecer por medio de sus bases de datos el total de víctimas afiladas y atendidas por la red prestadora de servicios de salud para que puedan verificar que se está realizando el plan de atención integral por parte de la IPS primaria y verificar la adherencia al tratamiento, las barreras de acceso y limitaciones para la atención integral a las víctimas.

SEGUIMIENTO CLÍNICO AMBULATORIO

Tabla 11. Seguimiento ambulatorio – acciones en salud

Periodo de tiempo	Actividades
A las 2 semanas	<ol style="list-style-type: none">1. 15 días después de la primera consulta se hace seguimiento.2. Se debe solicitar prueba de subunidad beta gonadotropina coriónica.3. Si es positivo: se remite para orientación y asesoría sobre opciones frente al embarazo.4. Si la víctima decide la IVE: garantizar procedimiento dentro de los 5 días siguientes.5. Si la persona víctima define continuar con el embarazo, remitir a controles prenatales e iniciar acompañamiento en salud mental.6. Revisión de resultados de ITS.7. Se deben solicitar pruebas confirmatorias e iniciar tratamiento en caso de que no se haya iniciado.8. Se evaluará su evolución mental, social y familiar. Evaluación de la necesidad de tratamiento especializado.

<p>A las 4 Semanas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimiento a la ruta de atención, a procesos y procedimientos recibidos y a otros diagnósticos asociados. 2. Se evaluará también su evolución mental, social y familiar. 3. Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.
<p>A los 3 meses</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimiento diagnóstico para VIH, prueba confirmatoria e información en VIH. 2. Se evaluará también su evolución mental, social y familiar. 3. Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.
<p>A los 6 y 12 meses</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimiento diagnóstico para VIH, prueba confirmatoria e información en VIH. 2. Se evaluará también su evolución mental, social y familiar. 3. Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.

Fuente: Elaboración Propia

MOMENTO 12 ACTIVACIÓN DE LA ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL

GENERALIDADES

Se debe activar la ruta intersectorial con el apoyo de enfermería profesional, trabajo social o el profesional de salud disponible, de acuerdo a lo indicado por parte de las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales o las entidades que hagan sus veces conforme a la definición de la ruta que se haya establecido en el territorio, en el marco de los Comités del Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las violencias por razones de sexo y género, los espacios intersectoriales que existan en el territorio y los lineamientos de política pública del orden nacional.

En los casos de trata de personas con fines de explotación sexual, que sean identificados en el servicio de salud, es importante atender a los acuerdos establecidos en el departamento, distrito y municipio de conformidad con la línea técnica establecida por el Comité Nacional de lucha contra la Trata de Personas, y el Ministerio del Interior, así como contar con todas las vías de articulación y comunicación con los Comités Departamentales.

Respecto a niñas, niños y adolescentes, la Ley 1146 de 2007, establece en el artículo 9, numeral 6, que en el marco de la atención integral en salud las Instituciones Prestadoras de Servicios están en la obligación de dar aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF.



La Ley 1438 de 2011, en el artículo 21, determina que “Las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud deberán notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes”

La responsabilidad sobre la activación de las rutas de protección y justicia debe darse de manera simultánea y una vez se comience con el plan de cuidado y seguimiento a la víctima por salud, se deberá asegurar que estos sectores den continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas de acuerdo con su competencia. Para lo cual deberá informar a la secretaria de salud distrital o municipal para que articulen con los otros sectores la puesta en marcha de la ruta intersectorial.

Las Instituciones prestadoras de salud deberán definir con la secretaría de salud municipal o distrital, la forma de activación de la ruta e información a las autoridades competentes por medio de correos electrónicos, cartas, oficios, remisorios, entre otros.

El profesional de la salud deberá adjuntar a la historia clínica la activación de la ruta y los soportes que lo demuestren.

En el proceso de derivación o activación a las autoridades con funciones de protección y a las autoridades del sector y justicia, se debe mantener la confidencialidad de la información suministrada y proteger la identidad y la intimidad de la víctima, siguiendo los lineamientos establecidos en el Decreto 1710 de diciembre del 2020, *“Por el cual se adopta el Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias por Razones de Sexo y Género, de las personas, niños, niñas y adolescentes, como estrategia de gestión en salud pública y se dictan disposiciones para su implementación”*.

Casos de Violencias sexuales en NNA en los que se sospecha agresor en el entorno hogar

Cuando en un mismo municipio concurren Defensorías de Familia y Comisarías de Familia, la competencia se determinará así:

1. El comisario o la comisaria de familia se encargará de prevenir, garantizar y restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes cuando se

presenten vulneraciones o amenazas dentro del contexto de la violencia familiar, excepto cuando se trate de cualquier forma de violencia sexual.

2. El defensor o la defensora de familia se encargará de prevenir, garantizar y restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes en las circunstancias de vulneración o amenaza de derechos diferentes de los suscitados en el contexto de la violencia familiar.
3. El defensor o la defensora de familia será competente respecto de cualquier forma de violencia sexual, sin distinción de quien cometa la vulneración. En caso de existir dentro del mismo núcleo familiar otros niños, niñas y adolescentes víctimas de violencias distintas a la sexual, el defensor o la defensora de familia asumirá competencia frente a todos ellos.
4. En aquellos casos en los cuales además de la violencia sexual en el contexto familiar contra el niño, niña o adolescente, se hayan presentado hechos de violencia contra uno o varios de los integrantes adultos, de su núcleo familiar, la competencia será asumida por el comisario o comisaria de familia.
5. Para garantizar el acceso a la justicia, se debe denunciar el caso de violencia sexual, ante la entidad que disponga de un servidor con funciones de policía judicial, como es el caso de la policía de infancia y adolescencia, SIJIN, o si en el municipio no se cuenta con la presencia de estas autoridades ante los funcionarios de la Policía Nacional⁴⁴.

También se puede denunciar ante la Fiscalía General de la Nación, a través de los diferentes espacios para recepción de denuncias como son las Unidades de Reacción Inmediata - URI, Centros de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - CAIVAS, o a los Centros de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar - CAVIF.

Casos de Violencias sexuales en NNA en los que se sospecha agresor por fuera del entorno hogar

Se debe informar o dar aviso al Defensor de Familia⁴⁵ del municipio. En el caso que en el municipio no se cuente con Defensor de Familia, se debe informar al Comisario de Familia del municipio, quién asume la competencia de forma

⁴⁴ Parágrafo 1° del Artículo 201 del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004)

⁴⁵ Decreto 4840 de 2007, artículo 7, inciso 2



subsidiaria⁴⁶ para adelantar el procedimiento administrativo de restablecimiento de derechos.

Respecto a las intervenciones para garantizar la protección en relación con la vida e integridad personal, se debe informar a la fiscalía general de la Nación para que se tomen las medidas en el marco del Programa de Protección a Víctimas y Testigos, se recomienda revisar el Protocolo de Violencia Sexual de la fiscalía general de la Nación.

Para garantizar el acceso a la justicia, se debe denunciar el caso de violencia sexual, ante la entidad que disponga de un servidor con funciones de policía judicial, como es el caso de la policía de infancia y adolescencia, SIJIN, o si en el municipio no se cuenta con la presencia de estas autoridades ante los funcionarios de la Policía Nacional⁴⁷.

También se puede denunciar ante la fiscalía general de la Nación, a través de los diferentes espacios para recepción de denuncias como son las Unidades de Reacción Inmediata - URI, Centros de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, o a los Centros de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar – CAVIF.

Niñas, niños y adolescentes víctimas de trata de personas y explotación sexual, suelen no estar acompañados por sus representantes legales o pueden estar acompañados por personas sin ningún tipo de parentesco. En estos casos siempre se deben articular todas las medidas con las autoridades presentes en el departamento, distrito o municipio para buscar protección en tanto restablecimiento de derechos, como en seguridad.

Casos en población adulta

Los profesionales de salud o de la IPS, deberán orientar e informar a la víctima que tiene la posibilidad de solicitar ante la Comisaría de Familia del lugar donde ocurrieron los hechos, medidas de protección. La Institución Prestadora de Servicios de Salud, además deberá comunicar a la Comisaría de Familia del lugar donde ocurrieron los hechos, remitiendo resumen de la atención y entregando copia de esta a la persona víctima⁴⁸.

⁴⁶ Ley 1098 de 2006, artículo 98,

⁴⁷ Parágrafo 1° del Artículo 201 del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004)

⁴⁸ Decreto 1630 de 2019, Artículo 2.9.2.1.2.7, numeral 2.



Para garantizar el acceso a la justicia, se debe denunciar el caso de violencia sexual, ante la entidad que disponga de un servidor con funciones de policía judicial, es el caso de la SIJIN, o si en el municipio no se cuenta con la presencia de estas autoridades, ante los funcionarios de la Policía Nacional⁴⁹.

También se puede denunciar ante la Fiscalía General de la Nación, a través de los diferentes espacios para recepción de denuncias como son las Unidades de Reacción Inmediata - URI, Centros de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, o a los Centros de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar – CAVIF.

CAPÍTULO III

RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE REGISTRO DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA LAS VIOLENCIAS SEXUALES

En Colombia se implementa el Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género -SIVIGE- cuya función es integrar e interoperar diferentes herramientas de información entre registros administrativos en salud, justicia, protección, migración, estudios y encuestas para realizar procesos de caracterización, seguimiento y evaluación que en su conjunto son el insumo para la toma de decisiones de política y de gestión, nacional y local.

El Ministerio y el INS gestionan diversas fuentes de información que permiten evidenciar la atención integral en salud a las personas víctimas de violencias de género, incluida la violencia sexual, a saber: la historia clínica, el registro individual de prestación de servicios – RIPS, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, y las Estadísticas Vitales – EEVV, los cuales son de obligatorio cumplimiento.

Adicionalmente al registro detallado de la Historia Clínica ya mencionado, se deben tener en cuenta los siguientes registros:

REGISTRO EN LOS RIPS

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud es un sistema de información para el sector que permite identificar los motivos de consulta, las atenciones en salud y los diagnósticos clínicos egreso hospitalario. Es obligatorio

⁴⁹ Parágrafo 1° del Artículo 201 del Código de Procedimiento Penal (Ley 906 de 2004)

el registro de diagnósticos principales y secundarios en el RIPS utilizando los respectivos códigos CIE – 10, CIE – 11 (o posteriores).

Para violencias sexuales se debe tener en cuenta que los códigos establecidos en el sistema no permiten muchas veces identificar la forma de violencia sexual que se está atendiendo por eso es importante tener en cuenta las recomendaciones:

- a. Registro de la Causa Externa por Violencia Sexual (para personas adultas) y Abuso sexual (niños, niñas y adolescentes).
- b. Registro de Diagnósticos Clínicos principales por Abuso Sexual y Agresión Sexual. Una vez registrado como diagnóstico principal aquel que mejor describa el tipo de victimización sexual según los listados CIE – 10. Tabla 11 y listado CIE – 11 Tabla 12 (por ejemplo, anotando en el campo de diagnóstico principal el código Y05.0 para un caso de “agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado”).

Con el fin de relacionar las formas de violencias sexual definidas al inicio del protocolo y la relación de ellas con el diagnóstico clínico, se ha establecido que todos los casos de violencia sexual por acceso carnal (violento) son casos de agresión sexual (Y05), por acceso canal abusivo, actos sexuales, acoso y violencias sexuales en niños, niñas y adolescentes se registran mediante el T74.2 Abuso sexual. Los casos de explotación sexual y trata de personas en Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y áreas de servicios (Y05.5). En la tabla 13 se describe los posibles diagnósticos que pueden hallarse en las personas que asisten a la atención por un hecho de violencia sexual.

Tabla 12. Códigos CIE-10 que permiten el reporte de las violencias sexuales

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

Y05.4	Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras.
Y05.5	Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y áreas de servicios.
Y05.6	Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción.
Y05.7	Agresión sexual con fuerza corporal, en granja.
Y05.8	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado.
Y05.9	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado.
Z08.8	Examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción.
Z412	Circuncisión ritual o de rutina.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. — 10a. revisión. Washington, D.C.: OPS, © 1995 3 v. — (Publicación Científica; 554)

Tabla 13. Códigos CIE-11 que permiten el reporte de las violencias sexuales

Código CIE- 11	Nombre del Diagnóstico
PL00	Síndromes de Maltrato.
PL01	Explotación sexual o abuso sexual.
PB90	Agresión por fuerza corporal.
PB99.2	Agresión sexual por fuerza corporal.
PB90+XE*	Códigos de agresión con códigos de extensión de lugar.
QA04.51	Examen u observación por sospecha de maltrato sexual.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. — 11a revisión. Washington, D.C.: OPS, © 2024

- c. Registro de todos los Diagnósticos secundarios relacionados con las afectaciones físicas y de salud mental que se requieran además de los diagnósticos Z que se necesiten empleando los campos correspondientes a diagnóstico relacionado (por ejemplo, registrando en el primer campo de diagnóstico relacionado el código Z65.5 "Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades" si esa agresión sexual ocurrió en el marco del conflicto armado interno; o el código Y07.0 si ocurrió en el marco intrafamiliar mediante la agresión de la pareja de la persona víctima. Con el código Y07.1 si se trató de una victimización sexual intrafamiliar de la hija por el padre, entre otros posibles.

- d. Diagnósticos clínicos relativos a otras formas de violencia ejercidas de manera concomitante con la violencia sexual y se registran como diagnósticos secundarios, su registro es obligatorio en la historia clínica.

Tabla 14. Códigos CIE-10 complementarios en la atención de NNA

Código CIE- 10	Nombre del Diagnóstico
Z614	Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario.
Z615	Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. — 10a. Revisión. Washington, D.C.: OPS, © 1995 3 v. — (Publicación Científica; 554)

Tabla 15. Otros diagnósticos organizados de acuerdo con su importancia para la descripción del caso y con los códigos CIE – 10

Código CIE – 10	Nombre del Diagnóstico
Y07.0	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja.
Y07.1	Otros síndromes de maltrato por padre o madre.
Y07.2	Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo.
Y07.3	Otros síndromes de maltrato por autoridades oficiales.
Z60.4	Problemas relacionados con exclusión y rechazo social.
Z65.1	Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento.
Z65.5	Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. — 10a. revisión. Washington, D.C.: OPS, © 1995 3 v. — (Publicación Científica; 554)

- e. Registros de CUPS y CUMS que se realizaron para la atención de acuerdo con los servicios prestados.



- f. Completar los demás campos del Registro Individual de Prestación del Servicio de Salud que se necesite.
- g. Se debe registrar los diagnósticos clínicos específicos de la esfera mental. Es obligatorio el registro en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados, usando las categorías CIE – 10 o CIE – 11 (o posteriores) que apliquen para el caso evaluado.
- h. Completar los demás campos del Registro Individual de Prestación del Servicio de Salud que se necesite.
- i. Se debe registrar los diagnósticos clínicos específicos de la esfera mental. Es obligatorio el registro en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados, usando las categorías CIE – 10 o CIE – 11 (o posteriores) que apliquen para el caso evaluado.

FICHAS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Esta ficha de vigilancia en salud pública de las violencias de género y violencias intrafamiliares solo se registra una vez se ha terminado la atención de la víctima en el servicio de urgencias o en consulta externa donde se ha identificado el caso, porque es hasta ese momento que se cuenta con la información suficiente para hacer el registro de la Cara A, datos personales de la víctima; y la Cara B, caracterización de las violencias entre esas violencia sexual, la forma, el agresor, el escenario y ámbito donde ocurrió.

La notificación del evento 875 es de OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO en todo el territorio nacional.

Las violencias sexuales en las cuales la víctima es de sexo masculino, personas transexuales, intersexuales o con cualquier manifestación de afirmación de género también debe ser notificadas en la ficha de evento 875.

ESTADÍSTICAS VITALES

Los registros de nacido vivo de madres menores de 14 años y los registros de defunción por violencia también son registros que aportan a la violencia sexual del país; por la importancia de caracterizar y diligenciar todas variables que cada uno de los instrumentos tiene en el registro de defunción se recomienda SIEMPRE incluir si la muerte fue en el contexto de violencia sexual.



Debe tenerse en cuenta que todos los prestadores en el territorio nacional, tienen la obligación y responsabilidad de reportar y diligenciar la información relacionada con la atención a las personas víctimas de violencias sexuales y de las intervenciones que se desprendan de esta en las fuentes de información que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, adicionalmente, las EAPB o quien haga sus veces tiene la responsabilidad de analizar, gestionar y dar seguimiento a los casos y generar los reportes consolidados correspondientes definidos y solicitados por el MSPS para este fin.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alianza por la Niñez Colombiana, & Coalición contra la vinculación de niñas, niños y jóvenes al conflicto armado en Colombia (COALICO). (2023). *Informe alternativo al comité de los derechos del niño de las Naciones Unidas (2015-2021). Informe temático violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes en Colombia*. <https://www.fundacionrenacer.org/wp-content/uploads/2024/04/Informe-Tematico-Violencia-Sexual-Espanol-Informe-Alternativo.pdf>
2. Alix, S., Cossettea, L., Cyr, M., Frappierc, J.-Y., Caron, P.-O., & Hébert, M. (2020). Self-Blame, Shame, Avoidance, and Suicidal Ideation in Sexually Abused Adolescent Girls: A Longitudinal Study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 29(4), 432-447. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1678543>
3. Alix, S., Cossettea, L., Hébertb, M., Mireille, C., & Frappierd, J.-Y. (2017). Posttraumatic Stress Disorder and Suicidal Ideation Among Sexually Abused Adolescent Girls: The Mediating Role of Shame. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(2), 158-174. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10538712.2017.1280577>
4. Anacona Hormiga, M. (2014). *Revisión documental del concepto "enfoque psicosocial" en atención a víctimas del conflicto armado colombiano particularidades para una acción sin daño* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. <http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/679/1/25480734.2014.pdf>. <https://doi.org/10.12795/anduli.2017.i16.06>
5. Casas-Muñoz, A., Carranza-Neira, J., Intebi, I., Lidchi, V., Eisenstein, E., & Greenbaum, J. (2023). Abordaje de la violencia sexual infantil: un llamado a la acción para los profesionales de América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e54. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.54>
6. Cantón, J., & Cortés, M. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Pirámide. <https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=792909>

7. Centro de Memoria Histórica, USAID, OIM, & ONU Mujeres. (2017). *La guerra inscrita en el cuerpo: Informe nacional de violencia sexual en el conflicto armado*. Centro de Memoria Histórica.
8. Chmielowska, M., & Fuhr, D. C. (2017). Intimate partner violence and mental ill health among global populations of Indigenous women: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 689-704. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1375-z>
9. Consejo Distrital para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual. (2004). *Lineamientos para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual*. Alcaldía Mayor de Bogotá & Fondo de Población de las Naciones Unidas.
10. Corporación AVRE. (2011). *Impactos Psicosociales En Casos De Violencia Sexual En El Marco De La Violencia Política*. Intervención para el Tribunal simbólico contra la violencia sexual. https://www.humanas.org.co/archivos/Microsoft_Word_-_Documento_Tribunal_Avre_2.pdf
11. Dallos, M., Pinzón, A., Barrera, C., Mujica, J., & Meneses, Y. (2008). Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1).
12. Del Río González, E. (2009). *El acoso sexual como conducta delictiva en Colombia*. <http://www.enriquedelriogonzalez.com/2009/03/el-acoso-sexual-como-conducta-delictiva.html>
13. Echeburúa, E., & de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100006
14. ECPAT International. (2016). *Orientaciones terminológicas para la protección de niñas, niños y adolescentes contra la explotación y el abuso sexuales*. https://ecpat.org/wp-content/uploads/2021/05/Terminology-guidelines_SPA.pdf
15. Foro Internacional de Mujeres Indígenas (FIMI), & ONU Mujeres. (2012). *Mairin Bila Baikra: Las Voces De Las Mujeres Indígenas. Diagnóstico Participativo sobre Violencia contra las Mujeres Indígenas en centro América*. <http://www.fimi-iiwf.org/>
16. Fundación Renacer. (2020). *Guía de recomendaciones para la identificación y atención inicial de niñas, niños y adolescentes víctimas de*

- violencia sexual en el entorno digital.*
https://www.fundacionrenacer.org/wp-content/uploads/2021/03/GUIA_digital_20nov.pdf
17. Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de Psicología (Santiago)*, 26(2), 16-28.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-05812017000200016
 18. Gray, S., & Rarick, S. (2018). Exploring Gender and Racial/Ethnic Differences in the Effects of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(5), 570-587.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1484403>
 19. Hartley, S., Johnco, C., Hofmeyr, M., & Berry, A. (2016). The Nature of Posttraumatic Growth in Adult Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(2), 201-220.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1119773>
 20. Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*, 137(3), e20154079.
<https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
 21. Horno, P., Santos, A., & Del Molino, A. (2001). *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales*. Save the Children.
https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf
 22. Iniciativa Spotlight, UNFPA, & CLADEM. (2021). *Prácticas prometedoras en la respuesta a la violencia sexual hacia niñas, adolescentes y mujeres jóvenes en América Latina y el Caribe hispano*.
https://serviciosesencialesviolencia.org/wp-content/uploads/2021/11/VSNAM_Publicacion_central.pdf
 23. Iniciativa Spotlight, UNFPA, & CLADEM. (2021). *Violencia sexual digital. Guía conceptual para personas que colaboran en la prevención y atención de la violencia sexual contra niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe*.
<https://serviciosesencialesviolencia.org/wp-content/uploads/2021/10/VSNAM-Violencia-Sexual-Digital.pdf>

24. Jaffe, P., Suderman, M., & Schieck, E. (1999). Programa Escolar contra la violencia: Canadá. En *El costo del silencio. Violencia Doméstica en las Américas* (Cap. 11). Banco Interamericano de Desarrollo.
25. Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 359(9315), 1423-1429. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08357-5)
26. Jhpiego, PEPFAR, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, & Organización Mundial de la Salud. (2018). *Gender-based violence quality assurance tool*.
27. Jhpiego, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), & World Health Organization. (2021). *The Gender-Based Violence Quality Assurance Tool: Facilitation guide. Standards for the provision of high-quality post-violence care in health facilities*. <https://www.who.int/publications/m/item/gender-based-violence-quality-assurance-tool-facilitation-guide>
28. López, F. (1995). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Ministerio de Asuntos Sociales. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=241493>
29. Mesa-Gresa, P., & Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el "ciclo de la violencia". *Revista de Neurología*, 52(8), 489-503. <https://medes.com/publication/65795>
30. Ministerio de Salud Perú, & OIT. (2021). *Documento Técnico: Orientaciones para el cuidado integral de la salud mental de niños, niñas y adolescentes víctimas y sobrevivientes de trata de personas*.
31. Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. Guía para profesionales de la salud*. (Guía N° 39-2021).
32. Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. Guía Completa*.
33. Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Lineamiento para el Cuidado de la Salud Mental y las Armonías Espirituales de los Pueblos y Comunidades Indígenas en el Marco del SISPI, en Articulación con la Política Nacional De Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*.

34. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. (2024). *Política Nacional de Salud Mental 2024-2033*.
35. Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. (2017). *Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del conflicto armado*.
36. Ministerio del Interior. (2016). *Observatorio del Delito Trata de Personas*. <https://tratadepersonas.mininterior.gov.co/trata-de-personas/finalidades>
37. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), & El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2022). *Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja: elaboración de protocolos para situaciones de crisis humanitaria*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240001411>
38. Organización Panamericana de la Salud. (2017). *INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Resumen de orientación*. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-ninas-ninos/inspire-siete-estrategias-para-poner-fin-violencia-contra-ninos>
39. ONIC, & USAID. (2012). *Mujeres Indígenas Sabias Y Resistentes*.
40. ONU Mujeres, OMS, UNFPA, PNUP, & UNDOC. (2020). *Paquete de servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia. Elementos centrales y directrices relativas a la calidad de la atención. Módulo 2*.
41. ONU. CEDAW. (2014). *Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y Comité sobre los Derechos del Niño, Recomendación General 31 / Observación General 18, párrafo 7*.
42. Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Abordar la violencia contra las mujeres en las políticas y los protocolos de salud de la Región de las Américas. Un informe de la situación regional*. <https://www.paho.org/es/documentos/abordar-violencia-contra-mujeres-politicas-protocolos-salud-region-americas-informe>
43. Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS*. <https://www.paho.org/es/documentos/como-responder-ninos-ninas-adolescentes-que-han-sufrido-abuso-sexual-directrices>



44. Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Conocer y abordar la violencia contra las mujeres*.
45. OXFAM. (2010). *Encuesta de violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado*.
46. PAHO/WHO, ONU Mujeres, & UNFPA. (2014). *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: Manual clínico*.
47. Piñeros, S. (2010). *El niño agresivo*.
48. Sánchez, S., Trujillo, J., & Guzmán, M. (2015). Caja de herramientas para la adecuación técnica y la pertinencia cultural de los programas, y servicios de salud pública con los pueblos indígenas, afrocolombianos y rom. En *Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural*. Ministerio de Salud y Protección Social.
49. Sánchez, O., Carrillo, A., Babativa, J., Rengifo, M., & Miguez, L. (2017). *Encuesta de Prevalencia de violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano 2010-2015*. <https://humanidadvigente.net/wp-content/uploads/2017/08/Encuesta-de-prevalencia-de-violencia-sexual-CSCG.pdf>
50. Save the Children. (2024). *Violencia Viral: Análisis de la violencia contra la Infancia y la adolescencia en el entorno digital*. <https://resourcecentre.savethechildren.net/es/document/violencia-viral-analisis-de-la-violencia-contra-la-infancia-y-la-adolescencia-en-el-entorno-digital/>
51. Talmon, M. (1990). *Single Session Therapy. Maximizing the effect of the first and often only therapeutic encounter*. Jossey-Bass.
52. The National Child Traumatic Stress Network. (2009). *Desarrollo sexual y conducta en los niños*. https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/sexual_development_and_behavior_in_children_sp.pdf
53. Tobón Restrepo, L. J. (2021). Fatiga por compasión y autocuidado en profesionales de la salud. El campo del cuidado y la responsabilidad personal. *El Ágora USB*, 21(2), 726-747. <https://doi.org/10.21500/16578031.4792>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-80312021000200726

- 54.UNFPA América Latina y el Caribe. (2024). *Colombia Lucha por Erradicar la Mutilación Genital Femenina*. <https://lac.unfpa.org/es/noticias/colombia-lucha-por-erradicar-la-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina>
- 55.UNICEF. (2007). *Informe Mundial Sobre La Violencia Contra Los Niños Y Niñas*. Paulo Sérgio Pinheiro, Experto Independiente. [https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(2\).pdf](https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(2).pdf)
- 56.UNICEF. (2019). *Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe*. <https://www.unicef.org/lac/media/7301/file/PDF%20Perfil%20del%20matrimonio%20infantil%20y%20las%20uniones%20tempranas%20en%20ALC.pdf>
- 57.UNICEF. (2021). *Manual para el fortalecimiento de familias con niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales*. <https://www.unicef.org/panama/>
- 58.UNICEF. (2021). *Manual para el tratamiento de niños, niñas y adolescentes víctimas sobrevivientes de agresiones sexuales*. <https://www.unicef.org/panama/>
- 59.United Nations Children's Fund (UNICEF), & International Rescue Committee (IRC). (2023). *Caring for Child Survivors of Sexual Abuse Guidelines* (2a ed.). <https://www.unicef.org/media/155226/file/CCS%20Guidelines%20Final%20.pdf>
- 60.Villanueva, I. (2013). El Abuso Sexual Infantil: Perfil Del Abusador, La Familia, El niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16(30), 451-470.
- 61.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*.
- 62.*Procedimiento técnico basado en la evidencia para el abordaje forense y atención integral a víctimas de violencia sexual – INMLCF 2025*



ANEXOS

Anexo 1 Formato sugerido de consentimiento informado

Consentimiento informado

Nombre de la institución: _____

Nota para el profesional:

Después de proporcionar la información pertinente al paciente, como se ha explicado anteriormente, léale el formulario integralmente al paciente (o al progenitor o tutor) y explíquele que puede rechazar cualquiera de los elementos enumerados (o ninguno). Solicite la firma y/o la huella del pulgar de la persona víctima y la firma de un testigo.

Yo, _____ (Insertar el nombre de la persona víctima) autorizo a la institución de salud indicada con anterioridad a realizar las pruebas siguientes (marque las casillas correspondientes):

Pruebas	SI	NO
Realizar una exploración física	SI	NO
Realizar una exploración genital	SI	NO
Recoger pruebas, como muestras de líquidos corporales, ropa, pelo o cortaduras de uñas, muestras de sangre y fotografías	SI	NO
Proporcionar pruebas e información médica por orden judicial en relación con el caso; esta información se limitará a los resultados de la exploración y a cualquier consulta de seguimiento pertinente que se preste	SI	NO

Entiendo que puedo rechazar cualquier parte de la exploración a la que no quiera someterme.

Nombre y firma del paciente o tutor: _____

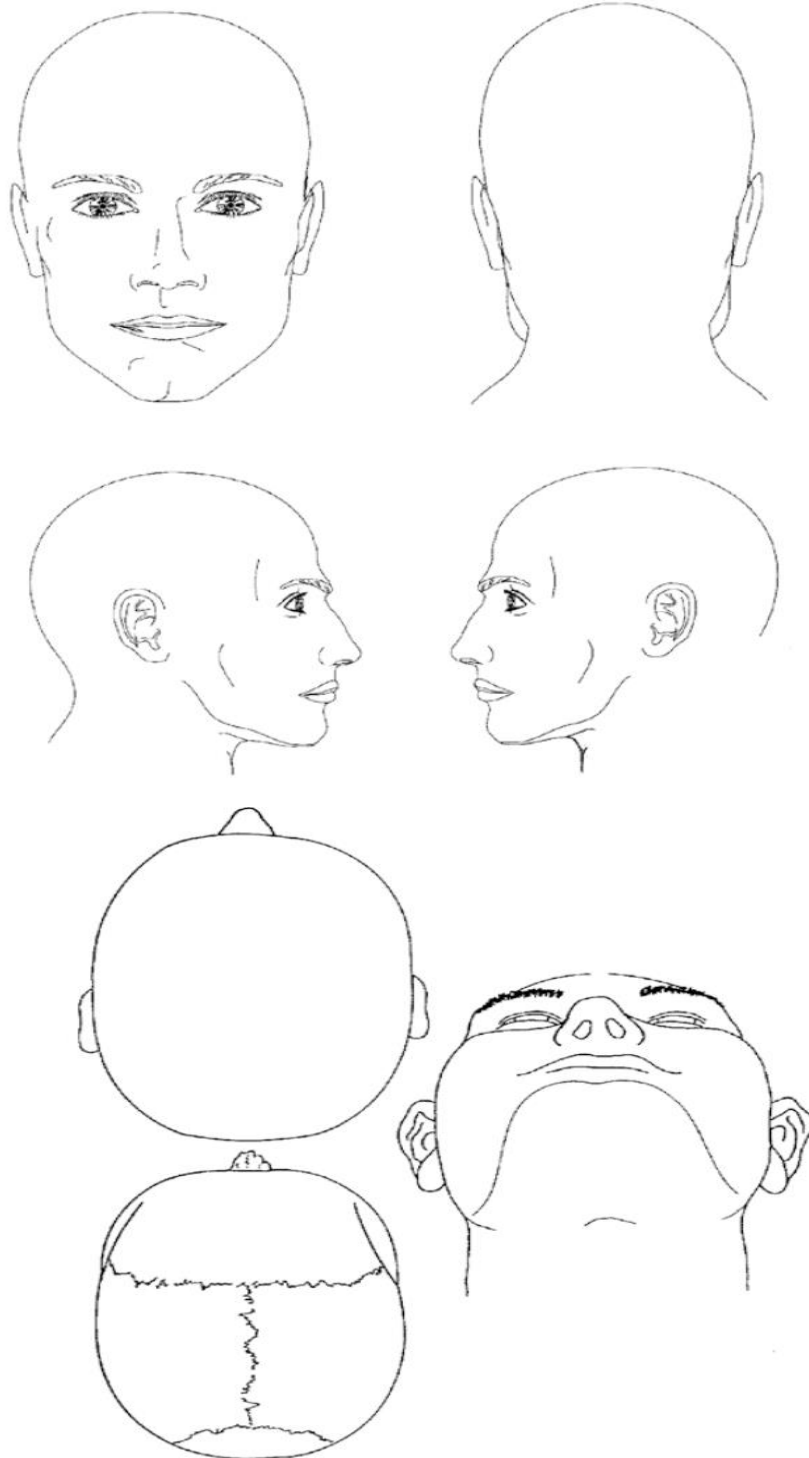
Tipo y número de documento: _____

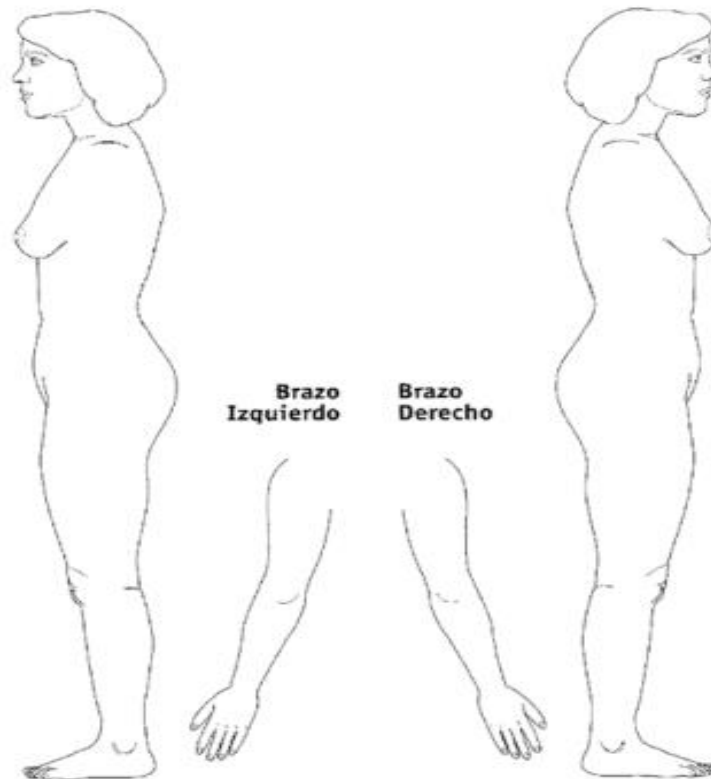
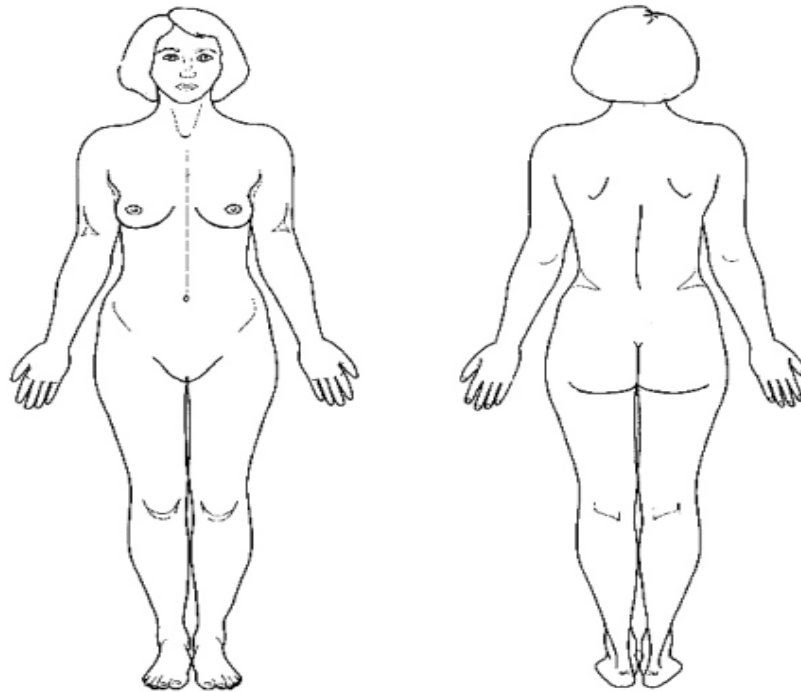
Ciudad y fecha: _____

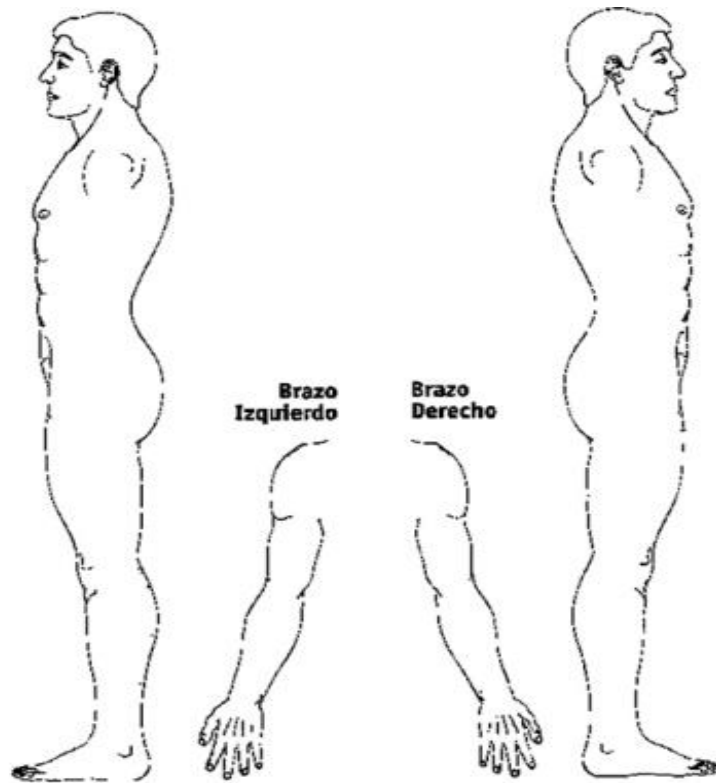
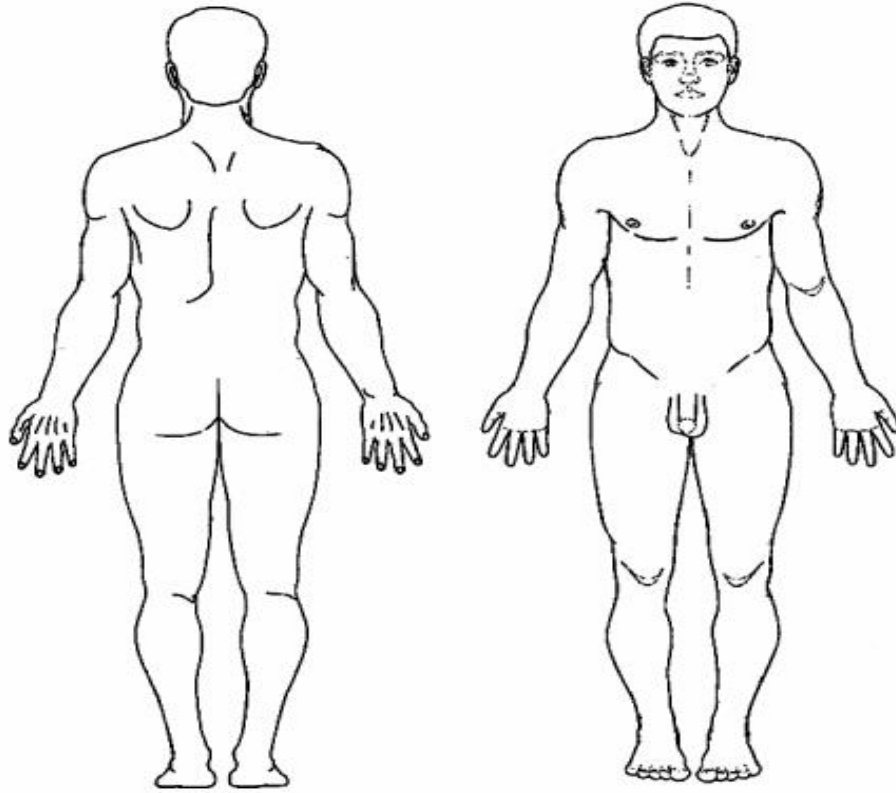
Testigo-Nombre y firma: _____

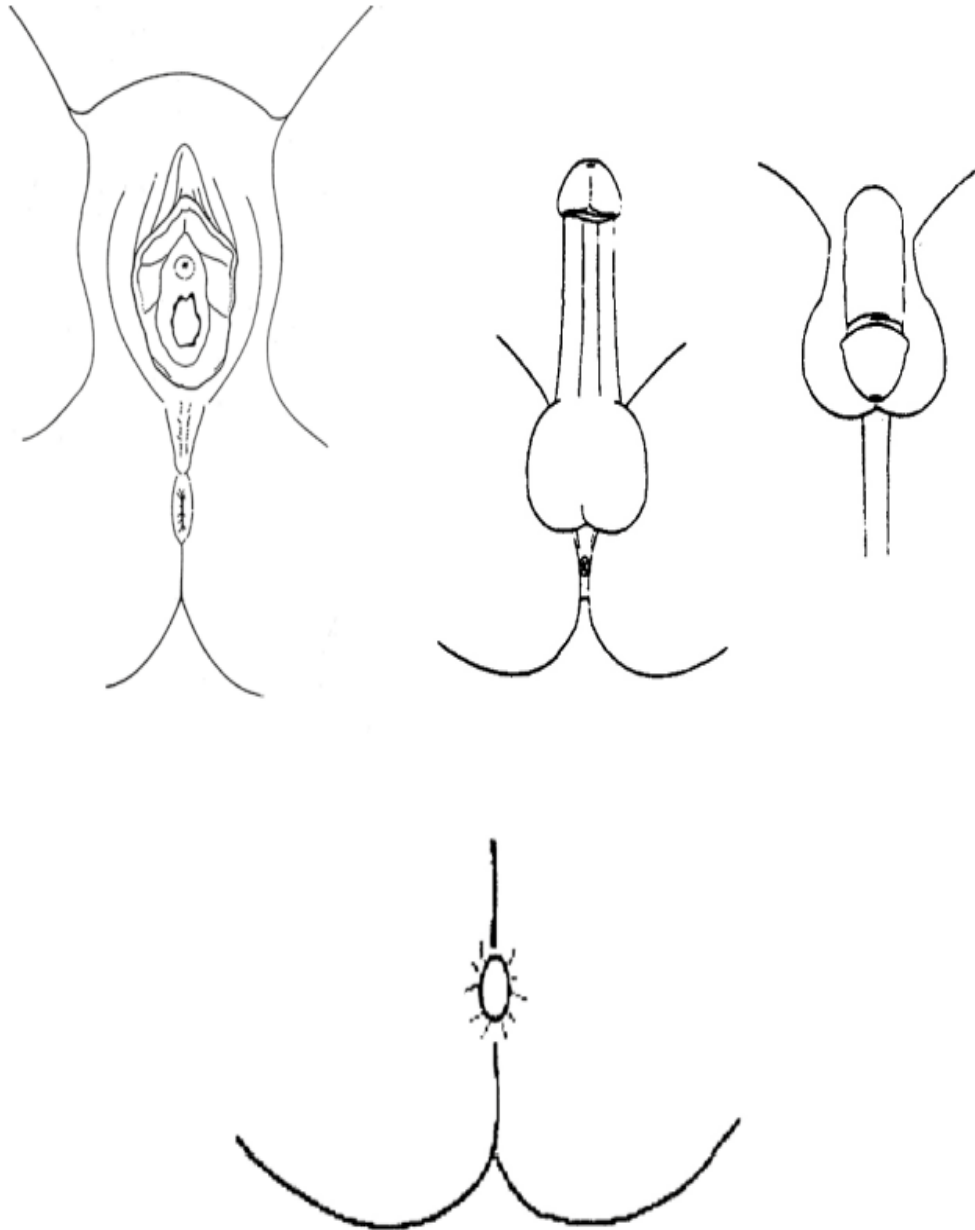
Fuente: Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y de violencia de pareja, elaboración de protocolos para situaciones de crisis humanitaria, (OMS, 2022)

Anexo 2 Pictogramas para el registro del examen físico









Fuente: Procedimiento técnico basado en la evidencia para el abordaje forense y atención integral a víctimas de violencia sexual – INMLCF 2025

Anexo 3 Recolección de muestras médico-forenses

Principios y orientaciones para la recolección de muestras médico-forenses

(Procedimiento técnico basado en la evidencia para el abordaje forense y atención integral a víctimas de violencia sexual – INMLCF 2025)

Principios generales para la Toma de Muestras:

- a) Recolección de muestras de material biológico:
 - Prepúberes: el período óptimo para la recolección de muestras es dentro de las 24 horas posteriores al incidente.
 - Adolescentes: el período óptimo para la recolección de muestras se extiende hasta 72 horas posteriores al incidente.
- b) Recolección de muestras bucales:
El tiempo de recolección se amplía de 12 a 24 horas.
- c) Toxicología urinaria:
El período para la recolección se extiende a cinco días.
- d) Toxicología sanguínea:
El período para la recolección se extiende a 24 horas.
- e) Fuente de Luz Alternativa (ALS): se recomienda el uso de una fuente de luz de al menos 450 nm con filtro de color naranja en lugar de la lámpara de Wood.
- f) Recolección de hisopos en casos de historial incompleto o no proporcionado: se deben recolectar hisopos de todas las áreas de contacto posibles:
 - a. Ambos lados del cuello.
 - b. Ambas mamas.
 - c. Zona peribucal.
 - d. Genitales externos (vulva).
 - e. Hisopos vaginales y del cuello uterino cuando sea apropiado para la edad.
 - f. Zona perianal y anal.
 - g. Hisopados rectales.
- g) Identificación y secado de hisopos:
Los hisopos deben identificarse, etiquetarse y colocarse en un secador de hisopos durante una hora.
- h) Cadena de custodia:
La policía judicial firmará la Cadena de Custodia para recibir las pruebas al concluir el examen o en el momento pertinente dentro del proceso judicial.

Muestras

- a) Muestras para el perfil de ADN del presunto agresor:
- Tomar muestras (frotis-doble hisopado) para búsqueda de espermatozoides, semen u otras muestras biológicas susceptibles de contener material genético, según el relato de violencia sexual y el intervalo de tiempo entre la agresión y la valoración medicolegal.
 - Tomar muestras de sangre periférica o frotis de carrillos para el perfil de ADN de la víctima.
 - Recolectar las prendas u objetos asociados de acuerdo con el contexto del caso, que sean susceptibles de análisis forense.
- b) Muestras para toxicología:
- Recoger muestras de sangre (tubo tapa gris), orina y cabellos si hay sospecha de uso de sustancias psicoactivas.
 - Las muestras de sangre y orina no son relevantes si han transcurrido más de cinco días desde el hecho de violencia sexual.
- c) Muestras para detección de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):
- Las pruebas de ITS se realizarán en Instituciones de Salud en la atención inicial y en la cita de seguimiento.

Etiquetado/rotulado de las muestras:

Cada muestra debe llevar una etiqueta o rótulo, de acuerdo con lo dispuesto por la normativa vigente.

Adicionalmente se debe diligenciar un formato de cadena de custodia individual para cada muestra recolectada. Ver "Manual de Procedimientos para Cadena de Custodia" de la Fiscalía General de la Nación que se encuentre vigente al momento de la atención. Disponible en <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/wp-content/uploads/MANUAL-DEL-SISTEMA-DE-CADENA-DE-CUSTODIA.pdf>

Sellado y almacenamiento de las muestras:

Las muestras forenses deben ser embaladas y rotuladas para ser entregadas a la policía judicial.

Las muestras deben almacenarse en condiciones adecuadas, de acuerdo con sus características, en sitio cerrado con acceso limitado.

Listado de muestras:

La lista de las muestras tomadas, a dónde deben enviarse (laboratorio forense o central de evidencias) y la finalidad de su recolección debe mencionarse en el informe técnico medicolegal.

Anexo 4 Lista de chequeo para la Atención Integral de las Víctimas de Violencias Sexuales

Lista de chequeo para la Atención Integral de las Víctimas de Violencias Sexuales

Requisito del documento		NO	Parcial	SI	N/A	Observaciones
A	INFORMACION GENERAL					
	Institución donde se realiza la valoración.					
	Ciudad.					
	Fecha y hora de la realización.					
	Número de identificación del documento y de la víctima (historia clínica).					
	Nombre de la persona examinada (nombres y apellidos).					
	Sexo (mujer, hombre, intersexual).					
	Fecha de nacimiento y edad (especificar si es referida o documental).					
	Huella del índice (especificar dedo y lado, ejemplo: índice derecho).					
	Dirección de contacto.					
	Teléfono de contacto.					
B	REGISTRO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO					
C	ABORDAJE DEL CASO					
1.	Información adicional (copia de la denuncia, remisión, etc.).					
	Entrevista médico forense.					
2.	Relato de la persona o su acompañante (especificar quién provee la información).					
	Especifica si se trata de uno o varios eventos, indica fecha, hora y lugar de los hechos. Especifica si era una o varias personas agresoras y su número, sexo, relación con la víctima y si resultó lesionada en los hechos.					
	Tipo de actos referidos: especifica si se emplearon amenazas, ataduras, golpes, quemaduras, armas y tipo, si se utilizó seducción, engaños, etc.					
	Uso de sustancias embriagantes (si se utilizaron describirlas).					
	Tipo de actividades sexuales y relacionadas: especifica si se dieron besos, succiones, mordeduras, tocamientos, desnudez o retiro forzados de prendas.					

	Historia de penetración: especifica si se introdujo el pene y el sitio (cavidad bucal, vagina, ano), si se introdujo otro elemento, si hubo eyaculación, si se usó condón o lubricantes, etc.				
	Actividades posteriores a los hechos si el evento fue reciente: ingesta de alimentos o bebidas, vómito, tenesmo fecal, defecación, micción, lavado de dientes, uso de enjuague bucal, inserción o retiro de tampones o diafragmas, ducha vaginal, baño, lavado o aseo corporal y cambio de ropa.				
	Síntomas o molestias relacionados con los hechos: sangrado, flujo, disuria, dolor, enuresis, encopresis, estreñimiento, etc.				
	Atención en otro servicio de salud, copia de historia clínica, resumen de la información.				
3.	Antecedentes				
	Ginecológicos: menarquia, ciclos, fecha de última menstruación, fórmula obstétrica, cirugías ginecológicas, uso de métodos anticonceptivos.				
	Relaciones sexuales en la semana anterior: vía, eyaculación, uso de condón, etc.				
	Antecedentes médicos, quirúrgicos, alérgicos y toxicológicos.				
4.	Descripción de prendas				
	Uso de las prendas que utilizaba en el momento de los hechos, si tienen manchas que pudieran analizarse, qué prendas se dejan para análisis y la descripción de las que se dejan en el informe (tipo, talla, marca, color, etc.).				
5.	Examen físico				
	General (signos vitales, aspecto general, examen mental, examen de alteraciones por región corporal).				
	Examen de lesiones (descripción de lesiones en cada uno de los segmentos corporales y si se recoge evidencia). Prestar atención a zona subungueal (si hubo relato de rasguños al agresor y si se realiza frotis o raspado subungueal o corte de uñas). En menores de 18 años especificar peso, talla, último diente				

	<p>erupcionado y caracteres sexuales secundarios (Tanner).</p> <p>Utilización de diagramas corporales para la ubicar las lesiones identificadas, registro fotográfico.</p>				
	<p>Examen genital y establecer la ausencia o presencia de lesiones, examen de caracteres sexuales secundarios y signos clínicos de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual. Toma de muestras y su descripción (frotis de genitales externos, frotis de introito vaginal, frotis de fondo de saco vaginal, sangre periférica o frotis de carrillos para cotejo). Utilización de diagramas genitales para ubicar las lesiones identificadas, registro fotográfico; si se usa colposcopio para el detalle, debe especificarse.</p>				
	<p>Examen anal y perianal, hacer énfasis en el tono del esfínter, descripción y ubicación de lesiones. (borramiento de pliegues, fisuras, desgarros) y signos de enfermedades de transmisión sexual. Obtención de muestras (frotis perianal, frotis de ampolla rectal, sangre periférica o frotis de carrillos para cotejo). Utilización de diagramas perianales para ubicar las lesiones identificadas, registro fotográfico.</p>				
6.	<p>Valoración de embriaguez por alcohol u otras sustancias</p>				
	<p>Si se realiza registrar: Aliento alcohólico (negativo, discreto, evidente, dudoso), estado de conciencia, orientación, atención, memoria, afecto, lenguaje (flujo bradi/taquilalia); disartria (negativa, discreta, evidente); pensamiento, sensopercepción, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección. Congestión conjuntival, diámetro pupilar, reflejo fotomotor. Reflejos osteotendinosos.</p> <p>Coordinación motora, equilibrio y marcha: pruebas de movimiento punto a punto (dedo nariz, dedo-dedo), test de movimientos</p>				

	<p>rápidos alternos, prueba de Romberg, prueba de marcha en Tándem (punta-talón), marcha en puntas y en talones.</p> <p>Evaluación de nistagmus (horizontal, vertical, a mirada extrema, posrotacional).</p> <p>Muestras para estudios toxicológicos (sangre, orina y estudios solicitados como alcoholemia, psicofármacos, estupefacientes).</p>					
D	DOCUMENTACIÓN DE HALLAZGOS (PARACLÍNICOS RELACIONADOS CON LAS MUESTRAS, FOTOGRAFÍAS, RADIOGRAFÍAS, ECOGRAFÍAS, DESCRIPCIONES QUIRÚRGICAS, ETC.)					
E	FORMATOS DE CADENA DE CUSTODIA DE LAS EVIDENCIAS OBTENIDAS					
F	INTERCONSULTAS.					
G	ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y CONCLUSIONES.					
H	SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES ACTIVACIÓN-SEGUIMIENTO JUDICIAL, VALORACIÓN FORENSE, VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA MORTAL. ACTIVACIÓN-SEGUIMIENTO DE PROTECCIÓN OTRAS.					
I	IDENTIFICACIÓN DEL (DE LA) MÉDICO(A) QUE REALIZA LA VALORACIÓN (NOMBRE, FIRMA, DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN).					
J	NOTIFICACIÓN JUDICIAL (VÍA DE NOTIFICACIÓN TELEFÓNICA, PRESENCIAL), NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ LA NOTIFICACIÓN Y SU IDENTIFICACIÓN. AUTORIDAD QUE SOLICITA LA VALORACIÓN (NOMBRE, DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN, INSTITUCIÓN, TELÉFONO DE CONTACTO, DIRECCIÓN, FECHA, HORA), NÚMERO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL (NUNC).					

Fuente: Procedimiento técnico basado en la evidencia para el abordaje forense y atención integral a víctimas de violencia sexual – INMLCF 2025

Anexo 5 Acciones y responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para la Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencias Sexuales (AISVVS)

Acciones y responsables de los actores del SGSSS

Acciones	Dirección Territorial de Salud (DTS)	Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)- EPS EPSI	Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)-IPSI
<p>Talento humano</p>	<p>Cuenta con referente local en Salud Sexual y reproductiva y/o violencia de género con énfasis en violencias sexuales, que en el marco de la gestión de la salud pública y la gestión del riesgo apoya y articula acciones con el talento humano de las EAPB – EPS-EPSI e IPS-IPSI para la atención integral en salud a las víctimas de violencias sexuales.</p> <p>Los profesionales expertos en salud sexual y reproductiva conocen y perfeccionan el análisis situacional de las violencias en el territorio (teniendo en cuenta los grupos poblacionales de mayor riesgo (curso de vida, por pertenencia étnica y por discapacidad), con éste orientan y coordinan acciones de salud colectiva, gestionan y coordinan acciones</p>	<p>Encargadas de garantizar la red de IPS/IPSI, de diferentes niveles de complejidad, para la atención integral en salud, diferenciada y financiada por recursos de la UPC cargo de las EAPB</p> <p>Las aseguradoras deben contar con equipos nucleares conformados por profesionales de medicina, enfermería y personal de apoyo como: auxiliares de salud pública (o quién haga sus veces) y gestores comunitarios. En casos de pueblos étnicos, deben incluirse gestores de salud propios como médicos tradicionales, parteras, sabedoras/res.</p> <p>Estos equipos nucleares deben estar capacitados en salud sexual y reproductiva, violencias de género-violencias sexuales e interculturalidad para la planeación y articulación de acciones con las DTS e IPS-IPSI, a partir de la caracterización, clasificación y seguimiento de los riesgos individuales de su población afiliada; así como el desarrollo de Intervenciones de información en salud y de</p>	<p>Las IPS-IPSI se deben conformar por un equipo institucional para la gestión del protocolo dentro de la institución.</p> <p>-La institución prestadora debe disponer de un profesional de medicina, enfermería, de área administrativa, así como personal de apoyo como auxiliares de salud pública (o quién haga sus veces) y gestores comunitarios (en casos de pueblos étnicos gestores de salud propios como médicos tradicionales, parteras, sabedoras/res). Esto es por la resolución de zonas rurales dispersas.</p> <p>El equipo de gestión del protocolo debe realizar reuniones periódicas de monitoreo y seguimiento a la implementación del protocolo, así como para seguimiento y verificación de funciones del talento humano en salud.</p> <p>Las IPS-IPS, son responsables de identificar, diseñar, planear, implementar y hacer seguimiento a las acciones en salud centradas en las personas víctimas de violencias sexuales, sus</p>

Acciones	Dirección Territorial de Salud (DTS)	Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)- EPS EPSI	Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)-IPSI
	<p>de salud pública y vigilancia epidemiológica y realizan el monitoreo y seguimiento de las instituciones para la adopción del protocolo (que contará con las adecuaciones socioculturales necesarias según el contexto del territorio y de los grupos étnicos que allí se encuentren).</p>	<p>educación y comunicación, según el riesgo de su población afiliada, en sus propios entornos.</p> <p>Si la población afiliada hace parte de la población étnica -del territorio-, EPSI deben realizar diálogos de saberes con las autoridades propias y otros sectores sociales presentes, como sabedoras/es, organizaciones sociales y campesinas, para la armonización de la gestión relacionada con la atención integral e intercultural a víctimas de violencias sexuales pertenecientes a grupos étnicos.</p> <p>Las aseguradoras deben contar además con equipos interdisciplinarios encargados de realizar las intervenciones de asesoría, atención complementaria y especializada a las víctimas de violencias sexuales, sus familias y personas significativas, estos equipos deben estar compuestos además por: profesionales en salud y medicina familiar y comunitaria, psicología, terapias físicas y especialistas como psiquiatría, pediatría, ginecología, cirugía, entre otros, y de acuerdo al contexto epidemiológico, debe incluirse especialidades como ortopedia, rehabilitación, profesionales de ciencias</p>	<p>familias y personas significativas de su entorno, a lo largo de los diferentes momentos del curso de vida y en los diferentes entornos de vida cotidiana. De igual manera deben articular y coordinar las acciones de gestión del riesgo individual con las EAPB y del riesgo colectivo con las DTS.</p> <p>-Además del equipo nuclear, deben contar con el equipo transversal que realizará acciones de asesoría, atención complementaria y especializada a las víctimas de VS. Estos equipos deben estar compuestos por profesionales en salud y medicina familiar y comunitaria psicología, terapias físicas y especialistas como psiquiatría, pediatría, ginecología, cirugía, entre otros y de acuerdo con el contexto epidemiológico debe incluirse especialidades como ortopedia, rehabilitación, profesionales de ciencias humanas como antropología, sociología, saneamiento ambiental, seguridad alimentaria entre otros.</p>

Acciones	Dirección Territorial de Salud (DTS)	Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)- EPS EPSI	Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)-IPSI
		<p>humanas como antropología, sociología, saneamiento ambiental, seguridad alimentaria entre otros.</p> <p>Es importante además asegurar la vinculación de intérpretes para las personas con discapacidad y pertenecientes a diferentes grupos étnicos del país.</p>	
<p>Capacitación del talento humano</p>	<p>La DTS debe socializar el presente protocolo y demás lineamientos establecidos por el MSPS para la atención integral en salud a la víctima de violencias sexuales.</p> <p>Prestar asistencia técnica y desarrollar capacidades del talento en municipios e IPS para garantizar la atención integral en salud a víctimas de violencias sexuales, así como garantizar programas de inducción, reinducción y capacitación del personal en: derechos humanos, especialmente sexuales y reproductivos, violencias de género específicamente violencias sexuales, enfoque diferencial, enfoque</p>	<p>Las EAPB deben garantizar programas de inducción y reinducción para su personal, según perfiles, cargos y roles desempeñados, así como la del personal de su red de prestación de servicios, en aspectos relacionados con: derechos humanos, especialmente sexuales y reproductivos y la atención a víctimas de violencias sexuales, enfoque diferencial, enfoque intercultural, trabajo en equipo, y comunicación interprofesional.</p> <p>Además, debe realizar auditoría de los programas y políticas de la red de prestadores para cuidado del personal asistencial.</p>	<p>Programa de inducción, reinducción y plan de capacitación del talento humano asistencial y administrativo en atención a víctimas, según perfiles, cargos y roles.</p> <p>Capacitación en atención a víctimas de violencias sexuales para (Equipos nucleares y equipos transversales) el personal asistencial de urgencias, hospitalización y consulta externa.</p> <p>Profesionales de la medicina capacitados en abordaje forense según lineamientos de la institución rectora del sistema forense.</p> <p>Programas y políticas institucionales de cuidado del personal asistencial que realiza las actividades directas con las víctimas. (acciones de cuidado al cuidador, manejo del estrés)</p> <p>Todas las entidades del sistema de salud están en la obligación a contar con</p>

Acciones	Dirección Territorial de Salud (DTS)	Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)- EPS EPSI	Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)-IPSI
	<p>intercultural, y atención humanizada. Trabajo en equipo, y comunicación interprofesional.</p>		<p>talento humano en salud idóneo y con programas especializados para la atención psicosocial para implementar el protocolo.</p> <p>Sensibilizar y capacitar al talento humano en buen trato o humanización del talento humano con énfasis en no discriminación, enfoque diferencial, enfoque intercultural, trabajo en equipo, y comunicación interprofesional.</p>
<p>Garantía de acceso</p>	<p>Procesos que permitan garantizar la afiliación inmediata de las personas no afiliadas al SGSSS, en consecuencia, con el Decreto 064 de 2020 a las víctimas de violencias de género, específicamente violencias sexuales.</p> <p>Llevar a cabo procesos de concertación territorial y diálogos interculturales para la construcción conjunta con mujeres y autoridades indígenas de rutas interculturales de atención en salud para las víctimas de violencias sexuales donde se incluya el acompañamiento de sabedor o sabedora ancestral.</p>	<p>Documento de identificación de riesgo según la guía conceptual y metodológica de caracterización de la población afiliada del MSPS.</p> <p>Diagnóstico de riesgo de violencias de género con énfasis en violencia sexual de la población afiliada y beneficiaria (medios físicos o virtuales).</p>	<p>Documento del proceso institucional para la atención a víctimas de violencias sexuales, con acciones operativas y administrativas que den cuenta de responsables y flujo de la atención de las víctimas de acuerdo con el nivel de complejidad, el tipo de violencias sexuales, los ajustes razonables realizados para la atención de víctimas con discapacidades para la movilidad, sensoriales, cognitivas o necesidades de traducción o interpretación para comunidades que tienen diferentes lenguas.</p> <p>Garantía al acceso a los servicios de salud de las víctimas de comunidades indígenas a las IPS o IPSI con el desarrollo de acciones conjuntas con médicos/as tradicionales con el fin de identificar comprender y respetar los usos y costumbres basados en la espiritualidad y armonización</p>

Acciones	Dirección Territorial de Salud (DTS)	Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)- EPS EPSI	Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)-IPSI
	<p>Liderar la respuesta de protección comunitaria, y la activación y articulación de la justicia ordinaria y Jurisdicción Especial Indígena.</p>		<p>de prácticas y saberes que permitan llevar a cabo acciones conjuntas en la atención de las víctimas de violencia sexual.</p>
<p>Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencias Sexuales</p>	<p>La DTS cuenta con un proceso de asistencia técnica y vigilancia y control en las direcciones locales y las EAPB, encaminado a apoyar el mejoramiento de los procesos relacionados con la implementación de las estrategias y acciones de atención integral a víctimas de violencias sexuales.</p> <p>Las DTS, departamental y municipal cuentan con un plan coordinado con las EAPB e IPS-IPSI de su territorio, de intervenciones complementarias (Colectivas e Individuales) que incluye: intervenciones de promoción de derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, prevención de las violencias de género y violencias sexuales y atención integral en salud a víctimas</p>	<p>La EAPB audita los procesos, procedimientos y acciones realizados, por las instituciones de su red de IPS durante la atención integral a víctimas de violencias sexuales.</p> <p>La EAPB garantiza la asignación de citas de seguimiento a las víctimas de violencias sexuales.</p> <p>La EAPB cuenta con un proceso de auditoría del sistema de referencia y contrarreferencia, para la AISVVS, en las IPS contratadas (eficacia, eficiencia y oportunidad). Además, cuenta con un plan coordinado de acciones con las ET e IPS-IPSI de su red, que incluye: en promoción de derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, prevención de las violencias de género y violencias sexuales y atención integral en salud.</p>	<p>La IPS realiza la atención integral a víctimas de violencias sexuales de acuerdo con este protocolo, el nivel de atención, el tipo de violencia, el tiempo transcurrido y las adecuaciones necesarias para personas en situación de vulnerabilidad o de derechos diferenciales.</p> <p>La IPS garantiza la provisión permanente completa de los medicamentos e insumos que hacen parte del Kit de profilaxis post exposición.</p> <p>La IPS de acuerdo con su nivel garantiza la disponibilidad permanente de insumos y mecanismos de almacenamiento de evidencias con propósitos forenses.</p> <p>Las IPS de acuerdo con las necesidades de cada víctima provee los seguimientos médicos, paraclínicos, de salud mental, sociales y enfermería necesarios.</p> <p>El personal de servicios generales, de seguridad y de apoyo de las instituciones siguen lineamientos claros con respecto a la atención de las víctimas de violencias</p>

Acciones	Dirección Territorial de Salud (DTS)	Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)- EPS EPSI	Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)-IPSI
	de violencias de género.		<p>sexuales, desde el primer contacto, para evitar hacer daño, generar impactos psicosociales adicionales o revictimizar.</p> <p>Durante la atención facilita el acompañamiento de las abuelas, parteras o médicos(as) tradicionales para víctimas de comunidades indígenas como parte integral de sus equipos básicos en salud.</p> <p>Además, cuenta con un plan coordinado de acciones con las ET y EAPB, que incluye: en promoción de derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, prevención de las violencias de género y violencias sexuales y atención integral en salud.</p>
Inspección Vigilancia y Control	Las Direcciones Territoriales de Salud, de acuerdo con sus competencias, deberán realizar las acciones de inspección y vigilancia al acceso y a la atención a las personas víctimas de violencia sexual.		
	La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias realizará las acciones de inspección, vigilancia y control que pueden derivar en sanciones por la no atención a las víctimas de violencia sexual.		

Fuente: Tomado y adecuado del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual y Lineamiento metodológico para la asistencia técnica territorial para violencias de género con énfasis en violencia sexual.

TALENTO HUMANO	
Dirección Territorial de Salud (DTS)	<p>Cuenta con referente local en Salud Sexual y reproductiva y/o violencia de género con énfasis en violencias sexuales, que en el marco de la gestión de la salud pública y la gestión del riesgo apoya y articula acciones con el talento humano de las EAPB – EPS-EPSI e IPS-IPSI para la atención integral en salud a las víctimas de violencias sexuales.</p> <p>Los profesionales expertos en salud sexual y reproductiva conocen y perfeccionan el análisis situacional de las violencias en el territorio (teniendo en cuenta los grupos poblacionales de mayor riesgo (curso de vida, por pertenencia étnica y por discapacidad), con éste orientan y coordinan acciones de salud colectiva, gestionan y coordinan acciones de salud pública y vigilancia epidemiológica y realizan el monitoreo y seguimiento de las instituciones para la adopción del protocolo (que contará con las adecuaciones socioculturales necesarias según el contexto del territorio y de los grupos étnicos que allí se encuentren)</p>
EPS EPSI	<p>Encargadas de garantizar la red de IPS/IPSI, de diferentes niveles de complejidad, para la atención integral en salud, diferenciada y financiada por recursos de la UPC cargo de las EAPB.</p> <p>Las aseguradoras deben contar con equipos nucleares conformados por profesionales de Medicina, enfermería y personal de apoyo como: auxiliares de salud pública (o quién haga sus veces) y gestores comunitarios. En casos de pueblos étnicos, deben incluirse gestores de salud propios como médicos tradicionales, parteras, sabedoras/res.</p> <p>Estos equipos nucleares deben estar capacitados en salud sexual y reproductiva, violencias de género-violencias sexuales e interculturalidad para la planeación y articulación de acciones con las DTS e IPS-IPSI, a partir de la caracterización, clasificación y seguimiento de los riesgos individuales de su población afiliada; así como el desarrollo de Intervenciones de información en salud y de educación y comunicación, según el riesgo de su población afiliada, en sus propios entornos.</p> <p>Si la población afiliada hace parte de la población étnica -del territorio-, EPSI deben realizar diálogos de saberes con las autoridades propias y otros sectores sociales presentes, como sabedoras/es, organizaciones sociales y campesinas, para la armonización de la gestión relacionada con la atención integral e intercultural a víctimas de violencias sexuales pertenecientes a grupos étnicos.</p> <p>Las aseguradoras deben contar además con equipos interdisciplinarios encargados de realizar las intervenciones de asesoría, atención complementaria y especializada a las víctimas de violencias sexuales, sus familias y personas significativas, estos equipos deben estar compuestos además por: profesionales en salud y medicina familiar y comunitaria, psicología, terapias físicas y especialistas como psiquiatría, pediatría, ginecología, cirugía, entre otros, y de acuerdo al contexto epidemiológico, debe incluirse especialidades como ortopedia, rehabilitación, profesionales de ciencias humanas como antropología, sociología, saneamiento ambiental, seguridad alimentaria entre otros</p> <p>Es importante además asegurar la vinculación de intérpretes para las personas con discapacidad y pertenecientes a diferentes grupos étnicos del país.</p>
Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)-IPSI	<p>Las IPS-IPSI se deben conformar por un equipo institucional para la gestión del protocolo dentro de la institución.</p> <p>-La institución prestadora debe disponer de un profesional de medicina, enfermería, de área administrativa, así como personal de apoyo como auxiliares de salud pública (o quién haga sus veces) y gestores comunitarios (en casos de pueblos étnicos gestores de salud propios como médicos tradicionales, parteras, sabedoras/res. Esto es por la resolución de zonas rurales dispersas</p> <p>El equipo de gestión del protocolo debe realizar reuniones periódicas de monitoreo y seguimiento a la implementación del protocolo, así como para seguimiento y verificación de funciones del talento humano en salud.</p> <p>Las IPS-IPS, son responsables de identificar, diseñar, planear, implementar y hacer seguimiento a las acciones en salud centradas en las personas víctimas de violencias sexuales, sus familias y personas significativas de su entorno, a lo largo de los diferentes momentos del curso de vida y en los diferentes entornos de vida cotidiana. De igual manera deben articular y coordinar las acciones de gestión del riesgo individual con las EAPB y del riesgo colectivo con las DTS.</p> <p>-Además del equipo nuclear, deben contar con el equipo transversal que realizará acciones de asesoría, atención complementaria y especializada a las víctimas de VS. Estos equipos deben estar compuestos por profesionales en salud y medicina familiar y comunitaria psicología, terapias físicas y especialistas como psiquiatría, pediatría, ginecología, cirugía, entre otros y de acuerdo con el contexto epidemiológico debe incluirse especialidades como ortopedia, rehabilitación, profesionales de ciencias humanas como antropología, sociología, saneamiento ambiental, seguridad alimentaria entre otros</p>

Fuente: Tomado y adecuado del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual y Lineamiento metodológico para la asistencia técnica territorial para violencias de género con énfasis en violencia sexual.

