FECHA DE LA ASISTENCIA:	**18/02/2026**

INFORMACIÓN GENERAL

Medio de Asistencia Técnica:

☒Campo ☐Virtual ☐Oficina

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE BRINDA LA ASISTENCIA: SECRETARIA DE SALUD CUNDINAMARCA

DIRECCIÓN O AREA RESPONSABLE: SALUD PÚBLICA, SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES DERECHOS REPRODUCTIVOS

FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR

Nombres y apellidos: Nicholle Tatiana Lozano Medina	Cargo: Profesional Universitario SS-CD-PSP-508-2026
Correo electrónico institucional: Nicholle.lozano@cundinamarca.gov.co	Teléfono: 3153899171

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO
(Solicitante o uno de los beneficiarios)

Grupo de interés asistido: Dependencia Sector Central

Nombre del beneficiario: Centro de Salud Johan – Jefe PS – Johanna Avendaño	Correo electrónico: hmfajohan@gmail.con

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Agua de Dios

Número total de beneficiarios: 1

TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

TEMA N° 210: FORTALECER LINEAMIENTOS EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

Actividad N° 3 de la meta producto N° 110 del Plan de Desarrollo Departamental **"Gobernando Más Que Un Plan 2024-2028";** "*Asistir técnicamente a los actores del sistema de salud de los 116 municipios del Departamento en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*".

1. Lineamiento de la Política de Educación Sexual para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, con énfasis en la promoción de la igualdad de género, prevención de violencias por razones de sexo y género y del embarazo en la niñez y la adolescencia.

2. Orientaciones generales para la implementación de acciones de información, educación y comunicación en salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva desde las intervenciones colectivas en el marco de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud - RIA PYMS.

TEMA N° 213: FORTALECIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

Actividad N° 1 de la meta producto N° 115 del Plan de Desarrollo Departamental **"Gobernando Más Que Un Plan 2024-2028". "***Asistir técnicamente a los 116 municipios en el programa "piensa y actúa positivamente" enfocado en la prevención de embarazo en adolescentes entre los 10 y los 19 años".*

1. Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud e implementación de intervenciones individuales y colectivas de promoción de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el entorno educativo y comunitario.

2. Lineamiento de Atención en Salud Sexual y Reproductiva para Niños, Niñas y Adolescentes con prioridad en acciones en interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y oferta de servicios en el marco de las intervenciones individuales por curso de vida; con énfasis en la promoción de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes.

3. Protocolo y ruta de atención en salud a víctimas de violencias por razones de sexo y género, con énfasis en Violencia Sexual y ataques con agentes químicos.

4. Implementación de la Estrategia "Piensa y Actúa Positivamente" enfocada en la prevención del embarazo en la niñez y la adolescencia, entre los 10 y 19 años.

OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA

TEMA N° 210: Realizar desarrollo de capacidades técnicas al talento humano en salud en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; con énfasis en Promoción de la Igualdad de Género, prevención de las violencias por razones de sexo y género y erradicación del embarazo en la niñez y reducción del embarazo en la adolescencia; con enfoque comunitario, intercultural, de género y de derechos, en aras de Disminuir en un punto porcentual la razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos en el Departamento de Cundinamarca.

TEMA N° 213: Realizar desarrollo de capacidades técnicas al talento humano en salud en intervenciones individuales y colectivas, interrupción voluntaria del embarazo (IVE), oferta de servicios en salud sexual y reproductiva desde el modelo de servicios amigables para adolescentes y jóvenes, atención integral a víctimas de violencias por razones de sexo y género (Violencia Sexual y ataques con agentes químicos), implementación de estrategias para la prevención del embarazo en la niñez y la adolescencia en población de 10 a 19 años en el marco de la Estrategia "Piensa y Actúa Positivamente"; con enfoque comunitario, intercultural, de género y de derechos, en aras de Disminuir en 0,5 puntos

porcentuales la tasa de fecundidad en adolescentes de 10 a 19 por cada 1.000 mujeres en el departamento de Cundinamarca.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Se inicia la asistencia técnica en compañía de funcionarios institucionales de la IPS **CENTRO DE SALUD JOHAN** indicando el objeto de la asistencia (referido en apartado superior del informe), así mismo se indica que se hará uso de formatos institucionales de la Secretaría de Salud de Cundinamarca (Informe de asistencia técnica, Encuesta de satisfacción, Control de asistencia, entre otros) para el registro de la información suministrada por los funcionarios de la entidad objeto de visita. Se desarrolla las temáticas establecidas de la siguiente manera:

Socialización de las metas propuestas en El Plan Departamental De Desarrollo ***"Gobernando Más Que Un Plan 2024-2028"***, las cuales son el punto base para las acciones por cada entidad de salud y/o responsable de la gobernanza en su territorio.

Meta de resultado	Línea base	Año Línea base	Valor esperado	Fuente de información
Disminuir en un punto porcentual la razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos en el departamento de Cundinamarca.	31,5p	2023	30,5	Secretaria de salud - Componente Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

Código provisional meta	Meta de producto	Línea base (*dato indicativo)	Valor esperado
SSD12	Implementar en los 116 municipios el **Plan de Aceleración para la Reducción de la mortalidad materna - PARE.**	0	116
SSD13	Asistir técnicamente a los actores del sistema de salud de los 116 municipios del departamento en Derechos Sexuales y Reproductivos.	0	116

INSTRUMENTO DE DIAGNOSTICO DEL COMPONENTE DE SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS - SSR DE ADOLESCENTES Y JOVENES Y ABORDAJE INTEGRAL DE VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GÉNERO

Se realiza aplicación del instrumento de diagnóstico del componente de sexualidad derechos sexuales y derechos reproductivos - SSR de adolescentes y jóvenes y abordaje integral de violencias por razones de sexo y género; en aras de identificar las necesidades de apoyo de Asistencia Técnica para la IPS.

MODELO SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JOVENES - SSAAJ

El modelo permite implementar acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, movilización de la demanda temprana y mejoramiento de la prestación de servicios como mecanismo de superación de barreras de acceso, con especial énfasis en la atención de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de adolescentes y jóvenes, en un marco de equidad de género y derechos sexuales y reproductivos.

La implementación del modelo de servicios de salud para adolescentes y jóvenes es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años, y sean capaces de dar respuesta a las expectativas y necesidades de salud que les afectan. Para lograrlo, se hace necesario desarrollar y fortalecer conocimientos y habilidades específicas en los prestadores de servicios, para que identifiquen y atiendan a adolescentes y jóvenes de forma idónea, reconociendo que ellos y ellas requieren ser atendidos, y destacando que sus motivos de consulta están relacionados principalmente con situaciones de la vida cotidiana, muchas de ellas con su salud sexual y reproductiva, pero no necesariamente con daños o procesos mórbidos.

IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS AMIGABLES

El propósito fundamental de los servicios amigables es el cuidado y mantenimiento de la salud de adolescentes y jóvenes, el cual, en el marco de la protección social, tiene varios componentes que están normatizados en las Resoluciones 412 y 3384 de 2000. Sin embargo, aplicar el concepto de servicios amigables desarrollado en el capítulo anterior requiere que también lo enmarquemos en la atención y prestación de servicios con calidad.

Es necesario que todos los actores involucrados en la producción de servicios de salud se sientan motivados y convencidos de la necesidad de agregar calidad. Es cierto que existen estándares de calidad y que la misma ha sido ampliamente reglamentada, pero no hay duda de que se trata de una característica de valoración subjetiva, que se obtiene únicamente si quien provee el servicio o producto le imprime esa cualidad.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

El Decreto 1011 de 2006 provee los lineamientos para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia. En él se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud, SOGCS, y se define la calidad de la atención en salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos, de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción".

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS

Planear:

- Conformar un equipo líder dinamizador.
- Acoger la política de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes.

- Organización del servicio para facilitar la atención integral de adolescentes y jóvenes.
- Garantizar el recurso humano, asistencial y administrativo capacitado.
- Ajustar los procesos administrativos (facturación, estadísticas, citas) para garantizar la continuidad del servicio.
- Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención.
- Programar las acciones de inducción de la demanda a emplear para garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios.
- Programación de las acciones de atención
- integral dirigidas a adolescentes y jóvenes.
- Diseñar sistema de información integral.

Hacer:

- Sensibilización y capacitación del recurso humano de la IPS.
- Realizar acciones de orientación e inducción de la demanda.
- Atender a adolescentes y jóvenes de acuerdo con el paquete de servicios definido por la institución.

Verificar y actuar:

- Revisar y evaluar mensualmente el cumplimiento de las actividades desarrolladas frente a las planeadas, de acuerdo con el mapa de procesos y procedimientos de la entidad.
- Consolidación de la información de los indicadores de gestión de la IPS, y remisión a la aseguradora para alimentar el sistema de información en salud.
- Analizar la información y realizar ajustes necesarios para el logro de lo planeado.
- Elaborar actas y demás registros para socializar con todos los actores, incluida la comunidad de referencia, de acuerdo con los mecanismos definidos por la institución.
- Documentar el proceso.

MODALIDADES:

Hay muchas maneras de convertir en amigable el servicio de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Sin embargo, en las distintas experiencias se han logrado identificar tres modalidades básicas:

3.1. Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes

Se realiza a partir del desarrollo de las características propias en las instituciones, con infraestructura básica. La condición que lo define como amigable es la existencia de un profesional formado y sensibilizado para ofrecer una atención de calidad, dentro de la programación de consulta diaria, guardando confidencialidad y respeto por las

condiciones de adolescentes y jóvenes. Esta actividad debe contar con el apoyo de una red de servicios en los diferentes niveles de complejidad.

3.2. Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes

Así se denomina a la existencia de ambientes exclusivos para adolescentes y jóvenes, que comparten la infraestructura con otros servicios de salud. Cuentan con profesionales capacitados para la atención de adolescentes y jóvenes y realizan sus labores en horarios de atención diferenciados, adaptados a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y jóvenes. Aunque los profesionales y las instalaciones pueden utilizarse para cumplir con otras funciones en la institución, las Unidades Amigables se encuentran adecuadamente señalizadas, de forma tal que orientan a los y las usuarios(as) hacia los servicios de atención diferenciada.

3.3. Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes

Es un espacio físico independiente de las demás instalaciones de las instituciones de salud, que por sí mismo puede conformar una Institución de Prestación de Servicios especializada en adolescentes y jóvenes. Cuenta con profesionales especialistas, asignados específicamente a estos centros, en horarios que de forma permanente y estable se adaptan a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y jóvenes, garantizando así el acceso permanente a los servicios. El centro amigable está diseñado para atender de forma exclusiva a adolescentes y jóvenes, en espacios que se adecuan a sus condiciones, gustos y preferencias.

COMPONENTES:

Partiendo del análisis de las lecciones aprendidas en otras experiencias e investigaciones, diversos autores han propuesto una serie de componentes y criterios válidos para construir un servicio amigable con énfasis en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes. Los que se exponen en este documento son cinco y provienen de una adaptación de los componentes propuestos originalmente en el texto "Acortando distancias".

- **Acceso a los servicios y oportunidad en su prestación**

Para que un grupo de personas utilice un servicio no existe una fórmula mágica, pero sí muchos caminos. La mayoría de ellos parten de un mismo punto: el acceso y la oportunidad.
Acceso quiere decir "poder llegar a" y en este caso implica desarrollar actividades para que adolescentes y jóvenes puedan llegar hasta el sitio donde se ofrecen los servicios de salud y hacer uso de ellos. En esa ruta no sólo encontrarán barreras físicas sino también sociales. Pero una vez que se llega y se tiene acceso entra en juego la oportunidad, que

no es otra cosa para el usuario o usuaria que la conveniencia del lugar y el momento, es decir, un tiempo corto para obtener la cita y una espera prudente para tomarla.

- **Profesionales y personal de salud**

Las entidades prestadoras son garantes del derecho a la salud de la población que acude y solicita el servicio; en esa medida, todas las personas involucradas en la prestación del mismo deberán poseer o desarrollar ciertas competencias para actuar como garantes de ese derecho. Si a esto agregamos que "en el campo de la SSR existen mitos, creencias, factores culturales y sociales que hacen que el tema siga siendo tabú para la población, es fácil comprender que las personas dedicadas a la provisión de servicios de SSR deben tener unas características y competencias particulares, por lo que las instituciones de salud deben desarrollar procesos innovadores para mantenerlas a la altura de las necesidades".

- **Procedimientos administrativos y de gestión**

Todos los procesos administrativos y de gestión con los que cuenta una institución de salud deben diseñarse para responder al servicio con estándares de calidad, acordes a las exigencias normativas y derechos de los usuarios, en este caso los de adolescentes y jóvenes, que se traducen en servicios integrales, eficaces y oportunos.

- **Disponibilidad de una amplia gama de servicios**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, ha contemplado, a través de lo establecido en la Política Nacional de SSR, una gama de servicios para adolescentes y jóvenes que las instituciones de salud deben ofrecer. Estos servicios comprenden acciones en promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, incluyendo orientación y educación desde la primera consulta, servicios extramurales, identificación de población con mayor riesgo y prestación de servicios integrales que garanticen la continuidad en el servicio y la adherencia de la población a los mismos.

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD 3280 DE 2018

Tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento.

Información para la Salud Sexual y Reproductiva

- Informar en derechos y deberes sobre la SSR.
- Prácticas para el cuidado de la salud de personas, familias y comunidades.
- Promoción de estilos de vida y hábitos saludables con énfasis en planificación familiar, anticoncepción, proyecto de vida, educación integral para la sexualidad,
- Mecanismos para la prevención y mitigación de factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva.
- Mecanismos de participación social para adolescentes y jóvenes.
- Socialización de las intervenciones individuales por curso de vida.
- Prevención de las violencias y discriminación basadas en género.
- Asesoría en Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE.
- Planificación familiar y anticoncepción.

ACTIVIDADES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA RIA PYMS

El proceso de monitoreo implica realizar el seguimiento continuo y sistemático de los indicadores, los cuales dan cuenta del logro de los resultados en salud materna y perinatal; se deben agotar algunas actividades tales como: identificación, notificación de los eventos, recolección, consolidación y análisis de la información por parte de los diferentes agentes, según el alcance de sus obligaciones (IPS, EAPB, DTS, MSPS, Superintendencia de Salud). A continuación, se detallan algunas actividades:

1. Socializar los resultados en salud esperados, así como los indicadores que los conforman.
2. Realizar análisis individuales de los casos que correspondan a resultados intermedios, a que haya lugar, según los protocolos de vigilancia epidemiológica.
3. Fortalecer metodología para análisis colectivo de eventos como el embarazo en población de 10 a 19 años y violencias por razones de sexo y género.
4. Diseñar planes de mejoramiento a partir de los análisis de los eventos.
5. Analizar los resultados de los indicadores de impacto en virtud de la correlación que exista con el alcance de las metas de los indicadores intermedios y de proceso correspondientes.

ESTRATEGIA INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CUIDADO MENSTRUAL

La salud menstrual emerge como nuevo eje prioritario en la agenda de polí tica publica de salud pública en Colombia, reconocida como componente transversal del derecho fundamental a la salud que articula directamente con derechos humanos esenciales: dignidad humana, igualdad de género, intimidad, autonomía, no discriminación, acceso a servicios de salud, acceso a educación, acceso al trabajo, acceso al agua y acceso a infraestructura para saneamiento básico. Su institucionalización responde a la necesidad de garantizar la vivencia digna de la menstruación en todos los entornos de vida cotidiana,

superando barreras estructurales que históricamente han invisibilizado esta dimensión del curso de vida femenino, de personas trans y no binarias, conforme al marco conceptual y operativo de la Estrategia Intersectorial (Ministerio de Salud y protección Social, 2023).

CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD:
Integrar en las redes integrales e integradas de servicios la identificación de mecanismos de atención individual en las EAPB para las mujeres con alteraciones menstruales, dolor severo, endometriosis, anemia y otros problemas asociados, garantizando rutas claras de acceso desde los entornos (hogar, escuela, comunidad, trabajo, instituciones) y coherencia con la Estrategia.

ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL, PEDIATRÍA O MEDICINA FAMILIAR, Y ENFERMERIA PARA LA INFANCIA

Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral (físico, cognitivo, social) de los niños y las niñas.
- Identificar tempranamente la exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los niños (as) mediante la información en salud con padres y/o cuidadores y niños (as).

La valoración integral de la salud en la infancia debe ser realizada de forma complementaria entre los profesionales de medicina general o familiar y de enfermería, cumpliendo con el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS.

Los profesionales encargados de la valoración integral de la infancia deben contar con capacidades técnicas e individuales para la realización del examen físico pediátrico, evaluación del desarrollo infantil, evaluación antropométrica y nutricional, valoración de la salud auditiva, visual, bucal, mental, sexual, de la dinámica familiar y de las redes de apoyo. El profesional de enfermería podrá realizar los procedimientos y ordenar los medicamentos, insumos, dispositivos y otros procedimientos de acuerdo con lo definido en esta intervención/atención.

VALORACIÓN DE LA SALUD SEXUAL – MADURACIÓN SEXUAL: evaluar la evolución de los estadios de Tanner (Anexo 10) y realizar la exploración de la región anogenital para descartar signos de violencia sexual. En los niños debe evaluarse, la presencia de

criptorquidia, EPI o hipospadias (si no se detectaron previamente), y de varicocele (generalmente para los niños más grandes en momento vital Infancia). Se debe prestar atención especial a la detección de signos de violencias física y sexual, y en caso de niñas indígenas, se deben identificar prácticas nocivas para la vida y la salud, como la mutilación genital femenina o el matrimonio infantil o forzoso.

En niños y niñas intersexuales realizar valoración integral y remisión para asesoría. Así mismo, se debe realizar una atención teniendo en cuenta las particularidades por sexo, género y orientación sexual. Si identifica un factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad en la valoración de la salud sexual, se debe derivar al niño o niña a una atención resolutiva por pediatría para diagnóstico y tratamiento.

ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERIA PARA LA ADOLESCENCIA

Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral y multidimensional (físico, cognitivo, social) de los adolescentes.
- Identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar las capacidades físicas, cognitivas y psicosociales que le permitan al/la adolescente alcanzar los resultados en su desarrollo.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de adolescentes, mediante la información en salud con padres y/o cuidadores.
- Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado primario.

Esta atención se realizará a través de una consulta por profesionales en medicina general, medicina familiar o enfermería de acuerdo con lo contemplado en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS.

Los profesionales que realizan esta atención deben contar con capacidades técnicas e individuales para valorar integralmente los procesos de aprendizaje y desarrollo de los adolescentes, habilidades de comunicación efectiva para abordar las situaciones frecuentes en este momento vital como: ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sospecha de embarazo, anticoncepción, ITS-VIH-SIDA, diversas formas de violencia, salud mental-prevención del suicidio, prevención consumo de alcohol, prevención del consumo de tabaco y cesación del consumo de tabaco y drogas, aspectos bioéticos y legales en la

atención de adolescentes, manejo para la intervención de grupos específicos en situación de vulnerabilidad (diversidad sexual, discapacidad, indígenas, migrantes, infractores de ley), para el trabajo comunitario y educación en salud, para el fortalecimiento del liderazgo y participación juvenil, entre otros. El profesional de enfermería podrá realizar los procedimientos y ordenar los medicamentos, insumos, dispositivos y otros procedimientos de acuerdo con lo definido en esta intervención/atención.

VALORACIÓN DE LA SALUD SEXUAL: Realizar la valoración clínica de la maduración sexual a través del seguimiento a la evolución de los estadios de Tanner, (Anexo 10) del mismo modo, la exploración de la región anogenital permitirá descartar signos de violencia sexual y de género, la presencia de criptorquidia, EPI o hipospadias (si no se detectaron previamente), o de varicocele. Evaluar y correlacionar la maduración sexual con el crecimiento físico, que permite determinar si el proceso puberal ocurre en forma adecuada en función del sexo y la edad. (Estirón puberal, modificación en la composición corporal). En adolescentes intersexuales realizar valoración integral y remisión para asesoría. Así mismo, se debe realizar una atención teniendo en cuenta las particularidades por sexo, género y orientación sexual.

El profesional debe indagar sobre aspectos que pueden interferir en la maduración sexual: aspecto nutricional, glándula tiroidea (tamaño, consistencia, presencia de nódulos o masas), signos clínicos compatibles con patología crónica (acidosis renal, insuficiencia renal, fibrosis quística, enfermedades cardiacas, SIDA, asma severa, DM tipo 1) o cromosomopatía (talla baja o alta, pterigión ocular, implantación pabellón auricular, otros), signos clínicos de hipogonadismo, estrés ambiental, entrenamiento atlético intenso, uso de drogas, exceso de glucocorticoides.

Durante el examen físico ginecológico se le puede entregar a la adolescente un espejo de mano, para que el acto de examen físico se convierta en una experiencia educativa y pueda recibir la explicación del profesional a cargo de la valoración y a su vez observar el examen de sus genitales con el conocimiento de estos.

Se debe prestar atención especial a la detección de signos de violencias física y sexual, y en caso de adolescentes indígenas, se deben identificar prácticas nocivas para la vida y la salud, como la mutilación genital femenina o el matrimonio infantil o forzoso.

CIRCULAR 104 DE 2023 - LINEAMIENTO PARA LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS Y LA ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN CUNDINAMARCA

En el marco del reconocimiento que hace la Constitución Política de Colombia y el Bloque de Constitucionalidad de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos de los niños, niñas y adolescentes, y siguiendo los postulados de la Política Nacional de Sexualidad,

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en la que se comprende la Sexualidad como un concepto dinámico que ha evolucionado para reconocer la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual; así como la experiencia erótica el placer, la intimidad y la reproducción, a partir de la interacción de factores biológicos. psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, entre otros. (IPPF, 2008 citado en PNSDSDR, 2014).

Es preciso señalar el reconocimiento de la Sexualidad como una condición esencialmente humana, que compromete a las personas a lo largo de todos los momentos del ciclo vital; razón por la cual la mirada no debe ser exclusivamente biológica o médica, sino que se incluye desde una perspectiva social, con todos los determinantes en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, reconocidos de manera independiente. Este concepto ampliado de la sexualidad dentro de la PSDSDR está construido desde el enfoque de derechos, haciendo énfasis en la necesidad de evitar cualquier forma de estigma o discriminación, resaltando el respeto a la diversidad cultural y a la dignidad. Concepto que se construye desde el enfoque de género, partiendo del reconocimiento de construcciones socioculturales de lo femenino y lo masculino dentro de un sistema de relaciones sociales en el que se establecen normas, formas de comportamiento, prácticas, costumbres y actitudes sociales y psicológicas; con el propósito de establecer relaciones simétricas que permitan superar las violencias, las desigualdades y las discriminaciones en el campo de la sexualidad y la reproducción.

De esta manera, en el presente documento se establecen recomendaciones puntuales considerando que la niñez y la adolescencia del Departamento de Cundinamarca tienen derecho a:

- Disfrute pleno de la sexualidad.
- Ausencia de violencia, coacción o abuso.
- Acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad y amigables.

Autodeterminación reproductiva de acuerdo con su curso de vida. Sobre niñas, niños y adolescentes la Corte Constitucional afirma que: "... Los niños no son propiedad de nadie: ni son propiedad de sus padres, ni son propiedad de la sociedad. Su vida y su libertad son de su exclusiva autonomía. Desde que la persona nace está en libertad y la imposibilidad física de ejercitar su libre albedrío no sacrifica aquélla.... (Corte Constitucional. Sentencia T-477 de 1995). Con esta base, y entendiendo que el Derecho a la Libertad está ligado a la autonomía progresiva, coincidente con la edad y el desarrollo de las personas, se establece que el derecho a la salud sexual y salud reproductiva se debe prestar a quien la solicite, siempre guardando la confidencialidad.

Con el objetivo de que los actores de estos diferentes sectores puedan tener claridad y un lineamiento para la prevención, manejo y actuaciones alrededor de la prevención del embarazo adolescente e infantil, la secretaria de salud, la secretaría de gobierno y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF - Regional Cundinamarca se permiten

comunicar lo siguiente:

1. La información, educación y comunicación en Derechos Sexuales y Derechos reproductivos debe estar al alcance de todos los niños. niñas y adolescentes del Departamento de Cundinamarca sin barreras de acceso, sin limitaciones de índole religiosa o moral y de acuerdo con su curso de vida.
2. Son actores con las competencias para brindar esta información [Talento Humano en salud desde Gestorales de Bienestar. Promotores de Salud. Enfermeros, Médicos, Psicólogos y Trabajadora/es Sociales) de todas las instituciones de Salud públicas y privadas del Departamento.
3. En ninguna circunstancia ningún funcionario público o privado puede obstaculizar el acceso de los niños, niñas y adolescentes a recibir la información acerca de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, a acceder a las intervenciones en salve sexual y salva retroductiva de acuerdo con su cubo de vio.
4. Los niños, niñas y adolescentes del Departamento de Cundinamarca son sujetos de protección integral por parte del estado y tienen derecho a recibir información y ser atendidos por las instituciones de salud.
5. Se debe incrementar y facilitar el acceso a los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, garantizando el derecho a la salud mediante la posibilidad de recibir estos servicios sin ningún tipo de discriminación, en el marco de la atención integral así como la accesibilidad física, a parir de la ubicación geográfica o territorial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las cuales deben encontrarse en sitios cercanos a la población o garantizar el acceso mediante acciones de demanda inducida y atención efectiva. El modelo de servicios amigables propone que adolescentes y jóvenes puedan obtener una respuesta oportuna a sus necesidades, a partí de servicios de salud diferenciados y flexibles, que incluyan estrategias de acercamiento a estos grupos poblacionales. bien sea desde el trabajo extramural o con la creación de grupos y redes de apoyo comunitario. Así mismo, se debe garantizar desde la red de prestación de servicios, que estos sean de manera continua, articulada y organizada. (Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. MSPS junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFA-Colombia, 2008).
6. Se exhorta a las Instituciones de Salud a que el talento humano que presta intervenciones a niños, niñas y adolescentes en Derechos Sexuales y Derechos reproductivos reciba fortalecimiento periódico de competencias técnicas, afectivas y de calidad para la atención de esta población con enfoque de género, intercultural y diferencial.
7. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la confidencialidad en el marco de las atenciones prestadas por parte de instituciones de salud, protección y justicia. La información brindada es de carácter confidencial y no puede ser revelada a los padres o cuidadores excepto autorización explícita del niño, niña o adolescente o en caso de que la información ponga en riesgo inminente la vida o la salud del

individuo o un tercero.

8. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a exteriorizar su deseo a ser acompañados por un adulto de su confianza a las intervenciones en salud.
9. Los niños, niñas y adolescentes son autónomos en relación con sus decisiones en Salud Sexual y salud Reproductiva. Cuando se identifiquen menores de 14 años que estén interesados en recibir orientación, asesoría en anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual, esta debe ser prestada. Si se confirma actividad sexual en menores de 14 años, debe activarse la ruta de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, realizando la atención integral en salud y las acciones intersectoriales correspondientes según aplique; sin que esto sea una barrera para la prestación efectiva del método anticonceptivo escogido por el niño, niña o adolescente. En caso de no confirmarse se deberá realizar salvaguarda con entidad de protección para el acompañamiento del caso según se requiera.
10. Ninguna institución de salud debe exigir a niños, niñas y adolescentes documentos de denuncia ante las autoridades, copagos, aseguramiento o barreras administrativas para iniciar la ruta integral de atención en salud.
11. La vulneración de derechos por violencia sexual contra una niña o niño menor de 14 años se considera URGENCIA MÉDICA por lo que de manera inmediata las autoridades administrativas (ICBF y/o Comisarías de Familia) así como la Policía deben procurar la activación de la ruta de atención integral en articulación con los sectores Salud y de Justicia durante las primeras 72 horas para la recolección de pruebas y realización de exámenes médicos pertinentes.
12. La identificación de casos de niñas menores de 14 años que se encuentren en estado de gestación requiere el tratamiento de este como producto de violencia sexual. De tal manera que debido al interés superior de los niños, niñas y adolescentes se requiere la activación inmediata de la Ruta de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, en la que se reconoce el derecho a recibir orientación y asesoría integral para la toma de decisiones libres e informadas respecto a su gestación, con enfoque de riesgo y permitiendo que sea ella misma sin presión o coacción quien tome las decisiones respecto a su cuerpo.
13. Todos los casos identificados de Atención a Víctimas de Violencia Sexual y en especial los de niños y niñas menores de 14 años deben tener garantía de la totalidad de las intervenciones en salud, las intervenciones de Protección y las de Justicia con garantía de no repetición, oportunidad y calidad.
14. Ninguna entidad del sector protección o justicia debe coaccionar, presionar o solicitar indebidamente al sector salud, acciones que no estén contempladas en las rutas integrales o que actúen en contravía de los derechos reconocidos de niños, niñas y adolescentes.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS

Proponen lineamientos para facilitar los asuntos relacionados con la adecuación de

escenarios y recursos necesarios para ofrecer una atención de calidad, integral, humanizada y respetuosa de los derechos de la adolescente. Además, el protocolo se sintoniza con la concepción garante de los derechos de niñas y adolescentes, establecida en la Constitución Política del 1991 y en la Ley 1098 del 2006 (Código de infancia y adolescencia).

Teniendo en cuenta que este protocolo busca orientar la atención de manera que ayude a la adolescente a consolidar su proyecto de vida mediante la prevención de las consecuencias adversas que el embarazo puede ocasionarle a su salud, resulta útil comenzar por ofrecer elementos conceptuales sobre la adolescencia que explican la necesidad de elaborar acciones diferenciadas de las recomendadas para mujeres gestantes adultas.

CONDICIONES INDISPENSABLES PARA LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS

Una embarazada menor de 15 años tiene derecho a ser atendida por la EPS que la cubre (subsidiada o contributiva), ya sea por aseguramiento paterno o familiar, o por pertenecer a los sistemas de protección especial; cuando se trata de población no asegurada, su atención debe ser cubierta por el Fondo de Solidaridad y Garantías, FOSYGA. Tienen derecho a toda la atención incluida en el presente protocolo, por tratarse de mujer gestante, como lo determina el principio constitucional de protección a la maternidad (Pacheco, 2007), y con todas las condiciones requeridas para la preservación de su vida y bienestar, como lo determina la Ley 1098 de 2006 que adopta el Código de Infancia y Adolescencia.

Por lo anterior, garantizar la atención de calidad a las menores de 15 años es una obligación de todas las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y las prestadoras de servicios de salud (IPS), en el marco de la normatividad vigente, a la luz de la evidencia científica disponible.

RECURSOS FÍSICOS PARA LA ATENCIÓN

Según lo descrito en la presente guía, el embarazo en menores de 15 años, desde el inicio hasta su finalización, es un evento crítico de salud que requiere que las instituciones dispongan de recursos físicos, de equipamiento e instrumentales adecuados y suficientes, para la resolución de las complicaciones que se presenten. Se debe contar con salas de cirugía, equipos de anestesiología, unidad de cuidado intensivo de adultos y neonatal, servicio de laboratorio clínico y bacteriológico, bancos de sangre y servicios de farmacia con medicamentos de manejo emergencias obstétricas y perinatales. Las aseguradoras responsables de la atención a la menor deben garantizar que el sitio de atención del control prenatal, del parto y del postparto, con las características anotadas, sea de fácil

acceso para las adolescentes, y que el desplazamiento sea corto, o proveer los recursos para el transporte, de tal modo que se garantice la atención con la frecuencia y características descritas en la presente guía.

RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos que se requieren para la atención del embarazo, del parto y del posparto a menores de 15 años compete a las especialidades médicas y demás profesiones de la salud que se corresponden con las características físicas necesarias para la atención. El equipo mínimo con el que debe contar la institución para la atención sin complicaciones está compuesto por médico obstetra, enfermera, psicólogo, nutricionista y trabajador social con alguna capacitación para la atención a adolescentes.

RUTA CRÍTICA PARA LA ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS

Se parte del hecho de que cualquier entidad perteneciente a los sectores salud, protección y justicia puede recibir el caso de una niña menor de 14 años embarazada o con un evento obstétrico. Se construye, entonces, una ruta de atención entre esos tres sectores para cada una de las posibles circunstancias en las que la situación puede presentarse.
Con ese marco, de acuerdo con la discusión realizada sobre las circunstancias en las que cada sector puede identificar esta situación se establecieron las siguientes:

NIÑA MENOR DE 14 AÑOS DE EDAD EMBARAZADA DE UN ADULTO Y/O DETECCIÓN DE UN EVENTO DE VIOLENCIA SEXUAL

Independientemente de si el caso de violencia sexual es detectado por el sector salud, justicia o protección, se deben activar las rutas de intervención de los demás sectores comprometidos en la restauración de derechos de las víctimas. Cada uno de los sectores a los que puede llegar el caso tiene una ruta interna, pero, a su vez, una ruta intersectorial que debe activar a los otros dos sectores para dar inicio al proceso de restablecimiento de los derechos de la víctima.

Si el caso lo recibe el sector justicia (alguna entidad encargada de la recepción de denuncias o de la investigación de los delitos sexuales: Fiscalía, Policía Nacional, comisarías de familia), debe activar inmediatamente al sector salud (preferiblemente a un servicio de urgencias de un hospital), puesto que cualquier caso de violencia sexual es una urgencia médica, y la víctima, independientemente del tiempo transcurrido desde el evento de violencia sexual, requiere y tiene derecho a intervención para el restablecimiento de su salud física y mental (incluyendo la asesoría para IVE). De igual forma, por tratarse de una víctima menor de 18 años de edad, el sector justicia activa la ruta de protección, en cabeza del defensor de familia del ICBF para que se dé inicio al proceso de

restablecimiento de derechos y se tomen las medidas de protección integral a las que tiene derecho la víctima.

Cuando el caso es recibido por el sector justicia, al igual que en la anterior ruta, se activa de manera inmediata la atención en salud para la víctima como urgencia médica (en salud física y mental, además de asesoría en IVE, bien sea por causal violencia sexual o por la causal salud, teniendo en cuenta que un embarazo antes de los 14 años es de alto riesgo para la vida de la madre) y se activa la protección por ICBF para la atención correspondiente y el proceso de restablecimiento de derechos de la niña.

Estos casos son remitidos al sector justicia, al Sistema de responsabilidad penal adolescente, con fiscales y jueces especializados que evaluarán la necesidad de perseguir o no penalmente al adolescente, ya que en esta situación específica puede no haberse presentado el abuso de una asimetría de poder o fuerza que diera como resultado el embarazo. Esto teniendo en cuenta que el delito de acceso carnal abusivo con menor de 14 años fue incluido en el código penal nueve años antes de que se aprobara la ley 1098 de 2006, es decir, cuando solo los adultos mayores de 18 años podían ser responsables penalmente por este delito.

Si el caso es detectado por el sector salud, este se debe notificar al sector protección; sin embargo, teniendo en cuenta lo mencionado para el sector justicia, en estas circunstancias hay que prever que las parejas de adolescentes embarazadas eviten asistir a los servicios médicos por miedo a la judicialización. El acuerdo frente a la ruta es que la activación de justicia debe hacerla el sector protección, al que, según su ruta interna, le compete realizar una investigación sociofamiliar en el medio, la cual permitirá verificar la información y entregar un reporte adecuado a la Fiscalía, posibilidad que no puede tener el sector salud en el corto tiempo de consulta médica del que dispone (Resolución 0459 de 2012).

Finalmente, si el caso es identificado por el ICBF, se repite la ruta anterior y se activa la instancia salud para atención de urgencia. Como en este caso el ofensor tiene entre 14 y 18 años, se acude al Sistema de responsabilidad penal para adolescentes (SRPA) y no a la Fiscalía, a donde se si se tratara de un agresor mayor de 18 años.

Gráfica 1. Ruta de atención intersectorial para menores de 18 años víctimas de violencia sexual.



NIÑA MENOR DE 14 AÑOS DE EDAD EMBARAZADA DE UN ADOLESCENTE MAYOR DE 14 AÑOS Y MENOR DE 18 AÑOS:

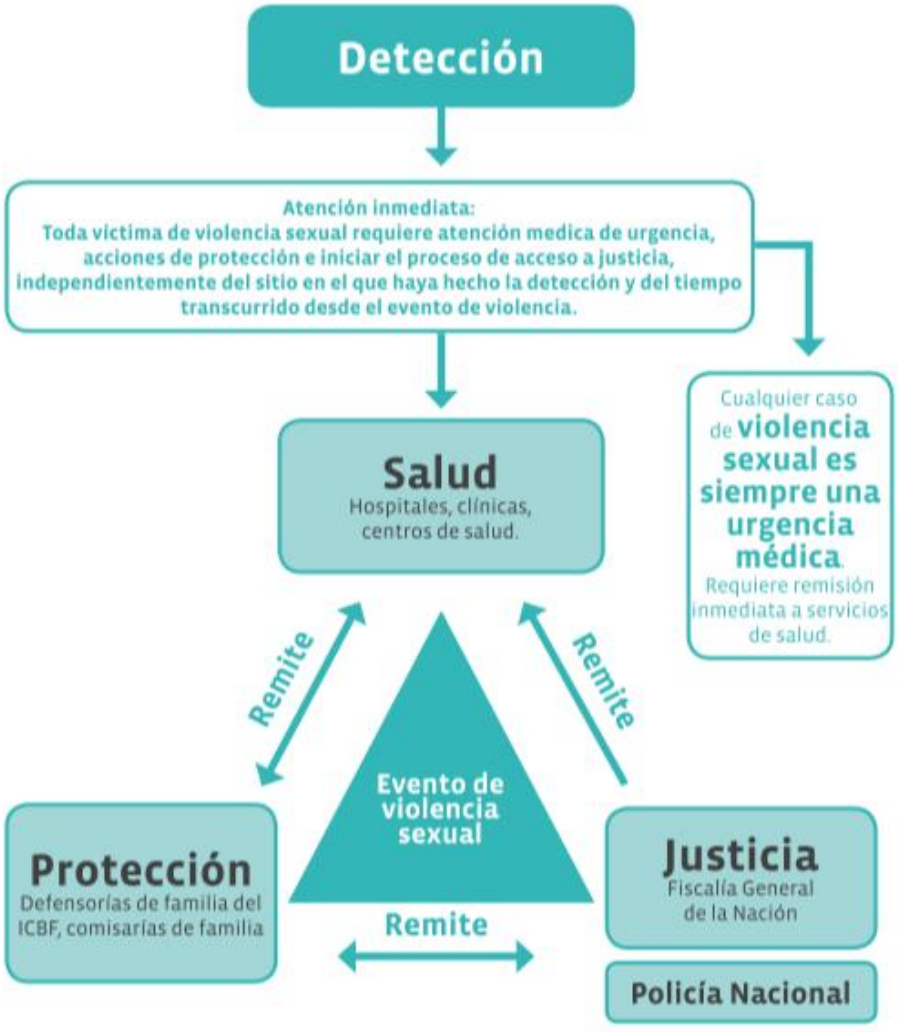
Cuando el caso es recibido por el sector justicia, al igual que en la anterior ruta, se activa de manera inmediata la atención en salud para la víctima como urgencia médica (en salud física y mental, además de asesoría en IVE, bien sea por causal violencia sexual o por la causal salud, teniendo en cuenta que un embarazo antes de los 14 años es de alto riesgo para la vida de la madre) y se activa la protección por ICBF para la atención correspondiente y el proceso de restablecimiento de derechos de la niña.

Estos casos son remitidos al sector justicia, al Sistema de responsabilidad penal adolescente, con fiscales y jueces especializados que evaluarán la necesidad de perseguir o no penalmente al adolescente, ya que en esta situación específica puede no haberse presentado el abuso de una asimetría de poder o fuerza que diera como resultado el embarazo. Esto teniendo en cuenta que el delito de acceso carnal abusivo con menor de 14 años fue incluido en el código penal nueve años antes de que se aprobara la ley 1098 de 2006, es decir, cuando solo los adultos mayores de 18 años podían ser responsables penalmente por este delito.

Si el caso es detectado por el sector salud, este se debe notificar al sector protección; sin embargo, teniendo en cuenta lo mencionado para el sector justicia, en estas circunstancias hay que prever que las parejas de adolescentes embarazadas eviten asistir a los servicios médicos por miedo a la judicialización. El acuerdo frente a la ruta es que la activación de justicia debe hacerla el sector protección, al que, según su ruta interna, le compete realizar una investigación sociofamiliar en el medio, la cual le permitirá verificar la información y entregar un reporte adecuado a la Fiscalía, posibilidad que no puede tener el sector salud en el corto tiempo de consulta médica del que dispone (Resolución 0459 de 2012).

Finalmente, si el caso es identificado por el ICBF, se repite la ruta anterior y se activa la instancia salud para atención de urgencia. Como en este caso el ofensor tiene entre 14 y 18 años, se acude al Sistema de responsabilidad penal para adolescentes (SRPA) y no, a la Fiscalía, a donde se si se tratara de un agresor mayor de 18 años.

Gráfica 2: Ruta de atención intersectorial para niñas menores de 14 años embarazadas, víctimas de violencia sexual (cuando el padre es mayor de 14 y menor de 18 años).



NIÑA MENOR DE 14 AÑOS DE EDAD EMBARAZADA DE UN ADOLESCENTE MENOR DE 14 AÑOS: Esta situación es poco frecuente (0,8% de los casos según datos DANE de nacidos vivos en 2008) y, por las características del delito de acceso carnal abusivo con menor de 14 años, si el embarazo es producto del contacto sexual "consentido" entre dos menores de 14 años, no podría en estas circunstancias existir un agresor (puesto que los menores de 14 años no son responsables penalmente) y una víctima, dado que ambos cabrían la misma calificación.

Así las cosas, cuando está claro que no se trata de un evento de violencia sexual (por la presencia de factores diferentes a la edad), las rutas descritas cambian y se rigen por las siguientes premisas y procesos:

En esta situación no hablamos de un evento de violencia sexual, pues se trata tanto jurídicamente como desde el aspecto biopsicosocial de una problemática de embarazo temprano que afecta a niño y niña de diferente forma y requiere una intervención oportuna e integral para proteger los derechos de ambos, incluyendo la asesoría en IVE por causal salud, teniendo en cuenta que un embarazo antes de los 14 años es de alto riesgo para la vida de la madre.

Si la situación llega al conocimiento de las autoridades del sector justicia (alguna persona pudo haberlo denunciado) no se inicia una investigación penal, pero sí se activa inmediatamente la remisión a salud, puesto que la vida de la niña embarazada corre un alto riesgo y ambos menores requieren intervención integral en salud. De igual forma y por su ruta interna, las autoridades deben activar también al sector protección para dar inicio al proceso de acompañamiento de los niños en esta situación específica que amenaza sus derechos.

Si el sector salud identifica la situación y, reiteramos, no se trata de un evento de violencia sexual, activa al sector protección de la misma forma y con los mismos fines mencionados en el anterior párrafo.

De igual modo, si el caso es identificado por el sector protección, este solamente se remite a salud a la niña con evento obstétrico para que reciba la atención adecuada. En todos los casos, la responsabilidad del sector salud es activar la ruta crítica.

Gráfica 3: Ruta de atención intersectorial para niñas menores de 14 años embarazadas (cuando el padre es menor de 14).



RESOLUCION 459 DE 2012 - PROTOCOLO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

La violencia sexual es una problemática mundial que en las últimas décadas ha sido reconocida como una violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos que vulnera la dignidad humana, la integridad, libertad, igualdad y autonomía, entre otros. Se constituye en una problemática de salud pública por su magnitud y las afectaciones que produce en la salud física, mental y social.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con sus funciones y responsabilidades, presenta el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual a las instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales y equipos interdisciplinarios como una herramienta de atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual, acorde con el "Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual", construido y financiado en el marco del Convenio 620 de 2010 celebrado por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Uno de los principios éticos en que se basa el presente protocolo, y que debe ser garantizado durante los 15 pasos, es el reconocimiento que la autonomía de las víctimas es prevalente ante las recomendaciones médicas que sean ofrecidas durante cualquier indicación, proceso o procedimiento incluido para la atención integral de la violencia sexual.

Está prevista la actualización periódica de los contenidos tanto del Protocolo como del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, acorde con los cambios que sucedan en el conocimiento relevante sobre el tema, la organización del sistema de seguridad social en salud colombiano, y las retroalimentaciones que se continúen recibiendo desde los equipos profesionales usuarios de éste protocolo.



Paso 1- Preparación a la comunidad

Acciones sobre una población específica, con individuos identificables y que pueden ser caracterizados a nivel de riesgo individual; que deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo. Desde el enfoque epidemiológico se entiende esta línea operativa como prevención primaria (Antes de la ocurrencia del evento en salud, en este caso un hecho violento).

- Análisis de riesgo para violencias de género de la población con enfoque interseccional
- Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial: habitante de calle, población privada de la libertad, trabajo sexual, de igual manera la población privada de la libertad que pueden ser víctimas de las diferentes modalidades de las violencias.
- Modificación del riesgo, promoción de espacios o ámbitos públicos y privados libres de violencias.
- Vigilancia de la gestión del riesgo
- Gestión de la atención integral a víctimas de violencia de género con énfasis a violencia sexual.
- Coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes en violencias de género (coordinación intersectorial para la prevención de violencias).

- El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.
- El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).
- La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
- Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual. a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre éstos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan.
- Los servicios de salud disponibles en la zona para las víctimas de violencia sexual y la manera de acceder a ellos.
- Los horarios de atención de esos servicios de salud, con énfasis en aquellos que están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana.

- Los benefícios en salud para las víctimas de violencia sexual que se derivan de una atención oportuna y adecuada.
- La necesidad que las víctimas de asaltos sexuales acudan INMEDIATAMENTE o por lo menos, lo más pronto posible, a los servicios de urgencias médicas, sin bañarse ni cambiarse de ropa; si esto no es posible, que traiga la ropa que tenía en el momento de ocurridos los hechos.

Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:

- Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva SSR.
- Usuarias de programas de control prenatal. c. Personas usuarias de programas de atención integral en ITS - VIH / SIDA. d. 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.
- Mujeres y otras personas con discapacidad. i. Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios.
- Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural.
- Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas.
- Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afrodescendientes.
- Personas migrantes y refugiadas.

SON DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
(Ley 360 de 1997):

a. Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.
b. Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible.
c. Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito.
d. Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado.
e. Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:
   1. Examen y tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.
   2. Examen y tratamiento para trauma físico y emocional.
   3. Recopilación de evidencia médica legal.
   4. Ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados con el delito

Paso 2 - Verificación y Mantenimiento de las Condiciones mínimas

La atención de las violencias por razones de sexo y género es un evento prioritario según la Resolución 3100 de 2019, del cual se debe garantizar:

1. Programa institucional de atención a víctimas de violencias sexuales
2. Profesional de servicios de Consulta externa, urgencias, hospitalización y trasporte de pacientes Capacitado para el abordaje en salud de las violencias por razones de sexo y género.
3. Insumos para garantizar la profilaxis post-exposición hasta 30 días.
4. Insumos para la toma de muestras forenses
5. Infraestructura para la atención

Paso 3 - Recepción inmediata de la victima

La violencia sexual en las **primeras 72 horas de ocurrida** la victimización, constituye una ***prioridad I*** dentro del triage de urgencias; **luego de 72 hora**s se puede clasificar como ***prioridad II,*** **excepto** que la víctima acuda con ideación depresiva, de muerte o suicida, sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma, retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo, agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u **otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud,** ante los cuales se dará también **prioridad I de triage** independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta

Es indispensable que:

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

Paso 4 - Atención Medica Inicial

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

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

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

Es indispensable que:
a. Asuma y atienda el caso como una urgencia médica. b. Evalúe y atienda de manera inmediata cualquier situación que ponga en riesgo inminente la vida de la persona.
c. Con la persona estabilizada, continúe aplicando el resto del protocolo, iniciando por la explicación de los derechos de las víctimas de violencia sexual y por la toma del consentimiento informado para la atención clínica integral.

Parte A: La anamnesis de la víctima de violencia sexual:

- Relato completo sobre los hechos
- Preguntas abiertas orientadoras
- Preguntas de selección
- Aspectos de relevancia clínica (Uso de anticonceptivo, historia menstrual, obstétrica, antecedentes de violencia sexual, Vacunación de HB y tétanos, estado ante VIH, análisis de riesgo biológico)
- Aspectos de relevancia médico legal (Acciones de lavado, cambio de ropa, Vomito, micción o defecación)
- Aspectos relevantes sobre relaciones sexuales consentidas durante la última semana antes de la violencia (Solo en caso de ser necesario tomar análisis de DNA)

Parte B: El examen clínico general de la víctima de violencia sexual:

- Examen mental
- Examen Físico, documentando presencia o ausencia de signos, y en búsqueda de fluidos cuando sea necesario según relato.

Parte C: El examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual:

- Acorde a tiempo de ocurrencia del evento al momento de la atención y al relato de la víctima sobre el tipo de violencia sexual.

- Documentar ausencia o presencia de lesiones, recientes o antiguas, en vulva, pene, región anal, y perianal de manera completa.

Parte D: Diagnósticos clínicos en la víctima de violencia sexual:

- ***Diagnósticos clínicos específicamente relacionados con el evento de violencia sexual sufrido***

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

Código 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.

- ***Diagnósticos clínicos relativos a otras formas de violencia ejercidas de manera concomitante con la agresión sexual:***

Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados organizados de acuerdo con su

importancia para la descripción del caso, y con los códigos CIE - 10 incluidos en el siguiente cuadro u otros adicionales necesarios:

- ***Diagnósticos clínicos específicos de la esfera mental:***

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

Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados, usando las categorías CIE -10 que apliquen para el caso evaluado.

- ***Diagnósticos clínicos de la esfera física:***

Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados, aquellos que sean documentados durante la valoración efectuada, utilizando los respectivos códigos CIE -10.

- ***Diagnósticos de lesiones de causa externa:***

Además, en los registros RIPS de Consulta (AC) y de Urgencias (AU) en el apartado de causa externa utilizar los códigos:

1. 9 sospecha de maltrato físico.
2. 10 sospecha de abuso sexual.
3. 11 sospecha de violencia sexual.
4. 12 sospecha de maltrato emocional.

Paso 5 - Pruebas Diagnosticas

Las pruebas diagnósticas que han de ser solicitadas, en la generalidad de las víctimas de violencia sexual incluyendo:

1. Serología para sífilis (VDRL).

2. Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar Chocolate o Thayer Martin orientada a la detección de gonococo.
3. Frotis en fresco tanto para búsqueda de Trichomona vaginalis, como para descartar la presencia de vaginosis bacteriana.
4. Prueba de tamizaje para VIH.
5. Muestra de sangre en busca de antígenos contra hepatitis B.
6. Adicionalmente, se efectúa una búsqueda de espermatozoides en diversas muestras tomadas.

La toma de exámenes paraclínicos a excepción de la prueba de VIH, no es pre-requisito para el inicio de las profilaxis contra ITS - VIH/SIDA en las primeras 72 horas

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

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

SOLICITUD DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN VÍCTIMAS QUE CONSULTAN EN LAS PRIMERAS 72 HORAS LUEGO DE LA AGRESIÓN SEXUAL
Es indispensable que:

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

SOLICITUD DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN VÍCTIMAS QUE CONSULTAN ENTRE CUATRO Y CINCO DÍAS DESPUÉS DE LA AGRESÍÓN SEXUAL

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

Es indispensable que:

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

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

SOLICITUD DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN VÍCTIMAS QUE CONSULTAN DESPUÉS DE CINCO DÍAS DESDE LA AGRESIÓN SEXUAL

Es indispensable que:

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

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

OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE PUEDEN SER SOLICITADOS DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

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

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

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

Realizar profilaxis sindromática para ITS según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en las ayudas didácticas tipo memo fichas que complementan este protocolo)

Es indispensable que:

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

b. Se recomienda usar la profilaxis sindromática para ITS en casos de abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual en las cuales se encuentren síntomas o signos clínicos compatibles con la infección.

c. Se aplique la profilaxis para Hepatitis B, mediante inicio o complemento de los esquemas vacunales. La EPS tiene la obligación de proveer la vacuna contra hepatitis B a pacientes víctimas de violencia sexual. La gammaglobulina anti hepatitis B se aplica si se dispone de ella, pero la vacuna es siempre obligatoria. Lo cual aplica en casos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas.

d. Aplicar vacunación antitetánica dependiendo del estado de inmunización previo a la agresión sexual.

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

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

a. Ordene o suministre la profilaxis para VIH/Sida. SIEMPRE está indicada en todos los casos de asalto sexual que consultan dentro de las primeras 72 horas después de la agresión.

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

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

Transcurridas 72 horas desde la agresión sexual Es indispensable que:

En cualquier caso, de asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual que consultan luego de transcurridas 72 horas de la agresión inicial o de un contacto

de alto riesgo reconocido para VIH/Sida, se procede a iniciar manejo integral según protocolos si los resultados de las pruebas diagnósticas lo indican necesario.

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

Riesgo considerable para la exposición al HIV	Riesgo insignificante para la exposición al HIV
Exposición de: Vagina, recto, ojos, boca u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo. Con: Sangre, semen, secreciones vaginales, secreciones rectales, leche materna o cualquier fluido visiblemente contaminado con sangre. Cuando: Es conocido que el agresor esta infectado por HIV:	Exposición de: Vagina, recto, ojos, boca, u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo. Con: Orina, secreciones nasales, saliva, sudor o lagrimas si no están visiblemente contaminadas con sangre. Cuando: Si se conoce o sospecha la situación de HIV del agresor.

PASO 8. Asegure anticoncepción de emergencia y Acceso a Interrupción Voluntaria del Embarazo

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

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

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

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

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

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

El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima. Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contra referencia que se requieran para asegurarlo. Al respecto, recordar que la Ley 1257 de 2008, en el Art. 19, declarado exequible por la Sentencia e - 776 de 2010, establece que ante las mujeres víctimas de violencia basada en género, incluyendo la violencia sexual, los servicios de salud: "contarán con sistemas de referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, siempre garantizando la guarda de su vida, dignidad e integridad".

Acciones no especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial a la institución de salud:

- *Recepción empática y no revictimizadora por parte de todas las personas trabajadoras de la institución sanitaria que entren en contacto con la víctima*

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

Para ello, se requiere que TODO el personal de las instituciones de salud y las rutas de atención, participe periódicamente en sesiones de sensibilización y capacitación en violencia sexual, derechos de las víctimas, rutas de atención y primeros auxilios psicológicos, acordes con su perfil profesional. Junto con el personal asistencial propiamente dicho, el personal administrativo, gerencial y de seguridad, debe ser incluido.

Primeros auxilios psicológicos

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

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

1. Orientación y apoyo a la víctima en tomo a su revelación sobre la agresión sexual sufrida.
2. Apoyo inmediato y constante durante todo el proceso de conducción de la valoración e intervenciones por la médica o el médico general.
3. Promover la des culpabilización de la víctima.
4. Permitir y promover que la víctima y sus acompañantes se expresen desde las emociones y no desde la racionalidad.
5. No se debe presionar a hablar de los hechos ocurridos.
6. Se darán explicaciones sobre los posibles síntomas que pueda tener la víctima.

7. Orientar e informar adecuadamente a la víctima y su familia sobre sus derechos y las rutas de atención.
8. Apoyar la búsqueda de mecanismos individuales, familiares, sociales e institucionales para la protección de la víctima.
9. Activar estrategias y rutas de protección.
10. Efectuar una completa valoración física y mental acorde con los requerimientos de la valoración inicial de urgencias para una víctima de violencia sexual, garantizando los principios del trato humanizado, digno y la confidencialidad.

Acciones especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial a la institución de salud

La intervención especializada ha sido diseñada como un procedimiento de intervención en crisis que debe ser llevado a cabo por la médica o médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico, debidamente entrenados. Posteriormente, si dichos profesionales lo consideran necesario, la víctima puede ser referida para continuar su atención ambulatoria para completar una psicoterapia breve por psiquiatría o psicología en consulta externa, o puede ser derivada para atención integral en salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario. La decisión por alguna de estas dos opciones se puede tomar una vez terminada la valoración inicial de urgencias y la primera sesión de terapia breve por especialista orientada hacia la intervención en crisis.

Intervención en crisis propiamente dicha
La debe realizar un médico o médica psiquiatra o, una psicóloga o psicólogo clínico debidamente entrenados en psicoterapia breve.

Derivación a intervención terapéutica por equipo interdisciplinario en salud mental o a continuación de psicoterapia breve por psiquiatra o psicóloga/o.

Una vez terminada la primera consulta por psicoterapia breve realizada dentro del contexto de la atención médica de urgencia para la víctima de violencia sexual, la médica o el médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico deben decidir si la víctima requiere ser derivada a la consulta externa para continuar un proceso de psicoterapia breve por psiquiatría o psicología clínica, o si más bien amerita que se le remita directamente para atención integral en salud a cargo de un equipo interdisciplinario de salud mental, en un contexto ambulatorio u hospitalario. Ver sobre obligatoriedad de contar con sistemas de referencia y contra referencia apropiados para las mujeres, niñas y adolescentes victimas de violencia sexual según Ley 1257 de 2008 (Art. 19, declarado exequible por la Sentencia C - 776 -10 de 2010).

PASO 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE.
2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH - SIDA
3. Profesionales especializados en salud mental (psiquiatras y psicólogas/os clínicos) expertos en psicoterapia breve con víctimas de violencia sexual, así como equipos interdisciplinarios especializados en salud mental que brinden otro tipo de atención integral requerida con posterioridad a la psicoterapia breve.

4. Otros médicos y médicas especialistas que se requieren para la atención integral de lesiones o condiciones clínicas que sean documentadas durante la valoración de la víctima.

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

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

De manera simultánea, el Sector Salud debe activar el sector justicia, preferiblemente Fiscalía, Policía Judicial - SIJIN, DIJIN, CTI o, en su defecto, informar a la Policía Nacional - estaciones de policía, líneas de denuncia, entre otras, de acuerdo con los procedimientos para la activación de la ruta intersectorial establecidos en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. La responsabilidad sobre la activación de las rutas de protección y justicia debe darse de manera simultánea y asegurar que estos sectores dan continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas de acuerdo con su competencia26 (Ver sección normativa, resumen de modelos de gestión de la fiscalía general de la Nación, y Listado de contactos de la Fiscalía en el país, incluidos en las ayudas didácticas contenidas en CD/USB que complementa este protocolo).

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

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

Sobre el rol diferencial de psicólogas y psicólogos pertenecientes a diversos sectores implicados en de la atención integral de la víctima de violencia sexual

Es necesario hacer las claridades pertinentes frente a los roles de psicólogas y psicólogos en los diferentes campos en que se deben desempeñar acorde con las competencias institucionales de los distintos sectores (protección, salud y justicia) que intervienen en el abordaje integral de la violencia sexual.

Ninguno de estos profesionales debe negarse a asistir a un JUICIO, pues siempre y cuando declare sobre lo que conoce desde su perfil profesional, puede estar aportando elementos valiosos al juez para determinar que la mujer, la niña, el niño o adolescente es una víctima de violencia sexual. Es decir, su declaración debe estar basada en su área de experticia (social, clínica o forense) y no debe contestar preguntas sobre la culpabilidad del acusado o la veracidad del testimonio de la víctima.

PASO 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan

Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, en conjunto con la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer y otras instancias públicas del orden nacional, se encuentran en proceso de diseño, pilotaje e implementación de una serie de estrategias para la vigilancia en salud pública de la violencia sexual y otras formas de violencias basadas en género.

Algunas de las estrategias en desarrollo son: un sistema de vigilancia epidemiológica unificado para el país, ligado al SIVIGILA, que incorpore y amplifique las experiencias exitosas ya en funcionamiento en diversas regiones del país y un observatorio nacional de violencias basadas en género, en el cual la violencia sexual tendrá un lugar central. En apoyo de estos desarrollos, desde la atención clínica integral de las víctimas de violencia sexual, el personal sanitario a cargo debe realizar las siguientes acciones:

Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual que se encuentra en la USB/CD complementarios de este protocolo

La Historia Clínica Única recoge de manera unificada las variables necesarias para el seguimiento clínico y epidemiológico de cada caso de violencia sexual detectado por el sector salud. En un futuro próximo podría reemplazar a las fichas de vigilancia epidemiológica sobre el tema. servirá para el desarrollo de estrategias de vigilancia epidemiológica basadas en encuestas epidemiológicas nacionales, y podrá nutrir, la información de las estrategias tipo observatorio.

Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal

Realizando este registro, las diferentes formas de violencia sexual serán visibles para los sistemas de información en salud que en la actualidad funcionan desde el Ministerio de Salud y Protección Social, y se tiene previsto que alimentarán el observatorio de violencias basadas en género, que se encuentra en diseño. También se deben completar los demás campos del Registro Individual de Prestación del Servicio de modo que el caso quede adecuadamente caracterizado.

Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial

Las estrategias de vigilancia epidemiológica de la violencia sexual que ya se encuentran en funcionamiento en muchos de los departamentos y distritos del país deben continuar su marcha en el marco de los procesos de unificación nacional que han sido emprendidos.

Atención y participación en las experiencias piloto y nuevos lineamientos nacionales que se construyan en el tema

A partir de febrero de 2012 se espera que entre en funcionamiento para el nivel nacional el protocolo y la ficha para la vigilancia epidemiológica de las violencias, incluida la violencia sexual, de manera integrada con los demás eventos de interés en salud pública del SIVIGILA.

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

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

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

PASO 15. Efectúe un adecuado cierre de caso

El médico o médica general que se encuentre a cargo de la atención inicial de urgencias o del seguimiento ambulatorio del caso de violencia sexual atendido por el sector salud es el responsable del efectuar el cierre de caso. Un adecuado cierre de caso permite contar con una evaluación sintética sobre la caracterización del mismo, el manejo dado y los pronósticos obtenidos (apóyese en las ayudas didácticas contenidas en el CD/USB que complementan este Protocolo y en los capítulos 1, 2 y 3 del Modelo de Atención Integral para Víctimas de Violencia sexual).

Algunos aspectos fundamentales durante el cierre adecuado de caso incluyen:

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

KIT DE VIOLENCIA SEXUAL

INSUMOS PARA PRUEBAS RAPIDAS:

- Dos pruebas rápidas para VIH con sensibilidad y especificidad no inferior al 99,5% + solución diluyente
- Dos pruebas rápidas de Sífilis + solución diluyente, se recomiendan pruebas duales con VIH, para simplificar la logística y la aplicación del protocolo
- Dos pruebas rápidas de embarazo
- Dos pruebas rápidas para antígeno de superficie de Hepatitis B + solución diluyente.
- Dos pruebas rápidas para anticuerpos contra el VHC + solución diluyente
- Diez lancetas
- Diez micro-pipetas para recolección de muestra de sangre total por punción capilar, para las pruebas rápidas de VIH, VHB, VHC y de embarazo.
- Un rotulador permanente para pruebas rápidas.

PROFILAXIS

- Post exposición al VIH y las ITS en personas mayores de 13 años, incluso mujeres gestantes
- Profilaxis post exposición al VIH y las ITS en personas menores de 13 años
- Profilaxis post exposición HB
- Profilaxis post exposición embarazo

TOMA DE MUESTRAS

Organizador plástico donde se encuentren todos los elementos para la recolección de evidencia forense.

- Bolsas de papel Kraft diferentes tamaños para empacar las evidencias forenses
- Bolsas plásticas transparentes de diferentes tamaños
- Cortaúñas
- Pinza de punta fina sin garra
- Seda dental preferiblemente sin cera
- Peinilla
- Escobillones estériles con fragmento de cinta de enmascarar que permita el rotulado
- Opciones para muestras de referencia: 1) Fragmentos esteriles de tela garza de 2.5 por 2.5 cms y copas plásticas desechables pequeñas+lancetas 2. Tubos tipo vacutainer tapa lila con EDTA 3) escobillones estériles para toma de saliva 3) Tarjetas FTA®+lancetas
- 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
- 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 bond 60g blanco
- Marcador de punta fina indeleble.
- Gasas estériles.
- Alcohol antiséptico con frasco lavador
- Caja secadora de escobillones
- Agua destilada estéril.
- Tijeras
- Lupa de 2X

Se realiza cierre de la asistencia generando recomendaciones para el **plan de mejoramiento del proceso en Institución prestadora de servicios de salud en acompañamiento con la dirección territorial**, adicionalmente se reitera sobre el acompañamiento desde la Dirección de Salud Pública, Componente de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**.**

PONDERACIÓN INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DEL COMPONENTE DE SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS - SSR DE ADOLESCENTES Y ABORDAJE INTEGRAL DE VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GÉNERO

Sistema de Calificación por Cumplimiento Técnico

Ponderación	Clasificación	Interpretación Técnica
>95%	**ÓPTIMO**	Cumplimiento integral, evidencia sólida, sin brechas críticas.
85% - 94,9%	**ADECUADO**	Cumple en lo esencial, brechas menores corregibles.
70% - 84,9%	**ACEPTABLE CON MEJORAS**	Cumplimiento parcial, requiere plan de mejora formal.
50% - 69,9%	**DEFICIENTE**	Brechas significativas que afectan la gestión.
<50%	**CRÍTICO**	Incumplimiento estructural, riesgo sanitario.

El Puntaje total obtenido en el Instrumento de Diagnóstico del Componente de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos - SSR de adolescentes y jóvenes y Abordaje Integral de Violencias por Razones de Sexo y Género, es clasificado como **SUSCEPTIBLE A MÚLTIPLES MEJORAS.** Se generan recomendaciones contenidas en el plan de mejoramiento en el contenido de este informe.

CRITERIO	PUNTAJE	PORCENTAJE
MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES	**2,5**	**42%**
3280 DE 2018 RIAPYMS CON ENFASIS EN SSR ESTRATEGIA INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CUIDADO MENSTRUAL Y ATENCIONES EN SALUD DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA	**32**	**65%**
LINEAMIENTO PARA LA GARANTÍA DE LOS DSDR Y LA ATENCIÓN INTEGRAL A NNA EN CUNDINAMARCA (CIRCULAR 104 DEL 2023) LINEAMIENTOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA INFORMACIÓN, PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD Y EL EJERCICIO DE LA AUTONOMÍA PROGRESIVA Y CONTEXTUAL DE NNA A TRAVÉS DEL ASENTIMIENTO Y EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (RESOLUCIÓN 309 DE 2025)	**6**	**100%**

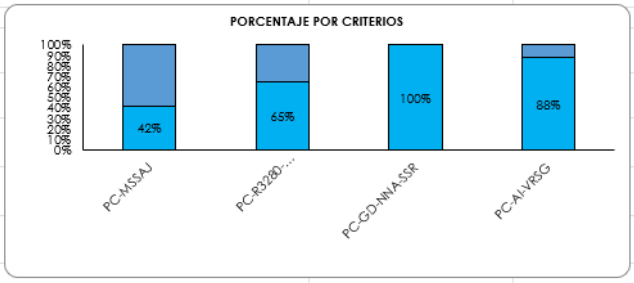
ABORDAJE INTEGRAL DE VRSG	**18,4**	**88%**
TOTAL	**58,9**	**72%**

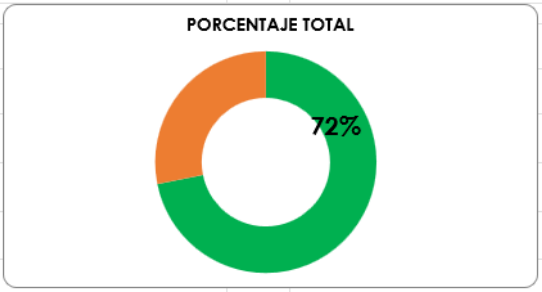
El diagnóstico aplicado a la IPS Centro de Salud Johan, ubicada en el municipio de Agua de Dios, departamento de Cundinamarca, evidencia un nivel de cumplimiento intermedio en la implementación de acciones relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en niñas, niños y adolescentes (NNA) y el abordaje de las Violencias por Razones de Sexo y Género (VRSG). Desde el análisis cuantitativo, se observa que la IPS cuenta con prestación activa de servicios asistenciales en planificación familiar, control prenatal y atención a gestantes adolescentes, así como disponibilidad de métodos anticonceptivos; sin embargo, el cumplimiento es parcial en lo relacionado con seguimiento estructurado, documentación completa de variables estratégicas y medición de resultados.

En el componente cualitativo, se identifican fortalezas en la capacidad operativa para brindar atención clínica básica en SSR y en el conocimiento general de las rutas de atención en casos de violencia. No obstante, persisten brechas relevantes: la asesoría integral en anticoncepción no siempre queda debidamente registrada, el método anticonceptivo postevento obstétrico carece de trazabilidad sistemática, y el seguimiento posterior al parto o a la interrupción del embarazo no se evidencia de manera estructurada. Asimismo, aunque existe reconocimiento de la ruta de atención en violencia sexual, no siempre se documenta formalmente su activación ni se realiza un tamizaje sistemático en adolescentes gestantes, lo que puede generar subregistro o subdocumentación de eventos asociados a presunta violencia, especialmente en menores de 14 años.

El componente más débil corresponde a la gestión del conocimiento, dado que no se evidencia la existencia de un tablero interno de seguimiento de indicadores SSR–VRSG, ni análisis periódico consolidado de embarazo adolescente, riesgos hipertensivos o factores psicosociales. Esto limita la capacidad institucional para transformar la información en decisiones técnicas oportunas y para evaluar el impacto de las acciones implementadas. En consecuencia, la IPS se ubica en un nivel de riesgo sanitario moderado: cuenta con oferta y ejecución de servicios, pero requiere fortalecer el monitoreo, la evaluación y la trazabilidad clínica para garantizar una respuesta integral y basada en evidencia frente al embarazo infantil, el embarazo adolescente y las violencias por razones de sexo y género.

En conclusión, la IPS Centro de Salud Johan dispone de condiciones operativas para la atención en SSR; sin embargo, debe avanzar hacia la estandarización del registro clínico, la documentación rigurosa de la activación de rutas en violencia, la implementación de seguimiento postevento y el análisis periódico de indicadores, con el fin de consolidar una gestión más robusta que contribuya efectivamente a la garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el territorio.





PLAN DE MEJORAMIENTO

PLAN DE MEJORAMIENTO

INSTITUCIÓN: IPS CENTRO DE SALUD JOHAN

RESPONSABLES: JOHANNA AVENDAÑO - JEFE PS

FECHA: 18.02.2026

Criterio	Intervención	Descripción	Compromiso adquirido por la entidad	Fecha de cumplimiento (DD/MM/AAAA)	Compromiso adquirido en nombre de la Prioridad por el profesional que realiza la Visita
Columna B del Instrumento	Columna C del Instrumento	ítem	Tareas, actividades o acciones específicas para dar cumplimiento al ítem	Según la necesidad para dar cumplimiento al ítem (inmediato o siguiente visita)	Compromisos por parte del referente asignado como parte del proceso de asesoría y acompañamiento
RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) ANAMNESIS	•Se realiza valoración de antecedentes ginecológicos y menarquia en niñas.	*Parametrizar HC de ruta de atención de promocion y mantenimiento de la salud en infancia y agregar la valoracion de antecentes ginecologicos y menarquias en las atención de niñas	1-may-26	
RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) PLAN DE CUIDADO - EDUCACIÓN EN SALUD (Individual, Familiar y Grupal)	•Se realiza derivación a sesiones de educación individual para la salud dirigida a: *Padres, madres o familiares que no cuentan con los conocimientos necesarios o no se sienten preparados para acompañar a los niños en su transición a la adolescencia pese a la información recibida en la consulta y la educación grupal. *Padres, madres o familiares que requieran claridad sobre su responsabilidad en el cuidado, en el acompañamiento y/o la protección del niño e implementar medidas para garantizar entornos seguros y protectores. *Niños y/o familiares que requieran mayor conocimiento sobre desarrollo psicosexual y/o derechos sexuales y reproductivos.	*Parametrizar HC de ruta de atención de promocion y mantenimiento de la salud en infancia y agregar derivaciones de sesiones de educación para padres, familiares o cuidadores frente a SSR y/o la transicion a la adolescencia	1-may-26	
RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) PLAN DE CUIDADO - EDUCACIÓN EN SALUD (Individual, Familiar y Grupal)	•Se realiza derivación a educación grupal para la salud que incluye a la familia para el desarrollo de capacidades de las niñas y niños y de sus padres o cuidadores:	*Parametrizar HC de ruta de atención de promocion y mantenimiento de la salud en infancia y agregar derivaciones de sesiones de educación grupal frente al desarrollo de capacidades de NNA y de sus cuidadores	1-may-26	

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) ANAMNESIS	•Se indaga sobre el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes y funciones (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo-relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Es importante indagar sobre: Orientación sexual, identidad de género, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, uso de métodos anticonceptivos y protección contra ITS/VIH; haciendo uso del Instrumento de valoración de los derechos sexuales y derechos reproductivos (Anexo 13).	*Parametrizar HC de ruta de atención de promocion y mantenimiento de la salud en adolescencia incluyendo educación en derechos sexuales y rperoductivos, orientacion sexual, identidad de genero, ITS, metodos anticonceptivos, dificultades durante las relaciones sexuales y experiencia, tomas de deciones de la sexualidad y reproduccion	1-may-26	
RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) ANAMNESIS	•Se indaga sobre dificultades durante las relaciones sexuales y experiencia del placer (excitación, lubricación , orgasmo, erección, eyaculación, dolor) desde la función erótica de la sexualidad.		1-may-26	
RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) ANAMNESIS	•Se indaga sobre toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, maternidad o paternidad planeada, interrupción voluntaria del embarazo) desde la función reproductiva de la sexualidad.		1-may-26	
RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) ANAMNESIS	•Se indaga sobre conocimientos de fisiología y anatomía de la sexualidad y la reproducción, conocimientos, creencias y actitudes sobre relaciones sexuales, anticoncepción, ITS.		1-may-26	
RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) ANAMNESIS	•Se realiza valoración de prácticas de crianza de los cuidadores incluyendo la indagación sobre acciones correctivas (castigo corporal, violencia física, psicológica, sexual, negligencia y abandono). Se debe explorar la posibilidad de que adolescentes sean testigos o víctimas de actos violentos: *Estar expuestos al enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación. *Que al interior de la familia se den formas de ejercer autoridad y poder que legitimen el uso de la violencia.	*Parametrizar HC de ruta de atención de promocion y mantenimiento de la salud en adolescencia e incluir la valoracion de practicas de crianza	1-may-26	
RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) EXAMEN FÍSICO	•Se realiza examen físico ginecológico haciendo uso de espejo de mano como experiencia educativa y la explicación sobre la valoración y examen de genitales.	*Parametrizar HC de ruta de atención de promocion y mantenimiento de la salud en adolescencia e incluir examen fisico ginecologico haciendo uso de espejo de mano como experiencia educativa	1-may-26	
CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS IPS	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Acceso a los servicios de atención integral a víctimas de violencias sexuales: •Implementación de estrategias de IEC para la promoción de una vida libre de violencias, la prevencion de las violencias por razones de sexo y género, y oferta de servicios.	*Diseñar e implementar estrategias IEC sobre una vida libre de violencias	1-may-26	

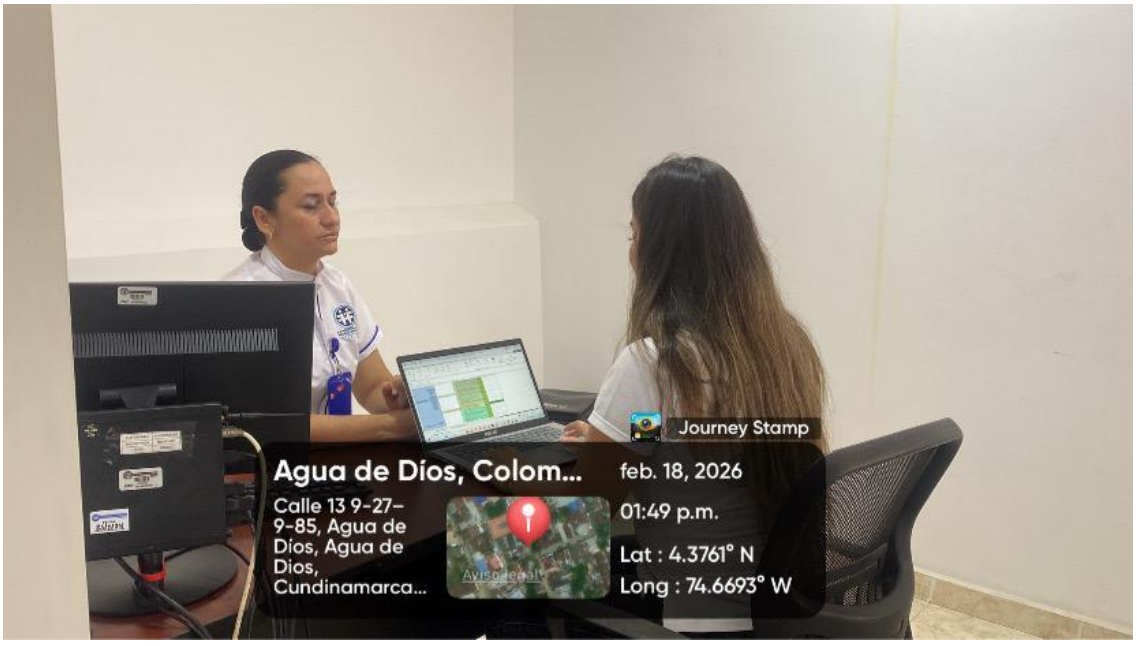
CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo de la Asistencia Técnica: XSI ☐NO

Observaciones:

Se realiza cierre de la asistencia generando recomendaciones para el **plan de mejoramiento del proceso en la entidad beneficiada**; reiterando el acompañamiento permanente y continuo desde el Componente de Sexualidad, Derechos Sexuales Y Derechos Reproductivos para el seguimiento de los compromisos generados**.** La información relacionada con los eventos de Interés en Salud Pública corresponde a los datos del total de nacidos vivos de la base actualizada de gestantes de la fuente DANE – Estadísticas vitales, suministrada por la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría de Salud de Cundinamarca. Se recomienda revisar los datos y compararlos con los demás sistemas y fuentes de información del municipio para el seguimiento oportuno de los eventos de interés en salud pública correspondientes a Embarazo Infantil (10 a 14 años)

y Embarazo en Adolescentes (15 a 19 años) y Violencias de tipo sexual (evento 875). Por último, se realiza diligenciamiento de encuesta de satisfacción por parte de entidad beneficiada de la asistencia técnica, con el fin de conocer el nivel de satisfacción y el alcance en términos de oportunidad y demás aspectos considerados dentro del instrumento definido por planeación para el seguimiento de metas del PDD.



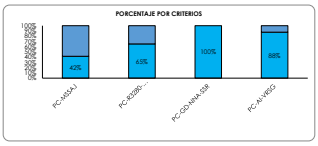
INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DEL COMPONENTE DE SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS - SSR DE ADOLESCENTES Y ABORDAJE INTEGRAL DE VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GÉNERO

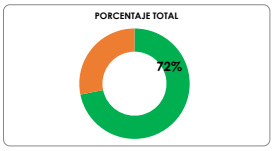
FECHA VISITA: 18.02.2026
IPS: Centro de Salud Johan
NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA: Johanna Avendaño - Jefe PS
CARGO: Enfermera Jefe PS
REFERENTE ASIGNADO COMPONENTE SDSDR: Nicholle Tatiana Lozano Medina
TEMA: 210. FORTALECER LINEAMIENTOS EN DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS - 213. FORTALECIMIENTO DE LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

NORMATIVIDAD	CRITERIO	INTERVENCIÓN	N°	ÍTEM	SI (1) - NO (0)	OBSERVACION (DESCRIBIR LA RESPUESTA SI O NO PARA LA APLICACIÓN DE LA ACTVIDAD)
POLITICA NACIONAL DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS	MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES	Modalidades de la atención para la prestación de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes	1	•La IPS cuenta con modalidad para la atención: -Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes -Unidades de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes -Centro de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes	0,5	Se encuentran por adecuación de infraestructura y una vez tengan todo el aval de IVC empiezan a montar servicios amigables agua de Dios "JOHAN"
		Oportunidad de la atención del servicios de salud sexual y reproductiva y servicios sociales para adolescentes y jóvenes	2	• La IPS cuenta con señalización visible con indicaciones para la prestación del servicio y con elementos estructurales, procesos e instrumentos para asegurar la atención y confidencialidad según el modelo de SSAAJ	0,5	Se encuentran por adecuación de infraestructura y una vez tengan todo el aval de IVC empiezan a montar servicios amigables agua de Dios "JOHAN"
			3	• La IPS brinda atención oportuna, horarios de atención acordes a las actividades que desarrollan los adolescentes y jóvenes, continuidad de los procesos e intervenciones requeridas en los SSAAJ y establecen protocolo y rutas de atención con instituciones de otros niveles de complejidad para asegurar la atención requerida para la población.	0,5	Se encuentran por adecuación de infraestructura y una vez tengan todo el aval de IVC empiezan a montar servicios amigables agua de Dios "JOHAN"
			4	La IPS prestar atención oportuna a sus beneficiarios y usuarios en: • Consulta y controles de medicina general • Consulta y controles de enfermería • Consulta de odontología • Profilaxis oral • Detartraje • Sellantes. • Control de placa bacteriana • Asesoría en planificación familiar • Consejería en planificación familiar • Consulta de planificación familiar • Asesoría sobre embarazo y embarazo no deseado • Asesoría sobre salud sexual y reproductiva • Asesoría en salud mental • Asesoría sobre violencia intrafamiliar y de pareja • Asesoría sobre identidad sexual • Asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido VIH/Sida • Asesoría y prueba de VIH • Asesoría sobre cáncer de cérvix y mama • Asesoría en nutrición • Atención del abuso sexual • Anticoncepción POS • Anticoncepción hormonal no POS • Anticoncepción de emergencia • Atención integral a jóvenes viviendo con VIH • Atención de las infecciones de transmisión sexual • Control prenatal y atención del parto • Toma de citología cérvico-vaginal • Consulta de psicología (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio) • Consulta de nutrición (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio) • Consulta de trabajo social (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio) • Consulta por pediatría (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio) • Consulta por ginecología (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio) • Consulta por urología (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio) • Consulta por endocrinología (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio) • Consulta de dermatología (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio).	0,5	Se encuentran por adecuación de infraestructura y una vez tengan todo el aval de IVC empiezan a montar servicios amigables agua de Dios "JOHAN"
		Disposición del Talento Humano en Salud para la atención en salud sexual y reproductiva y servicios complementarios para adolescentes y jóvenes	5	•Cuenta con profesionales de medicina general para la atención de adolescentes y jóvenes y con profesionales interdisciplinarios para brindar consejería vinculados a los servicios amigables.	0,5	Se encuentran por adecuación de infraestructura y una vez tengan todo el aval de IVC empiezan a montar servicios amigables agua de Dios "JOHAN"
			6	•Se realizan procesos de capacitación mínimo de 24 horas para todo el personal de prestación de servicios y de 4 horas para todo el personal administrativo en la institución.	0	No
		PONDERACIÓN CRITERIO MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES			2,5	42%
Resolución 3280 de 2018	ESTRATEGIA INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CUIDADO MENSTRUAL	Implementación Estrategia de Salud y Cuidado Menstrual (6 a 11 años)	7	•Se realiza valoración clínica de alteraciones menstruales, manejo de dolor severo, endometriosis, anemia y otros problemas asociados; además de la consejería individual y referencia a otras especialidades, garantizando rutas claras de acceso desde los entornos (hogar, escuela, comunidad, trabajo, instituciones)	0	No
	RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) ANAMNESIS	8	•Se realiza valoración de antecedentes ginecológicos y menarquia en niñas.	0	No se evidencia valoración en las historias clinicas revisadas
			9	•Se verifica el esquema de vacunación con énfasis en Hepatitis B y VPH.	1	Si
			10	•Se realiza valoración de antecedentes de prácticas de crianza y cuidado con énfasis en exposición a violencias y remisión a ruta integral de atención para la población en riesgo y víctimas de violencia de género (si aplica).	1	Si
			11	•Se realiza valoración de la dinámica familiar a través del familiograma (Anexo 6) para indagar sobre capacidades y recursos personales y familiares, incluyendo evaluación del grado de satisfacción de la funcionalidad familiar (Anexo 7); así como del contexto social, condiciones de vida y las redes de apoyo scial y comunitarias de la familia, a través del Ecomapa, considerando aspectos como la pertenencia social y cultural (pertenencia étnica).	1	FAMILIOGRAMA, ADGAR
		Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) EXAMEN FISICO	12	•Se realiza valoración de la salud sexual y maduración sexual: evaluación de los estadios de Tanner (Anexo 10). Se realiza exploración de la región ano-genital para descartar signos de violencia sexual. Valoración de presencia de Criptorquidia epi o hipospadias y varicocele en niños. En niños y niñas intersexuales realizar valoración integral y remisión para asesoría teniendo en cuenta particularidades por sexo, género y orientación sexual (si aplica).	1	Si
		Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) INFORMACIÓN EN SALUD	13	•Se brinda información en salud a niñas o niños, a sus familias o cuidadores sobre prácticas de crianza protectoras y basadas en derechos, prevención de violencias, promoción de la salud, bienestar y crecimiento.	1	Si
		Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) PLAN DE CUIDADO - EDUCACIÓN EN SALUD (Individual, Familiar y Grupal)	14	•Se realiza remisión para vacuna contra el virus del Papiloma Humano (VPH) a partir de los nueve (9) años.	1	Si
			15	•Se realiza derivación a sesiones de educación individual para la salud dirigida a: *Padres, madres o familiares que no cuentan con los conocimientos necesarios o no se sienten preparados para acompañar a los niños en su transición a la adolescencia pese a la información recibida en la consulta y la educación grupal. *Padres, madres o familiares que requieran claridad sobre su responsabilidad en el cuidado, en el acompañamiento y/o la protección del niño e implementar medidas para garantizar entornos seguros y protectores. *Niños y/o familiares que requieran mayor conocimiento sobre desarrollo psicosexual y/o derechos sexuales y reproductivos.	0,5	Algunos profesionales lo agregan en la descripcion general de la HC, otros no
			16	•Se realiza derivación a educación grupal para la salud que incluye a la familia para el desarrollo de capacidades de las niñas y niños y de sus padres o cuidadores:	0,5	Solo cuando es requerido
		Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) GESTIÓN DEL RIESGO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CON ENFASIS EN VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GENERO	17	• Se Identifican signos o síntomas que sospechen violencia física	1	Si
			18	• Se Identifican signos o síntomas que sospechen maltrato	1	Si
			19	• Se Identifican signos o síntomas que sospechen abuso o violencia sexual	1	Si
			20	• Se identifican prácticas nocivas como mutilación genital femenina o el matrimonio infantil o forzoso.	1	Si
			21	• Se realiza derivación al niño o niña a una atención resolutiva por pediatría para diagnóstico y tratamiento al identificarse factores de riesgo o alguna alteración en la valoración de la salud sexual.	1	Si
		Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) RESOLUCIÓN 309 DE 2025	22	•Se verifica uso de asentimiento y autonomía progresiva en niños y niñas para las atenciones en salud y/ o procedimientos a realizar según normatividad vigente.	0,5	ESTAN EN ADECUACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADOS
		Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) ANAMNESIS	23	• Se realiza valoración de desarrollo puberal (menarquia/espermenarquia, cambios de voz en el hombre y aparición de vello púbico, axilar o en otros lugares del cuerpo en el caso de ambos). Valoración de antecedentes ginecológicos (alteraciones en el ciclo menstrual, dismenorrea, metrorragia, amenorrea, oligomenorrea, pseudopolimenorrea, síndrome premenstrual).	0,5	Verificar 2 HC de Adolescentes de 14 a 17 años (1 hombre y 1 mujer) 1073170073 - 1071987428, en las HC de mujer se verifica menarquia/espermenarquia, en cuanto los hombres con el tanner
			24	• Se realiza valoración de antecedentes psicosociales (incluyendo diversas formas de violencia entre otras) y asistencia escolar (identificar deserción escolar y desarrollo escolar acorde a la edad).	1	Si
			25	•Se verifica esquema de vacunación con énfasis en VPH y Hepatitis B.	1	Si
			26	•Se indaga sobre el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes y funciones (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo-relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Es importante indagar sobre: Orientación sexual, identidad de género, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, uso de métodos anticonceptivos y protección contra ITS/VIH, haciendo uso del instrumento de valoración de los derechos sexuales y derechos reproductivos (Anexo 13).	0	No
			27	•Se indaga sobre dificultades durante las relaciones sexuales y experiencia del placer (excitación, lubricación , orgasmo, erección, eyaculación, dolor) desde la función erótica de la sexualidad.	0	No
			28	•Se indaga sobre toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, maternidad o paternidad planeada, interrupción voluntaria del embarazo) desde la función reproductiva de la sexualidad.	0	No
			29	•Se indaga sobre conocimientos de fisiología y anatomía de la sexualidad y la reproducción, conocimientos, creencias y actitudes sobre relaciones sexuales, anticoncepción, ITS.	0	No
			30	•Se indaga sobre vivencia de la identidad de género (sexismo, homofobia y transfobia), violencia contra la mujer y/o violencia de género (incluyendo explotación sexual y comercial con fines sexuales y violencia sexual).	0,5	Solo sobre violencia de genero
			31	•Se realiza valoración de prácticas de crianza de los cuidadores incluyendo la indagación sobre acciones correctivas (castigo corporal, violencia física, psicológica, sexual, negligencia y abandono). Se debe explorar la posibilidad de que adolescentes sean testigos o víctimas de actos violentos: *Estar expuestos al enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación. *Que al interior de la familia se den formas de ejercer autoridad y poder que legitimen el uso de la violencia.	0	No
			32	•Se realiza valoración de la dinámica familiar a través del familiograma (Anexo 6) para indagar sobre capacidades y recursos personales y familiares, incluyendo evaluación del grado de satisfacción de la funcionalidad familiar (Anexo 7); así como del contexto social, condiciones de vida y las redes de apoyo scial y comunitarias de la familia, a través del Ecomapa, considerando aspectos como la pertenencia social y cultural (pertenencia étnica).	1	Si
		Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) EXAMEN FÍSICO	33	•Se realiza valoración de la salud sexual y maduración sexual: evaluación de los estadios de Tanner (Anexo 10). Se realiza exploración de la región ano-genital para descartar signos de violencia sexual. Valoración de presencia de Criptorquidia epi o hipospadias y varicocele. Evaluar y correlacional la maduración sexual con el crecimiento físico, que permite determinar si el proceso puberal ocurre en forma adecuada en función del sexo y la edad (Estirón puberal, modificación en la composición corporal).	1	Si
			34	•Se realiza la valoración del desarrollo respecto a Identidad (explorar e identificar el proceso y logros en la construcción de identidad Anexo 14) y de la Autonomía (tener en cuenta las opiniones del adolescente y su cuidador Anexo 15).	0	No

			35	•Se realiza examen físico ginecológico haciendo uso de espejo de mano como experiencia educativa y la explicación sobre la valoración y examen de genitales.	0	No
			36	•Se realiza valoración integral y remisión para asesoría en adolescentes intersexuales teniendo en cuenta variables de sexo, género y orientación sexual.	0,5	no han tenido ningun caso
		Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) INFORMACIÓN EN SALUD	37	•Se brinda información en salud sobre construcción de identidad, autonomía, agencia, el ejercicio de la sexualidad en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, identificar los riesgos y cómo prevenirlos, evitarlos o mitigarlos, toma de decisiones como expresión de la	0	No
			38	•Se brinda información en salud a familias sobre como apoya el proceso de desarrollo, construcción de autonomía e identidad del adolescente. En prevención de violencias de diversas formas de violencia, prevención de accidentes.	0	No
		Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) PLAN DE CUIDADO	39	•Se realiza remisión para vacunación: Vacuna contra el virus del Papiloma humano (VPH): Niñas de 12 a 17 años. Pueden incluirse población de 18 años para completar el esquema iniciado cuando eran niñas menores de 18 años.	1	SI
			40	•Se realiza remisión a Consulta de anticoncepción cuando el adolescente presenta prácticas sexuales coitales sin uso de anticoncepción o tienen intención o riesgo de inicio de relaciones sexuales. De preferencia esta consulta debe realizarse de forma inmediata a este procedimiento.	1	SI
			41	•Se realizan Tamizajes para población con alguno de los siguientes riesgos: *Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección. *Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección. *Prueba de embarazo en caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha.	0,5	solo cuando es requerido y no la hacen en consultorio
			42	•Se realiza derivación a Educación individual, familiar y/o grupal: *Adolescentes que no han realizado exploración en los diferentes dominios de su identidad, o con falta de recursos para la toma de decisiones como la autoeficacia o no realizan reflexión sobre la toma de decisiones. *Adolescentes que habiten en un entorno social de alto riesgo, con pares o padres que ejercen presiones hacia comportamientos negativos, (actividades delictivas, diversas formas de violencia, Explotación Sexual y Comercial, Consumo de SPA). *Adolescentes que no cuentan con apoyo familiar o en los que se percibe déficits entre límites y libertad; tienen mala comunicación, desconfianza de sus amigos/as o se sienten apartados/as de ellos/as. *Adolescentes con preocupaciones no justificadas por su imagen corporal y su peso • Educación para la salud en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.	0	No
		Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) RESOLUCIÓN 309 DE 2025	43	•Se verifica uso de consentimiento y autonomía progresiva en adolescentes para las atenciones en salud y/ o procedimientos a realizar según normatividad vigente.	0,5	ESTAN EN ADECUACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADOS
	ESTRATEGIA INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CUIDADO MENSTRUAL	Implementación de la Estrategia de Salud y Cuidado Menstrual (12 a 17 años)	44	•Se realiza valoración clínica de alteraciones menstruales, manejo de dolor severo, endometriosis, anemia y otros problemas asociados; además de la consejería individual y referencia a otras especialidades, garantizando rutas claras de acceso desde los entornos (hogar, escuela, comunidad, trabajo, instituciones)	1	SI, en la consulta que realiza la jefe
	PLAN DE MANEJO DERIVADO DE LA RIAPYMS	Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) CONSULTA DE ANTICONCEPCIÓN	45	•Se realiza asesoría en métodos anticonceptivos de acuerdo con criterios de elegibilidad orientados a la planificación familiar y el proyecto de vida.	1	SI
			46	•Se realiza asesoría y provisión efectiva de métodos anticonceptivos de acuerdo con criterios de elegibilidad (disponibilidad de insumos y tecnologías).	0,5	por ambulatorio se da orden, por urgencias si (implante diu, inyección mensula, trimestral y orales. Reunen un grupo de interesadas en instalar metodo o retirar y las traen a tocaima en ambulancia pero previo deben tener autorización de metodos y entrega (diu e implante) stop de urgencias implante: 5 para las 3 sedes de urgencias (agua de dios, apulo y tocaima), implantes 10, inyección tambien tienen
			47	•Se realiza distribución de condones y/o preservativos como método de doble protección de manera gratuita y accesible.	0,5	dan formula de 30 condones o realizan calculo de la cantidad de condones que tenga la paciente, pero no tienen contrato para entregar en consultorio
			48	•Se realiza la inserción de DIU a la población que lo requiere y garantiza una adecuada proporción de disponibilidad de anticonceptivos para cubrir la demanda.	1	si en las 4 sedes
			49	•Se facilita la inserción de anticonceptivos subdérmicos y garantiza la realización de los controles pertinentes según el tipo de implante.	1	tanto en consulta interna y urgencias de los 3 puntos que tiene urgencias
			50	•Se garantiza la adherencia al tratamiento con anticonceptivos orales e inyectables, asegurando su suministro regular y el seguimiento a las usuarias.	1	si, por consulta
			51	•Se realiza consulta exclusiva de anticoncepción para Adolescentes en modelo Servicio Amigable.	1	consulta de planificación desde los 10 años
		GESTIÓN DEL RIESGO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CON ENFASIS EN VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GENERO POR CURSO DE VIDA	PI 52	•Se identifican signos o síntomas que sospechen violencia física, maltrato, abuso o violencia sexual y prácticas nocivas como mutilación genital femenina.	1	SI
			J 53	•Se identifica violencia contra la mujer y/o violencia de género, signos de violencias física y signos de violencias sexual.	1	SI
			A 54	•Se identifica violencia contra la mujer y/o violencia de género, signos de violencias física y signos de violencias sexual	1	SI
			V 55	•Se identifica violencia contra la mujer y/o violencia de género, signos de violencias física y signos de violencias sexual.	1	SI
		PONDERACIÓN CRITERIO RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 RIAPYMS CON ENFASIS EN SSR Y ATENCIONES EN SALUD DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA			32	65%
GARANTÍA DE DERECHOS DE NNA CON ÉNFASIS EN SSR	Lineamiento para la garantía de los DSDR y la atención integral a NNA en Cundinamarca (Circular 104 del 2023) Lineamientos para garantizar el derecho a la información, participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de NNA a través del asentimiento y el proceso de consentimiento informado (Resolución 309 de 2025)	GARANTIZAR EL DERECHO A LA INFORMACIÓN, PARTICIPACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE NNA	56	•La IPS informa, educa y comunica en Derechos Sexuales y Derechos reproductivos a niños, niñas y adolescentes del Departamento de Cundinamarca sin barreras de acceso, sin limitaciones de índole religiosa o moral y de acuerdo con su curso de vida.	1	SI
			57	•La IPS cuenta con Talento Humano en salud desde Gestoras de Bienestar, promotores de Salud. Enfermeros, Médicos, Psicólogos y Trabajadora/es Sociales) de todas las instituciones de Salud públicas y privadas del Departamento, para brindar información de salud sexual y reproductiva.	1	SI
			58	•La IPS facilita el acceso a los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, garantizando el derecho a la salud mediante la posibilidad de recibir estos servicios sin ningún tipo de discriminación, en el marco de la atención integral así como la accesibilidad física, a partir de la ubicación geográfica o territorial y garantizan desde la red de prestación de servicios, que estos sean de manera continua, articulada y organizada.	1	SI
			59	•La IPS maneja confidencialidad en el marco de las atenciones prestadas por parte de instituciones de salud, protección y justicia. La información brindada es de carácter confidencial y no es revelada a los padres o cuidadores excepto autorización explícita del niño, niña o adolescente o en caso de que la información ponga en riesgo inminente la vida o la salud del individuo o un tercero.	1	SI
			60	•En la IPS los niños, niñas y adolescentes son autónomos en relación con sus decisiones en Salud Sexual y salud Reproductiva. Asentimiento a menor de 14 años: *Información para la realización de la prueba - ha iniciado relaciones sexuales (información de realización prueba, notificación, reporte, activación) *Información sobre metodos anticonceptivos modernos *No ha iniciado relaciones sexuales, pero desea iniciar un método anticonceptivo moderno (reporte) *Inicio de relaciones sexuales (notificación, reporte y activación de ruta)	1	SI
			61	•En la IPS los niños, niñas y adolescentes son autónomos en relación con sus decisiones en Salud Sexual y Reproductiva. Consentimiento mayor de 14 años: *Información para realización de pruebas *Información, atención y uso de métodos anticonceptivos.	1	SI
		PONDERACIÓN CRITERIO GARANTÍA DE DERECHOS DE NNA CON ÉNFASIS EN SSR			6	100%
RESOLUCIÓN 3100 DE 2019	CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS IPS	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	62	**Desarrollo de capacidades del recurso humano:** • Inducción, reinducción y plan de capacitación del recurso humano asistencial, en el que se incluye el abordaje integral en salud a las víctimas de violencias por razones de sexo y género. • Certificación de personal en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.	1	Ultima capacitación 25/02/2026 y firman compromiso etico y profesional
			63	**Ruta de atención institucional y gestión programática:** •Protocolo del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación. •Equipo institucional segun protocolo para la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales.	1	PROTOCOLO CUENTA CONMIGO
			64	**Acceso a los servicios de atención integral a víctimas de violencias sexuales:** •Implementación de estrategias de IEC para la promoción de una vida libre de violencias, la prevencion de las violencias por razones de sexo y género, y oferta de servicios.	0	No
			65	**Lugar de atención:** • Elementos estructurales para la atención de victimas de violencia sexual.	1	SI
			66	**INSUMOS PARA PRUEBAS RAPIDAS** •Dos pruebas rápidas para VIH con sensibilidad y especificidad no inferior al 99,5% + solución diluyente •Dos pruebas rápidas de Sífilis + solución diluyente, se recomiendan pruebas duales con VIH, para simplificar la logística y la aplicación del protocolo •Dos pruebas rápidas de embarazo •Dos pruebas rápidas para antígeno de superficie de Hepatitis B + solución diluyente. •Dos pruebas rápidas para anticuerpos contra el VHC + solución diluyente •Diez lancetas •Diez micro-pipetas para recolección de muestra de sangre total por punción capilar, para las pruebas rápidas de VIH, VHB, VHC y de embarazo. •Un rotulador permanente para pruebas rápidas.	1	SI
			67	**Medicamentos para profilaxis postexposición (PPE)** **•PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN PERSONAS MAYORES DE 11 AÑOS, INCLUSO MUJERES GESTANTES** . Anticoncepción de emergencia con Levonogestrel y DIU . Profilaxis de HB con vacuna para HB y gammaglobulina proporcionadas por la entidad de salud departamental segun solicitud y gestión de la IPS . Profilaxis para ITS con antibióticos Ceftriaxona, metronidazol y Astromicina, y penicilina benzatínica para profilaxis en gestantes. . Profilaxis de VIH con - **Primera opción:** Tenofovir disoproxil fumarato / Lamivudina / Dolutegravir – **Segunda opción:** Tenofovir disoproxil fumarato / Emtricitabina / Dolutegravir – **Tercera opción:** Tenofovir disoproxil fumarato / Lamivudina / Raltegravir - **Cuarta opción:** Tenofovir disoproxil fumarato / Emtricitabina / Raltegravir - **Quinta opción:** Tenofovir disoproxil fumarato / Lamivudina / Elvitegravir cobicistat - **Sexta opción:** Tenofovir disoproxil fumarato / Emtricitabina / Elvitegravir cobicistat **•PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN PERSONAS MENORES DE 11 AÑOS (Tabletas y suspensión)** . Anticoncepción de emergencia con Levonogestrel . Profilaxis de HB con vacuna para HB y gammaglobulina proporcionadas por la entidad de salud departamental segun solicitud y gestión de la IPS . Profilaxis para ITS con antibióticos Ceftriaxona, metronidazol y Astromicina . Profilaxis de VIH con Zidovudina, Lamivudina, Dolutegravir, Lopinavir/ritonavir, abacavir para sustituir la Zidovudina, y Raltegravir para sustituir Lopinavir/ritonavir, Tenofovir disoproxil fumarato, emtricitabina. **• Reposición de medicamentos e insumos del Kit**	1	SI

Resolución 459 de 2012 - Protocolo de la atención por exposición de riesgo biológico laboral y no laboral ante las infecciones de trasmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C, 2017. - Protocolo de Atención a la embarazada menor de 15 años del MSPS	ABORDAJE INTEGRAL DE LAS VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GENERO		68	**Insumos para toma de muestras medico legales:** • Organizador plástico donde se encuentren todos los elementos para la recolección de evidencia forense. • Bolsas de papel kraft diferentes tamaños para empacar las evidencias forenses • Bolsas plasticas transparentes de diferentes tamaños • Cortauñas • Pinza de punta fina sin garra • Seda dental preferiblemente sin cera • Peinilla • Escobillones estériles con fragmento de cinta de enmascarar que permita el rotulado •Opciones para muestras de referencia: 1) Fragmentos estériles de tela gasa de 2.5 por 2.5 cms. y copas plásticas desechables pequeñas+lancetas 2. Tubos tipo vacutainer tapa lila con EDTA 3) escobillones estériles para toma de saliva 3)Tarjetas FTA®+lancetas •Tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio). •Agujas hipodérmicas para toma de sangre, adaptables al sistema de vacio. • Camisa para toma de muestras de sangre, adaptable al sistema de vacio. • Torniquete • 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 bond 60g blanco • Marcador de punta fina indeleble. • Gasas estériles. • Alcohol antiseptico con frasco lavador • Caja sexadora de escobillones • Agua destilada estéril. • Tijeras • Lupa de 2X	1	SI
		ATENCIÓN CLINICA INTEGRAL	69	**Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años** •Al identificarse una menor de 14 años embarazada se considera como víctima de violencia sexual y se inicia activación de ruta.	1	SI
			70	**Atención Urgente:** • Selección y clasificación de la victima según Resolución 5596 de 2015 y resolución 459 de 2012. • Triage I o II para la atención de la violencia sexual • Tiempos de ingreso, clasificacion y atencion según priorización	0,7	HC: 1071987428 - 14 años - Sospecha de Ciberacoso. 02.02.26 Hora de ingreso: 1:45pm - TRIAGE: II
			71	**Valoración medica inicial:** •Anamnesis (motivo de consulta y enfermedad actual) •Antecedentes clinicos (Uso de anticonceptivo, historia menstrual, obstétrica, antecedentes de violencia sexual, Vacunación de HB y tétanos, estado ante VIH, análisis de riesgo biológico) •Examen Físico general (documentando presencia o ausencia de signos, y en búsqueda de fluidos cuando sea necesario según relato) •Examen Clinico Genital y anal (Acorde a tiempo de ocurrencia del evento al momento de la atención y al relato de la victima sobre el tipo de violencia sexual, documentando ausencia o presencia de lesiones, recientes o antiguas, en vulva, pene, región anal, y perianal de manera completa.) •Aspectos de relevancia medico legal (Acciones de lavado, cambio de ropa, Vomito, micción o deficación, y relaciones sexuales consentidas durante la ultima semana antes de la violencia- Solo en caso de ser necesario tomar análisis de DNA) •Examen Mental •Nota de evidencias recolectadas con fines forenses en los caso que aplique •Diagnóstico según clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) para la codificación del diagnóstico de violencia sexual •Conducta/Plan de Manejo segun valoracion inicial •Consentimiento informado para: Toma de muestras para VIH, DIU, IVE, recolección de evidencias forenses según formatos y protocolos específicos •Se brinda asesoría y orientación a la víctima sobre sus derechos dentro del sector salud y fuera del mismo en todos los casos. •Orientación en IVE •Remisiones a salud mental •Remisiones a otras áreas según pertinencia	0,7	Anmnesis Si Antecedentes clinicos Si Examen Fisico Si Examen clinico genital si Examen mental si Diagnostico - F419 Trastorno de ansiedad, no especificado Diagnostico SI T742-ABUSO SEXUAL - Ficha de notificación sivigila No consentimiento, si toma de prueba VIH - NEGATIVA No se evidencia asesoria y orientacion sobre sus derehcos
			72	**Tamizajes para explorar el estado de salud de la víctima:** • VIH • Sífilis • Embarazo • VHB • VHC •Diez lancetas	1	SI
			73	**Tratamiento profiláctico completo:** • Infecciones de Transmición sexual • Anticoncepción de emergencia • Hepatitis B (vacuna y/o Inmunoglobulina, Según aplique) • VIH	0,5	Cuando se requiere
			74	**Atención de la salud mental:** • Primera atención en salud mental psicoterapia breve a cargo de profesional de salud mental (Psiquiatría o Psicología en la atención urgente)	1	SI
			75	**Plan de seguimiento:** • Ordenes de seguimientos ambulatorios en salud física (2, 4, 12, 24 semanas, y al año, según se requiera) y mental (Cantidad, según valoración)	1	SI
			76	**Seguimientos ambulatorios:** • Seguimientos en salud mental y física efectivos	1	SI
		ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL	77	**Reporte y denucia de los casos de violencias sexuales:** •Procedimientos para la reporte y denuncia de los casos de las violencias sexuales a las entidades competentes (ICBF, Fiscalía, Comisaría de Familia y personería y UNP, Ministerio publico, en caso de victimas de vioelncia sexuales en el marco del conflicto armado)	1	SI
			78	**Salvaguardas:** • Coodinación con entidad de proteccion y vigilancia para el acompañamiento en el egreso y traslado de menores de edad, y poblacion vulnerable y/o con riesgo de feminicidio. • Hospitalización por protección.	0,5	no han tenido ningun caso
		VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	79	**Registro:** • Fichas de registro Evento 875 eventos de violencia sexual • Fichas de registro Evento 875 en menores de 14 años embarazadas	1	SI
			80	**Notificación SIVIGILA y BAI:** • Búsqueda activa y notificación de los casos de violencias basadas en género en adolescentes embarazadas menores de 14 años. • Base de datos evento 875 consolidada.	1	SI
			81	**Coordinación sectorial:** • Reporte de los casos identificados a las EAPB para debido seguimiento ambulatorio con copia de las ordenes del plan de seguimiento y demas ordenes según aplique.	1	SI
			82	•La IPS cuenta con agenda anual de un Comité Operativo de Vigilancia Epidemiológica Institucional (COVEI) sobre el tema.	1	SI
		CRITERIO PONDERACIÓN ABORDAJE INTEGRAL DE VRSG			18,4	88%
TOTAL					58,9	72%





Ponderación	Clasificación	Interpretación Técnica
>95%	ÓPTIMO	Cumplimiento integral, evidencia sólida, sin brechas críticas.
85% - 94,9%	ADECUADO	Cumple en lo esencial, brechas menores corregibles.
70% - 84,9%	ACEPTABLE CON MEJORAS	Cumplimiento parcial, requiere plan de mejora formal.
50% - 69,9%	DEFICIENTE	Brechas significativas que afectan la gestión.
<50%	CRITICO	Incumplimiento estructural, riesgo sanitario.

Gobernación de Cundinamarca	PROCESO DE ASISTENCIA TÉCNICA	Código: M-AT-FR-011
		Versión 4
	CONTROL DE ASISTENCIA TÉCNICA	Fecha de Aprobación: 19/11/2024
		Páginas: 1 de 3

TEMA: Asistencia tecnica en SSR — No TEMA: 210 y 213

LUGAR: Centro de Salud Johan — FACILITADOR: Nicolle Lewis

DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE COORDINA: Secretaria de Salud Departamental – Salud Publica

FECHA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA D/M/A	NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE LA ASISTENCIA TÉCNICA	CARGO	ENTIDAD	MUNICIPIO	TEL. O CELULAR	E-MAIL	FIRMA
18-02-2026	Johanna Avendaño Vargas	Enfermera	Centro de Salud Johan	Apulo D.C.V.	3115071405	nmfajohan@gmail.com jespitobolo@gmail.com	Johanna Avendaño Vargas Enfermera UDEC RUN 34341 ANEC RES: 252924

«Por medio de la firma del presente formato, autorizó a la Gobernación de Cundinamarca a utilizar mis datos personales para fines necesarios relacionados con este trámite de conformidad con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, ley de protección de datos y el Decreto 1377 de 2013 que la reglamenta parcialmente»

Scanned with CamScanner