OBJETIVO DE LA REUNION:	FECHA:	ACTA No.
Reunión Inducción y Reinducción Equipo SSR Adolescentes y Abordaje Integral VRSG – Orientaciones técnicas y operativas para Asistencia Técnica (Asesoría) de las líneas operativas SSR Adolescentes y abordaje integral de VRSG.	24/02/2026	015

LUGAR:	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN
Enlace de videollamada: https://meet.google.com/chc-gmrg-ves	7:00 a.m.	11:00 a.m.

ORDEN DEL DÍA

1. Proceso de Asistencia Técnica en modalidad de Asesoría con énfasis en SSR de Adolescente.
2. Orientaciones técnicas y conceptualización sobre Violencias por razones de sexo y género.
3. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Siendo las 9:00 a.m. se da inicio a reunión de Inducción y Reinducción sobre las orientaciones técnicas y operativas para el proceso de Asistencia Técnica en modalidad de Asesoría dirigida a los profesionales de las líneas de SSR Adolescentes y abordaje integral de VRSG para la vigencia 2026. La reunión es liderada por las profesionales Lisseth Lorena Riaño Motta y Diana Alejandra Poveda Amaya, profesionales especializados del Componente de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. En este sentido, se realizó un desarrollo y fortalecimiento de capacidades para el desarrollo adecuado de las acciones de Asistencia Técnica al talento humano en salud de las DTS y las IPS con la siguiente estructura:

- Propósito de la Asistencia Técnicas
- Temas de Asistencia Técnica (210 y 2139
- Relación Metas Resultado y de Producto del Componente de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (Meta 109, 110 y 115)
- Asistencia Técnica Integral (Definición)
- Aspectos técnicos y normatividad vigente
- Criterios Instrumentos de Diagnóstico
- Abordaje integral de VRSG - Conceptualización
- Protocolo de Atención Integral en Salud a víctimas de Violencia Sexual (Res. 459 de 2012)

ASISTENCIA TÉCNICA SSR ADOLESCENTES Y ABORDAJE INTEGRAL DE VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GÉNERO

Propósito de la Asistencia Técnica

Identificar necesidades y oportunidades de mejora mediante asesoría (diagnóstico) y

acompañamiento (seguimiento) con énfasis en *Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Abordaje Integral de Violencias por razones de sexo y género* mediante la implementación de instrumentos que permitan determinar el grado de adecuación y fortalecimiento de estrategias según las orientaciones del Componente de SDSDR para los planes de acción en salud de la vigencia 2026.

Temas de Asistencia Técnica

- ***Tema N° 210:*** Fortalecer Lineamientos en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
- ***Tema N° 213:*** Fortalecimiento de los Lineamientos para la Prevención de Embarazos en Adolescentes.

Relación Metas Resultado y de Producto - Plan de Desarrollo "Gobernando Más Que Un Plan 2024-2028" aprobado mediante ordenanza 001 de 2024

META DE RESULTADO

Disminuir en un punto porcentual la razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos en el departamento de Cundinamarca

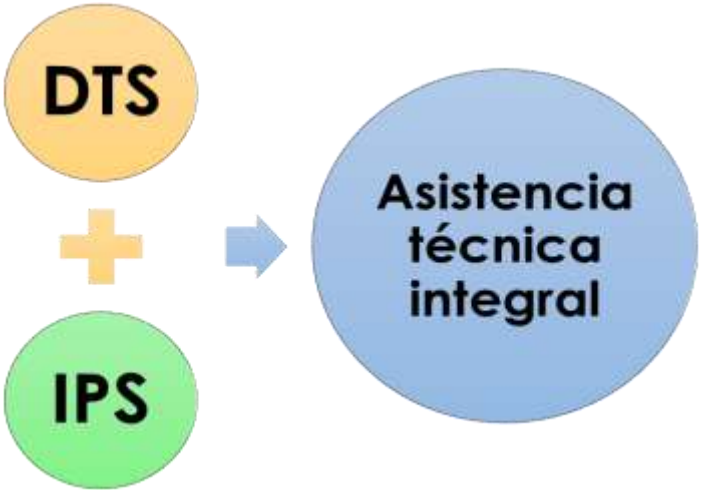
Meta N° 109 sobre la implementación en los 116 municipios del Plan de Aceleración para la Reducción de la mortalidad materna – PARE MM

Meta N° 110 sobre asistencia técnica a los actores del sistema de seguridad social en salud de los 116 municipios del departamento en Derechos Sexuales y Reproductivos.

Meta N° 115 sobre asistencia técnica a los 116 municipios en la estrategia ***"piensa y actúa positivamente"*** enfocada en la prevención de embarazo en adolescentes entre los 10 y los 19 años.

Asistencia Técnica Integral

DTS: Autoridad Sanitaria y Gobernanza – Gestión de la Salud Pública: *Extender convocatoria a la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS y acompañar la visita.*



ASPECTOS TÉCNICOS

Direcciones Territoriales de Salud - DTS

- Política Nacional de Sexualidad, DSDR
- PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP 2022-2031
- Resolución 1597 de 2025 Gestión de la Salud Pública y PIC
- Resolución 3280 de 2018 RIAPYMS y RIAMP
- Lineamiento Educación Sexual Integral ESI
- Lineamiento atención integral de NNA – Circular 204 de 2023

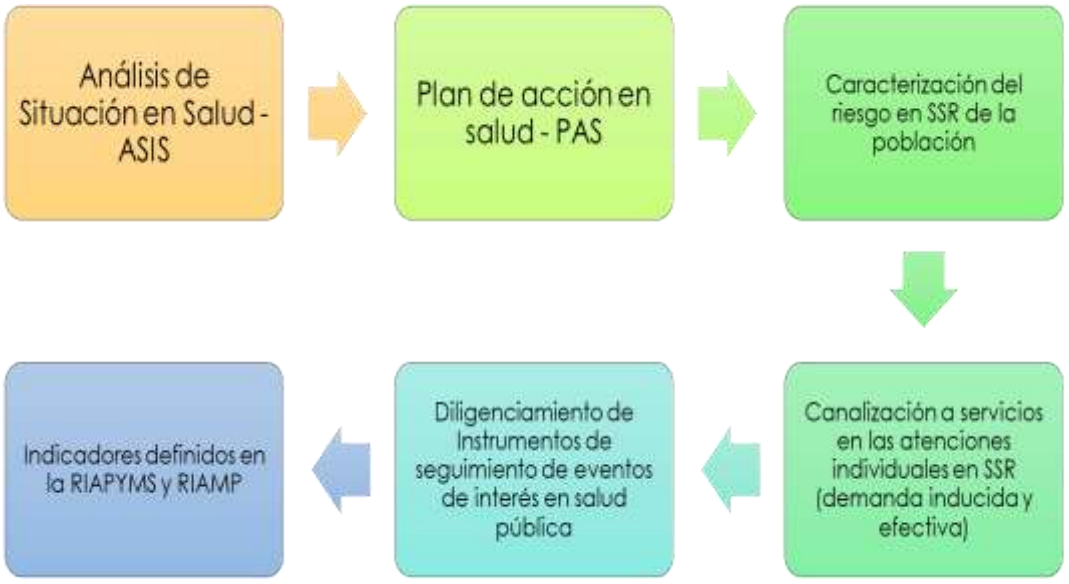
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS

- Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes SSAAJ.
- Resolución 309 de 2025 – Autonomía progresiva, asentimiento y consentimiento informado.
- Abordaje integral de Violencias por razones de sexo y género con énfasis en Violencia Sexual – Resolución 459 de 2012.

Seguimiento clínico de eventos de interés en salud pública del Componente SDSDR

- Circular 207 de 2024 (Pendiente actualización) – Embarazo Infantil (10 a 14 años), Embarazo Adolescente (15 a 19 años) y Violencia Sexual (Evento 875).

Insumos para el Alistamiento - DTS



Insumos para el Alistamiento - IPS



Criterios Instrumento Diagnóstico DTS

PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Generar en el sector salud procesos que garanticen el disfrute de la sexualidad, mediante el favorecimiento a la libre expresión de pensamiento, opinión, asociación y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en un marco de referencia laico y una ética civilista, que facilite el establecimiento de relaciones interpersonales, sociales y políticas saludables. El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe garantizar el respeto a la libertad de pensamiento y a la libre expresión en torno a la sexualidad y la reproducción, minimizando la posibilidad de señalamiento o juzgamiento en los procesos de atención inducidos por posturas políticas, religiosas o culturales de los prestadores.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán a la construcción de una mirada holística frente al disfrute de la sexualidad, que permeen la prestación de los servicios y la acción intersectorial e interinstitucional. Para ello es necesario:

1. Gestionar la promoción del reconocimiento de la sexualidad y la reproducción, en el marco de respeto de las libertades de pensamiento, opinión y expresión de la orientación sexual, la identidad de género y los derechos sexuales, dentro del sector salud y en la comunidad, sin juzgamientos o discriminación, a través de medidas inclusivas, apropiadas a los diferentes contextos.
2. Convocar a la conformación de grupos y organizaciones sociales, interculturales, ecuménicas y otras, para la promoción y defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la libertad de pensamiento, asociación y la interlocución directa con la institucionalidad del sector salud y de otros sectores.
3. Coordinar espacios, en asocio con otros sectores, para intercambiar información entre la comunidad y la institucionalidad de salud respecto de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, sobre el alcance y la interpretación de los instrumentos legales, para que la expresión de la sexualidad y la reproducción cursen sin temor, vergüenza, culpa, falsas creencias y otras restricciones sociales, sobre formas de expresión de la sexualidad como el vestir o el modo de hablar, entre otras.
4. Fortalecer procesos de educación sexual integral, para los prestadores de servicios de salud,

orientados a promover el reconocimiento de la sexualidad como condición humana, que permitan el abordaje y respuestas con acciones y servicios dentro de un enfoque laico15 y de ética civilista16 para garantizar el ejercicio de derechos, el bienestar y la calidad de vida.
5. Desarrollar los mecanismos para asegurar el liderazgo apropiado del sector salud en la construcción de las intervenciones, las medidas y los instrumentos sectoriales e intersectoriales necesarios y efectivos de orden legislativo, sanitario, educativo, judicial, de protección, reparación integral y comunicacional en los aspectos de la salud sexual y la salud reproductiva, de forma coordinada y en el respeto de las competencias que facilite la garantía de los derechos.
6. Impulsar la aplicación de acciones administrativas y disciplinarias a que hubiere lugar, por atentados a la libertad de pensamiento, opinión y expresión frente a la sexualidad o la reproducción, registrados en la prestación de los servicios o en la institucionalidad del sector salud.

POLÍTICA NACIONAL DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

En el contexto de la promoción, protección, ejercicio, garantía, restablecimiento y reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, las acciones, en clave de derechos señaladas en precedencia, pueden ser desarrolladas a través de diversas estrategias, las cuales son transversales a todos los objetivos o las acciones y coincidentes con algunas de las también propuestas en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP. Estas estrategias tienen el sentido de proponer una forma de organización en la realización de las acciones y el logro de los objetivos y deben ser desarrolladas a todos los niveles del Estado y por el sector salud, en lo nacional, departamental y local en los territorios y las Instituciones.

Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud:

El fortalecimiento a la gestión de lo público es una de las demostraciones del esfuerzo de los gobiernos para lograr los niveles estructurales del desarrollo. Para el sector salud esto significa observar y analizar los procesos y logros en el conocimiento y en práctica de la complejidad que significa la salud sexual y la salud reproductiva, para con esta información proponer los ajustes a que hubiere lugar.

Esto implica una mirada reflexiva y crítica de los modelos de gestión aplicados en el sector salud y de su evolución hasta la actualidad, así como de los contenidos que se han dado a cada uno de los actores sectoriales, a través de diferentes medios o con asistencias técnicas, para determinar barreras de acceso, insatisfacción con la calidad de los servicios y los esquemas de discriminación y exclusión prevalentes, percibidos por los titulares de derechos de servicio y recibidos por los prestadores y que se ha traducido en vulneraciones de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

El mejoramiento de esta capacidad implica que las Instituciones desarrollen al máximo la suficiencia para entregar servicios, en el marco de las definiciones de la política de calidad, para lo cual se requiere desarrollo, aplicación y exigencia de los estándares, en términos de infraestructura, dotación, equipamiento, organización y sistemas administrativos necesarios para el cumplimiento de las normas de atención en salud sexual y salud reproductiva por parte del personal cualificado. Así como la existencia de desarrollos de información, vigilancia y control para la gestión institucional, la integración de los registros administrativos y la aplicación de las medidas de control.

Generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados:

La coordinación interinstitucional se alcanza mediante la construcción de alianzas y sinergias orientadas al logro permanente de los contenidos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, al reconocimiento y respeto de las diferencias y la identificación de las coincidencias en las estrategias y compromisos con la realización de esos derechos en las diferentes instancias.

La generación de acuerdos y alianzas, entre el sector salud y los otros sectores, alude a la formalización de los compromisos adquiridos, el logro de los objetivos, la apropiación de recursos y la sostenibilidad de los procesos. Estos mecanismos se facilitan al clarificarse el beneficio social, el progreso en términos de desarrollo y el reconocimiento de los agentes que participan en su diseño, implementación, movilización política y social, y la consolidación para la sostenibilidad.

Movilización social:

El sustento y objetivo del Estado descansa en la cohesión de elementos que construyen el tejido social, así el principio y fin de la existencia y accionar de ese Estado y sus estructuras están constituidos por los ciudadanos, sus relaciones, sus anhelos y logros de bienestar y realización. Esta dinámica social y su producto pueden ser propiciados de forma casual o política, esta última reconocida como movilización social.

La realización de los derechos propicia nuevas miradas de las condiciones humanas de sexualidad y reproducción y cambia los usos y las costumbres; lo cual dependerá del ritmo que la sociedad se permita en la medida que asuma como propia y legitima la propuesta construida como nueva práctica al interior del núcleo social. Estas nuevas miradas, emergen de la necesidad de satisfacer anhelos de expresar las realidades en una sociedad que incorpora estos modos diversos como alternativas posibles, lo cual contribuye al establecimiento de nuevas formas de relacionamiento. Cuando las personas se comprometen con la realización de acciones para el logro de un fin común se denomina participación social.

Gestión de la comunicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos:

El principal objetivo de la comunicación masiva es el uso de ciertos medios para la entrega de información rápida, donde a pesar del direccionamiento para franjas poblacionales, no es posible saber su alcance, si no incorpora procesos de evaluación; condición que le da características positivas en lo social y otras que deben ser tenidas en cuenta. De otra parte, la comunicación interpersonal, es más referida a procesos donde se requiere fortalecer contenidos especiales que hacen parte de procesos educativos y de formación en grupos específicos.

El sector de la salud al integrar de forma coherente y continua la comunicación como estrategia de promoción de los contenidos de los derechos, también debe incidir sobre las empresas de medios de comunicación, especialmente masivos, para que asuman y respeten las definiciones y contenidos del discurso de los derechos, en vez de adoptar posturas discriminatorias, irrespetuosas, abusadoras de la dignidad humana y la diferencia del otro y en casos extremos violatorias de los derechos sexuales y reproductivos que pueden ocurrir desde marcos ideológicos, opuestos al Estado Social de Derecho, laico, democrático y civilista, que define al Estado colombiano.

Gestión de conocimiento:

La gestión de conocimiento en el sector salud parte de la necesidad de registrar y explicar la ocurrencia de eventos, procesos, causalidades e impactos, de donde se desprenden varias formas de producir conocimiento de forma intencional.

Si bien el sector salud, cuenta con importantes y robustos sistemas de información útiles para el seguimiento de los procesos, la gestión administrativa, la vigilancia epidemiológica o en salud pública, la evaluación de la calidad, la pertinencia, la eficiencia y el impacto de las acciones que al interior del sector se producen; el uso de estos sistemas para los fines de la gestión y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, requiere de la adecuada inclusión de todos los contenidos y componentes de la sexualidad y la reproducción en la forma de variables, indicadores, técnicas y metodologías ya definidas por el sistema de información del sector de la salud almacenados en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO).

Se requiere promover el mayor uso, aprovechamiento y adecuado análisis e interpretación de las salidas del sistema, en los niveles descritos, ello implica, fortalecimiento de capacidades para la interpretación, análisis y divulgación, los cuales en diferentes momentos han sido reclamados como una de las graves debilidades del sector en lo referente a la sexualidad y la reproducción.

El desarrollo de la investigación en sexualidad en un país diverso y multicultural como Colombia es una urgencia que debe ser abordada a través de los diferentes métodos y procesos propios de la ciencia y la tecnología. Para ello, la combinación de las metodologías cuantitativas, junto con abordajes cualitativos con lo cual pueden realizarse triangulaciones es esencial para sustentar las transformaciones, la inclusión de nuevas acciones y la urgencia de respuestas adecuadas para la garantía de derechos y la consistencia con los principios de calidad de vida y su sostenibilidad.

LINEAMIENTO DEPARTAMENTAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL (ESI) CON ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD DE GÉNERO, PREVENCIÓN DE LAS VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GÉNERO Y DEL EMBARAZO EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.

Para la implementación del Lineamiento de Educación en Sexualidad para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en fundamental apropiar los conceptos relacionados y derechos en materia para Niños, Niñas y Adolescentes, haciendo énfasis en:

Derechos sexuales y Derechos Reproductivos en Niños, Niñas y Adolescentes

En el marco del reconocimiento que hace la Constitución Nacional y el bloque de Constitucionalidad, de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos y siguiendo los postulados de la Política Nacional en Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, partiendo de la separación de los campos de la sexualidad y la reproducción, la interpretación de los Derechos en la población de Adolescentes Y Jóvenes pasa por:

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

4. Autodeterminación reproductiva

Sexualidad

Los seres humanos son seres sexuados, desde que nacen hasta que mueren y en el desarrollo evolutivo, están influenciados por factores biológicos, psíquicos, sociales y culturales, que los alejan del instinto meramente biológico para construir un campo de la acción humana que se responde con la adquisición de la racionalidad y el libre albedrío. En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social reconoce a la Sexualidad como una condición esencialmente humana, relacionada con, pero diferenciada de la reproducción, que compromete a la persona a lo largo de todos los momentos del curso de vida, lo que permite sustraerla de la mirada exclusivamente biológica o médica, para también abordarla desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos.

Antecedentes

Las acciones de política pública en materia de educación y promoción de la salud sexual y reproductiva surgen del compromiso y la necesidad de transformar los sistemas con el fin de alcanzar una educación de calidad que permita superar la inequidad e incrementar las oportunidades. Por esta razón, la Conferencia internacional sobre la Población y el Desarrollo CIPD, celebrada en el Cairo, Egipto en Septiembre de 1994, consideró la salud y la educación como prioridades; determinando la importancia de promover la información y la oferta de servicios que permitieran a los jóvenes tomar decisiones responsables desde la comprensión su sexualidad y de los diferentes riesgos a los cuales están expuestos, principalmente en relación a embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, violencias por razones de sexo y género; así como la prevención de otros riesgos asociados a la salud sexual y reproductiva.

A partir de la década de los noventa, ha sido fundamental la incorporación efectiva, del enfoque de derechos desde el reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos; lo cual ha permitido avanzar en el abordaje de problemáticas como las violencias basadas en género dentro de las cuales se encuentran también las diferentes formas de discriminación asociadas a la orientación sexual, así como el reconocimiento de la sexualidad y la reproducción de las personas con discapacidad y la vulneración de derechos en el marco del conflicto armado desde los diferentes delitos sexuales.

Marco normativo

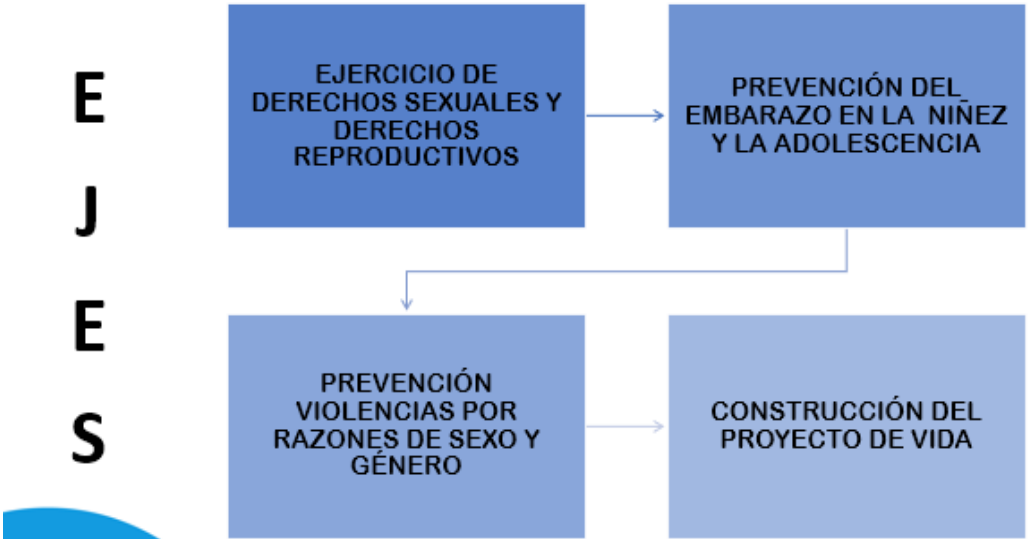
● La Ley 115 de 1994 establece que es de carácter obligatorio que la educación sexual sea impartida de acuerdo con las necesidades y condiciones físicas, psicológicas y afectivas de las y los estudiantes según su edad. De acuerdo con el Decreto 1860 de 1994, esta enseñanza sobre educación sexual se construye bajo la modalidad de proyectos pedagógicos, de donde se plantean los proyectos de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía; los cuales deberán articularse a los planes de estudio.

● La Ley 1620 de 2013 por medio de la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar; dando alcance a la promoción de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y a la prevención de las diferentes formas de Violencias por razones de sexo y género, teniendo en cuenta que uno de los entornos en los que se presentan estos eventos es en el entorno escolar y que desde las acciones de coordinación y articulación sectorial y transectorial que desde el Comité Departamental de

Convivencia Escolar se generan, se tiene como propósito fortalecer la educación sexual en los establecimientos educativos, a partir de la formulación de los Proyectos Pedagógicos de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía y de la implementación del presente Lineamiento que sugiere las temáticas a desarrollar por curso de vida.

- Por su parte, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) 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. Este concepto ampliado de la Sexualidad 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; y 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.

Estructura del Lineamiento de Educación Sexual Integral ESI



EJE 1: EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos son privilegios, posibilidades y facultades reconocidas por ley a las personas por la dignidad de serlo y se encuentran protegidos incluso por la legislación internacional que incluye Declaraciones, Pactos y Convenciones. Se considera que los derechos humanos son Fundamentales porque se necesitan para vivir, Irrenunciables porque ninguna persona puede renunciar a ellos, Inalienables ya que no pueden ser objeto comercial y ningún titular puede ser privado de sus derechos bajo ningún concepto; e Irrevocables ya que no se pueden quitar o abolir. Desde este enfoque, se reconoce a las personas como SUJETOS de derechos para que desde el ejercicio de su ciudadanía comprendan sus derechos y tengan la facultad de exigirlos y ejercerlos; con el propósito de superar condiciones de inequidad que impiden o afectan su realización como ser humano.

Derechos Sexuales: se fundamentan en la **LIBERTAD** para garantizar el ejercicio y desarrollo libre, informado, saludable y satisfactorio de la sexualidad. Están orientados a que las personas puedan disfrutar la sexualidad y el erotismo, sin coacción y libre de toda forma de violencia. Implica explorar y disfrutar una vida sexual placentera, sin sentimientos o sensaciones de miedo, vergüenza, temor inhibición, culpa por creencias infundadas y prejuicios que limiten la expresión de estos derechos. El ejercicio de los derechos sexuales requiere del acceso a servicios integrales de salud, los cuales se complementan con acciones de educación integral, información verídica y medidas de acceso a la justicia.

Derechos Reproductivos: se fundamentan en la **AUTODETERMINACIÓN** reproductiva de manera libre, autónoma y responsable. Reconocimiento de la facultad que tienen todas las personas para tomar decisiones libres e informadas sobre la posibilidad de procrear o no, de regular su fecundidad y la posibilidad de conformar una familia y disponer de los medios para ello. El ejercicio de los derechos reproductivos incluye al acceso a servicios de salud reproductiva para garantizar una maternidad segura, el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente el embarazo, a prevenir embarazos no deseados y la prevención y tratamiento de afectaciones en el sistema reproductor.

EJE 2: PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

De acuerdo con la estrategia de **"Adolescente Piensa y Actúa Positivamente" (2016)** el embarazo adolescente se define como gestaciones no planeadas y no deseadas, que ocurren en una edad y etapa del desarrollo de adolescentes que no cuentan con las capacidades y condiciones necesarias para enfrentar, manejar o superar la situación y las consecuencias de este evento de salud. Se considera como un problema de salud pública, por las afectaciones físicas, emocionales y sociales de los adolescentes, ubicándolos en una situación de vulnerabilidad. El embarazo en la adolescencia tiene una estrecha vinculación con la pobreza, la marginalidad, la desescolarización, la carencia de acceso a servicios de salud especialmente de salud sexual y reproductiva e incluso la forma como se desarrolla, se ejerce y se vive la sexualidad en los diferentes contextos culturales.

EJE 3: PREVENCIÓN DE VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GÉNERO Y PROMOCIÓN DEL DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIAS

El derecho a una vida libre de violencias se define como el derecho principalmente de las mujeres, a que ninguna acción u omisión, basada en el género cause algún daño o sufrimiento de tipo físico, psicológico, patrimonial, económico, sexual o incluso la muerte tanto en el ámbito público como en el privado.

Las víctimas de Violencias basadas en género requieren de atención integral en salud desde la detección y el tratamiento de las afectaciones físicas y mentales provocadas por la violencia; medidas de protección que garanticen su seguridad e integración personal y el acceso a la justicia a través de las medidas de verdad, reparación y garantías de no repetición de la violencia. En este eje, es importante fortalecer las estrategias y programas en los que promueva la educación en derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, con el fin de desarrollar capacidades para el trabajo entre pares con base en la estrategia "Piensa y Actúa Positivamente".

EJE 4: CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO DE VIDA

La Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía con énfasis en los cursos de vida de infancia, adolescencia y juventud tiene un significado importante en el Proyecto de Vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes ya que les permite reconocerse como sujetos activos de derechos para expresar sus necesidades e inquietudes sin discriminaciones ni señalamientos. Así mismo, se pueden sentir personas dueñas de sus propios cuerpos y por lo tanto de su vida; a partir de decisiones libres e informadas y el establecimiento de relaciones sanas y constructivas. Ejercer de manera plena sus derechos sexuales y derechos reproductivos hace que también sean conscientes de sus decisiones, y por ende puedan asumir mejor las consecuencias, evitando situaciones no planeadas o no deseadas para sus vidas que afecten tanto su presente como su futuro.

MODELO DE EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD EIS

El modelo de Educación Integral en Sexualidad (EIS) se define como un proceso de enseñanza y aprendizaje que integra aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad; cuyo propósito es empoderar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes por medio de conocimientos, habilidades, actitudes y valores para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; así como establecer relaciones sociales y sexuales desde el respeto, analizar cómo sus decisiones inciden en el bienestar y comprender cómo proteger sus derechos en los diferentes cursos de vida.

Educar en sexualidad es una iniciativa que tiene como propósito fortalecer principalmente al sector salud en la implementación y sostenibilidad de una Política de Educación para la Sexualidad desde el enfoque del ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos; a partir de la gestión de la salud pública y la implementación de las intervenciones colectivas. En este sentido, la propuesta pedagógica de la educación en sexualidad va más allá de los aspectos biológicos y de informar sobre los riesgos con relación a lo sexual; entendiendo la Sexualidad como una dimensión humana con unas funciones y componentes determinantes en la formación de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes a quienes se reconoce como sujetos activos de derechos.

COMPONENTES DE LA EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD

● Comprender la diferencia entre sexo y género, reconociendo los roles y atributos y percepciones de la masculinidad y la feminidad dentro de la familia y a lo largo del curso de vida. Así mismo, hace referencia a normas y valores que se transforman social y culturalmente; y a las consecuencias que generan los prejuicios, estereotipos y desigualdades de género con relación a las diferentes formas de violencias y discriminación, incluyendo la auto estigmatización.

● Información y educación en salud sexual y reproductiva haciendo énfasis en la sexualidad y el ciclo de vida, anatomía y fisiología, asesoría en anticoncepción y uso de preservativo, información sobre el embarazo y sus determinantes sociales, interrupción voluntaria del embarazo y aborto seguro; prevención, tratamiento y atención de infecciones de transmisión sexual, consejería y pruebas voluntarias para VIH, cómo vivir con un diagnóstico positivo, prevención de transmisión VIH sífilis gestacional, uso de drogas inyectables; mitos sobre el inicio de las relaciones sexuales, abstinencia sexual y conceptos de la fidelidad, expectativas sociales, entre otros.

● Conocimiento de los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos en el marco de la salud sexual y reproductiva, así como las barreras sociales, culturales y éticas para

ejercerlos; reconociendo la oferta y disponibilidad de servicios y recursos y su acceso a estos. Desde este modelo se busca promover la incidencia política, la participación y el derecho a decidir a partir de habilidades de negociación y el derecho a vivir y expresar libremente la sexualidad de manera segura, saludable y placentera.

● Fomentar una actitud positiva alrededor de la sexualidad desde su función erótica, entendiendo que el sexo debe ser agradable pero que va más allá del coito. En este sentido, el propósito es fortalecer el cuidado de la experiencia sexual de manera saludable, reconociendo las emociones que hacen parte de la respuesta sexual y la importancia de prácticas sexuales seguras y placenteras. Incluye abordar conceptos como la masturbación y sus mitos, el amor y el deseo, la comunicación interpersonal, la diversidad sexual, la primera experiencia sexual, el consentimiento en las relaciones sexuales, el uso de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales y los estigmas asociados al placer.

● Identificación de las diferentes formas y manifestaciones de las violencias por razones de sexo y género con énfasis en la violencia y las relaciones sexuales no consensuadas; normas sociales y mitos relacionados con el poder y el género, atención integral a víctimas de violencias basadas en género, promoción del derecho a una vida libre de violencia.

● Reconocimiento positivo de la diversidad (cultural, étnica, condición socioeconómica, discapacidad, orientación sexual) y prevención de acciones de violencia y discriminación; promoviendo la igualdad, el respeto a la dignidad humana y la inclusión.

● Construcción de diferentes tipos de relaciones a partir de las emociones y sentimientos, comprensión de la intimidad, reconocimiento de derechos y responsabilidades, dinámicas de poder, relaciones saludables, comunicación y confianza, comprender que amor y sexo no es lo mismo.

Funciones fundamentales de la Sexualidad

La Sexualidad como construcción social tiene cuatro funciones fundamentales que son:

1. Comunicativa relacional
2. Reproductiva
3. Erótica
4. Afectiva

● ***Función Comunicativa relacional:*** está relacionada con las distintas maneras y formas de expresar los sentimientos, pensamientos y comportamientos asociados a la sexualidad, facilitando el desarrollo de procesos cognitivos, emocionales y comunicativos en las relaciones y vínculos que se construyen. Cabe señalar que cualquier encuentro entre dos o más personas está directamente asociado a la comunicación, lo que implica que en el campo de los vínculos a partir de lo sexual exista una función comunicativa relacional. Fortalecer el desarrollo de estas competencias permite que se construyan relaciones humanas de calidad, basadas en el respeto y en el reconocimiento de la dignidad de la otra o del otro y en que existan acuerdos que generen beneficios para todas las partes involucradas. Dicho de otro modo, esta función permite a las personas comunicarse y expresarse de manera adecuada para la vivencia de una sexualidad plena, a partir de relaciones que les genere satisfacción y bienestar.

● ***Función Reproductiva:*** se entiende como la posibilidad humana de crear una nueva vida y biológicamente, de procrear individuos con características similares. Esta función se caracteriza

por manifestaciones psicológicas y sociales que van más allá de lo que biológicamente corresponde a la gestación, el embarazo y el parto; con relación a lo que significa la maternidad y la paternidad para una persona, y específicamente, en lo que puede representar en la vida de las y los adolescentes. A nivel social, la reproducción está relacionada con el comportamiento sociodemográfico de un territorio, para lo cual se requiere de políticas y el seguimiento a indicadores de fecundidad.

● ***Función Erótica:*** hace alusión al componente placentero de las experiencias corporales, tanto individuales como compartidas, en las que las personas alcanzan un nivel de disfrute y satisfacción de su sexualidad, a partir de la activación de la respuesta genital, sensorial y corporal; ya que la mayoría de estos procesos se dan en el sistema nervioso central, tales como la excitación sexual o el orgasmo. Estas experiencias tienen características tanto biológicas en términos de la respuesta placentera producto de la excitación, pero también psicológicas por las representaciones y el significado social asociado a la regulación del comportamiento sexual de los seres humanos. Esta función se centra en el placer y disfrute, como parte de los derechos sexuales para vivir una sexualidad plena.

● ***Función afectiva:*** corresponde a la capacidad de los seres humanos de desarrollar vínculos afectivos a partir de la presencia o ausencia de la otra persona con quien se establece algún tipo de relación; así como las construcciones mentales, individuales y sociales que se derivan de lo que sexualmente se establece en dicha relación. Se caracteriza por expresiones como el amor que comprende cuidado, responsabilidad, respeto y conocimiento hacia otra persona con la que se experimentan sentimientos de afecto intensos. Así mismo, se caracteriza por patrones que definen el apego y el establecimiento de vínculos como el de pareja, en sus diferentes etapas tanto de formación, consolidación y en ocasiones ruptura o disolución, como un aspecto importante en la Sexualidad.

Componentes fundamentales para comprender la Sexualidad:

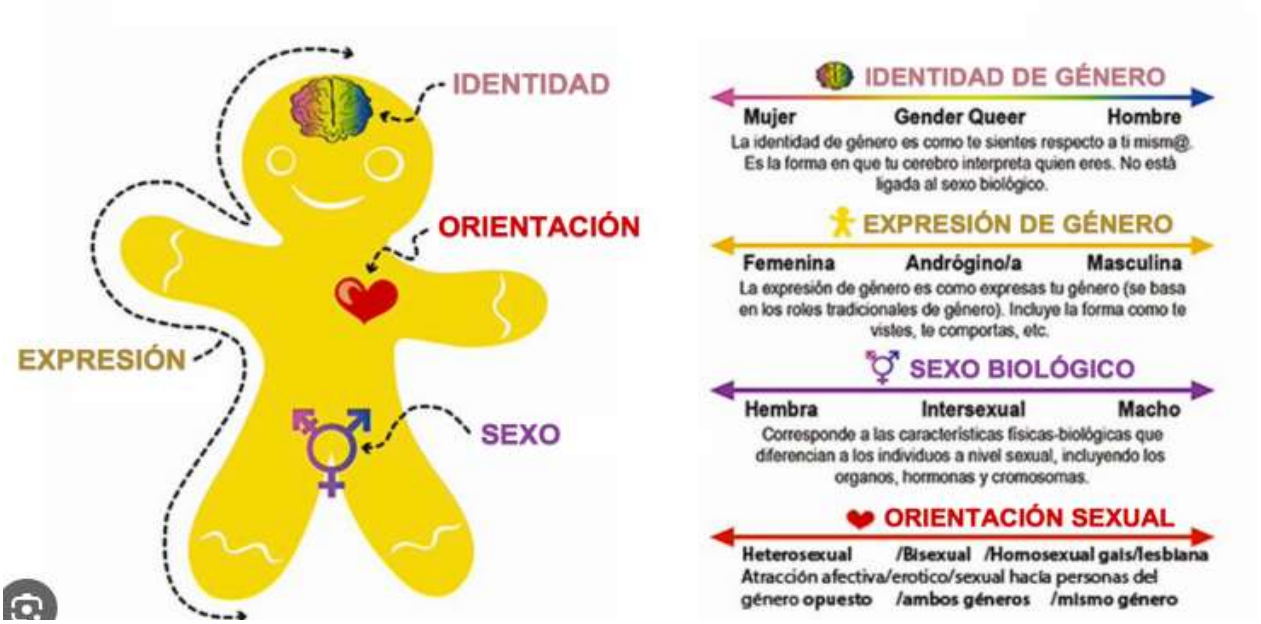
● **Identidad de Género:** se define como el sentimiento profundo de una persona de igualdad, unidad y persistencia como hombre, mujer o ambos, a través del tiempo y de los cambios físicos o psicológicos. La identidad de género se diferencia de la identidad sexual, asociada al conjunto de características biológicas, morfológicas, genéticas y fisiológicas que caracterizan a una persona como hombre o como mujer. Se refiere entonces a la conciencia de la identidad psicosocial y cultural a partir de los roles y el papel desempeñado por mujeres y hombres en la sociedad.

● **Comportamientos culturales de género:** este término está relacionado con los roles de género y se refiere a los gestos, las conductas y los comportamientos asociados a cada uno de los géneros, tanto femenino como masculino. Sin embargo, aunque estos son atribuidos más a uno que al otro, son intercambiables y flexibles de acuerdo con la adaptación y la identidad construida.

Los roles de género están determinados por factores culturales, que son transmitidos y se transforman de una generación a otra. Estos comportamientos incluyen diferentes características, que están relacionadas con los estereotipos, prejuicios e imaginarios sobre los cuales existe un valor dado por la cultura que determina lo que se espera tanto de los hombres como de las mujeres. Dichas características van desde la asignación de los colores, juguetes, actividades en el tiempo libre, roles en la pareja, la familia, la sociedad, así como en el ejercicio del poder. Al ser características atribuidas culturalmente, se pueden transformar hacia formas cada vez más equitativas e incluyentes; siendo este uno de los propósitos que deben estar

dentro de los Proyectos Pedagógicos de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía.

● **Orientación Sexual:** hace referencia a las diferentes manifestaciones de la atracción sexual-erótica y sexual-afectiva, abarcando todas las variaciones posibles entre la orientación hacia personas del sexo opuesto (heterosexual), del mismo sexo (homosexual) o de ambos sexos (bisexual).



PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CUIDADO MENSTRUAL

De acuerdo con la Estrategia Intersectorial para la Promoción de la Salud y el Cuidado Menstrual del Ministerio de Salud y Protección Social (2023) y aspectos técnicos aportados por el Fondo Nacional de Poblaciones Unidas UNFPA, la Promoción de la Salud Menstrual comprende acciones de educación, prevención y mantenimiento de la salud y el cuidado menstrual; como parte del reconocimiento de los derechos menstruales y la atención integral de las personas. En este sentido, resulta importante reconocer las condiciones poblacionales no solamente de niñas, adolescentes, mujeres y personas menstruantes; sino también de personas pertenecientes a grupos étnicos, personas con discapacidad, hombres trans y personas no binarias asignadas al sexo femenino con el fin de garantizar una atención diferencial ajustando los modelos de atención que permitan satisfacer las necesidades en el cuidado menstrual de estas personas.

Esta integralidad requiere de conocer el proceso de menstruación (inicio, progreso y finalización); la definición de ciclo menstrual como un proceso biológico, la perspectiva social y antropológica sobre la menstruación, las alteraciones del ciclo menstrual, los servicios mínimos necesarios para el cuidado menstrual, las patologías asociadas al mal cuidado menstrual y las necesidades particulares de algunas poblaciones alrededor de la menstruación.

El Cuidado Menstrual se define como el conjunto de acciones e intervenciones que deben ser garantizadas por el Estado para que las niñas, mujeres, hombres trans y personas no binarias

asignadas al sexo femenino al nacer puedan realizar una gestión menstrual saludable. En este sentido, la menstruación es un proceso que ocurre en diferentes personas: mujeres cisgénero, hombres trans y personas no binarias asignadas al sexo femenino al nacer. En razón a lo anterior en este documento, la mención de "personas menstruantes" se refiere a toda la diversidad de género.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, la salud menstrual emerge como nuevo eje prioritario en la agenda de política pública de la salud pública en Colombia, como componente transversal del derecho fundamental a la salud, articulando los derechos humanos esenciales desde la dignidad humana, igualdad de género, intimidad, autonomía y toma de decisiones, no discriminación, acceso a servicios de salud, acceso a educación, acceso al trabajo; así como el acceso al agua y a infraestructura para saneamiento básico. En este sentido, la estrategia intersectorial para la Promoción de la Salud y el Cuidado Menstrual responde a las necesidades de garantizar la vivencia digna de la menstruación en todos los entornos de vida cotidiana y la eliminación de barreras estructurales que históricamente han invisibilizado esta dimensión del curso de vida femenino, así como personas trans y no binarias.

Responsabilidades de los actores del SGSSS en la implementación de estrategia de Salud y Cuidado Menstrual – Entidades Territoriales

● Conocer la situación de salud menstrual de su población con enfoque de género, derechos y territorial; a través de procesos de caracterización implementados, estudios poblacionales, encuestas, entre otras fuentes de información local.

● Realizar la adecuación sociocultural de la estrategia de cuidado menstrual, incluyendo el acceso a la información en lenguas y formatos que sean entendibles para los distintos pueblos que habitan en el territorio; la identificación y promoción de buenas prácticas para la salud y el cuidado menstrual desde las tradiciones de cada pueblo; la provisión y adecuación de infraestructura a los lugares en donde habitan pueblos étnicos (sobre todo en áreas rurales dispersas); y la sensibilización del personal sanitario y educativo sobre las necesidades de los pueblos étnicos en materia de salud y cuidado menstrual.

● Definir la oferta en infraestructura, servicios y talento humano requerida para implementar la estrategia de salud y cuidado menstrual en sus cuatro pilares, incluyendo las necesidades de adecuación de infraestructura al contexto sociocultural de los pueblos étnicos que viven en el territorio y las necesidades de accesibilidad para mujeres, hombres trans y personas no binarias con discapacidad.

● Implementar las acciones requeridas para ejecutar la estrategia de salud y cuidado menstrual en conjunto con las entidades públicas y privadas de los sectores de salud, educación, planeación y demás sectores competentes.

● Vigilar y evaluar en el marco de sus competencias los resultados en salud de la estrategia implementada.

● Promover la participación social alrededor de los derechos sexuales, reproductivos y el cuidado menstrual, especialmente de mujeres, hombres trans y personas no binarias que hacen parte de grupos étnicos o que tienen algún tipo de discapacidad.

Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes SSAAJ

El Modelo de SSAAJ 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 de esta manera contribuyan a la garantía de los Derechos Sexuales y de los Derechos Reproductivos de esta población. El Modelo se construyó participativamente con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y ha logrado escalarse a la mayor parte del territorio nacional.

Un servicio de salud amigable constituye una "forma de concebir la actividad diaria dentro de las unidades de atención en salud". Esta forma orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población (entre los 10 y 29 años, en el caso de servicios para adolescentes y jóvenes) y promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva. Este tipo de servicios parten de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y promueve alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. También ofrece otros servicios que los adolescentes requieren y logra mantenerlos como usuarios continuos.

Así mismo, busca orientar a prestadores, aseguradores y tomadores de decisiones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre los procesos de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación, para facilitar que los profesionales puedan cumplir con su corresponsabilidad en la integralidad de la atención, de acuerdo con las competencias y obligaciones establecidas en la Ley.

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propone tres modalidades de organización de servicios, para que sean adaptados de acuerdo a las condiciones diferenciales de los territorios y las instituciones que conforman el SGSSS:

1. **Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes:** Propuesta para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con infraestructura básica, en la que lo esencial es que exista al menos un profesional formado en capacidades de atención integral para adolescentes y jóvenes dentro de su consulta diaria. Es necesario contar con una red de servicios bien definida para todos los niveles de complejidad.
2. **Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes:** Se caracteriza por la existencia de ambientes o lugares exclusivos para la atención de adolescentes y jóvenes, con horarios diferenciados y adaptados a sus necesidades. Generalmente coexisten con otros servicios de salud, pero están debidamente señalizadas y cuentan con personal capacitado para la atención.
3. **Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes:** Se trata de una IPS especializada en adolescentes y jóvenes. Generalmente independiente de otros servicios y que cuenta con especialistas asignados y con horarios de atención continuos y adaptados a las necesidades de la población que atiende. También cuenta con espacios de participación juvenil distintos a la prestación de servicios –espacios recreativos, culturales, artísticos- que permiten el desarrollo de la acción social de adolescentes y jóvenes en distintos aspectos de su vida y su entorno.

Orientaciones para la implementación de la estrategia SSAAJ

La construcción del modelo de servicios amigables tiene como eje central la calidad, y para construirla se basa en el ciclo de Deming (también conocido como ciclo de calidad), el cual desarrolla el proceso administrativo en cuatro fases: Planear, Hacer, Verificar y Actuar P.H.V.A. Las fases facilitan el análisis institucional permanente para mantenerse a la par con los

constantes cambios en el entorno económico y social. En el proceso de su aplicación se logran dos aspectos fundamentales en la calidad de los servicios: el aprendizaje para mejorar y la sostenibilidad de los procesos. En los servicios amigables esto se traduce en las siguientes acciones:

● Planear: proyectar el servicio con base en las necesidades del grupo poblacional entre los 10 y 29 años, señalando condiciones para la prestación del servicio y el proceso de atención.
● Hacer: desarrollar las acciones planeadas de acuerdo con cada nivel de atención.
● Verificar: controlar el proceso de prestación del servicio conforme a indicadores de calidad durante las fases del proceso de prestación.
● Analizar y actuar: interpretar reportes y registros para actuar a través de cambios en el diseño del proceso de prestación del servicio para lograr la mejora continua.



Un servicio amigable se logra con la suma de muchos y diversos aportes. Para diseñar el modelo de atención e incluir procesos que fluyan amigablemente, se requiere la participación de profesionales de la salud, adolescentes jóvenes, representantes de la comunidad y del equipo humano de la administración y gestión institucional.

Una característica fundamental de este modelo es que evidencia y considera las acciones de inducción de la demanda dentro del proceso de prestación del servicio; este es un compromiso de aseguradores y prestadores que está ampliamente reglamentado pero que pocos cumplen. Se sabe que adolescentes y jóvenes son quienes menos visitan las instituciones de salud y, cuando lo hacen, con frecuencia la oferta del servicio se limita a solucionar un motivo de consulta específico y diligenciar formatos para cumplir metas.

Por esto, la posibilidad o decisión de tener servicios amigables de salud para adolescentes y jóvenes debe prever siempre el desarrollo de los cinco componentes definidos como fundamentales en la implementación de los servicios de salud amigables, que son:

- ✔ Acceso a los servicios y oportunidad en su prestación.
- ✔ Profesionales y personal de salud
- ✔ Procedimientos administrativos y de gestión
- ✔ Disponibilidad de una amplia gama de servicios diferenciados

✔ Participación juvenil, social y comunitaria

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

Marco normativo:

• Resolución 459 de 2012 Por la cual se adopta el "Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual".

• Resolución 4568 de 2014 Por la cual se adopta el "Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos".

• Resolución 5596 de 2015 Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".

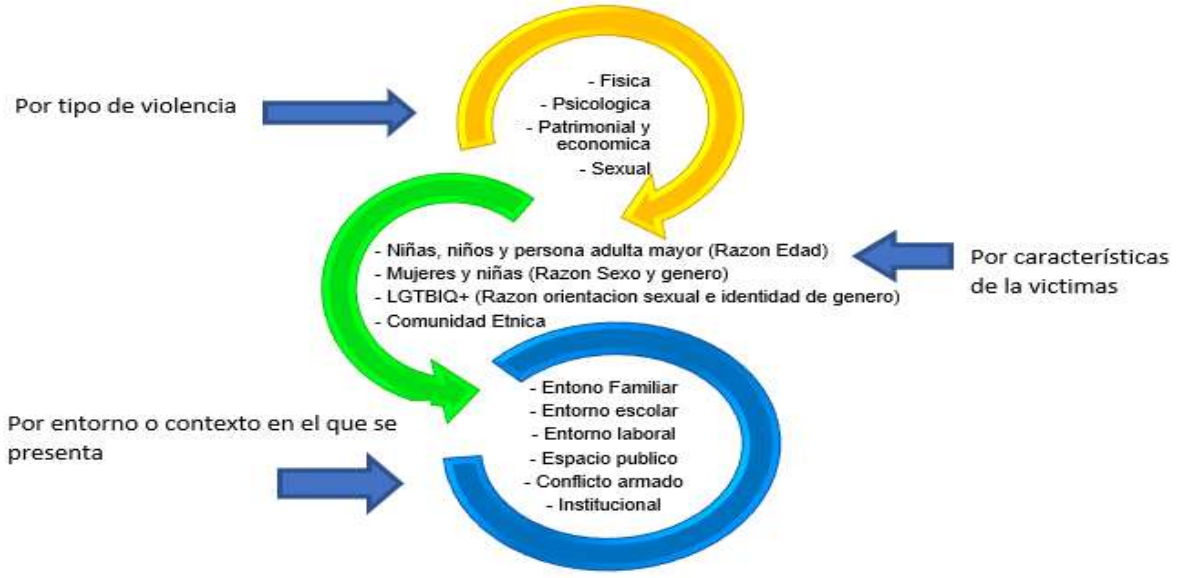
Conceptualización de las Violencias por razones de sexo y género
Las Violencias por razones de sexo y género de tipo sexual se definen como una exigencia de mantener contacto sexual, visual, verbal y/o físico; así como la imposición de un intercambio sexual mediante el uso de la fuerza, de la amenaza para intimidar, de la coerción, del chantaje, presión, soborno y manipulación del ejercicio de la sexualidad y/o de la reproducción. Estas formas de violencia pueden presentarse con o sin contacto físico.

Cabe señalar que la violencia es una práctica aprendida, consciente y orientada, producto de una organización social estructurada sobre la desigualdad entre hombres y mujeres, donde predomina la dominación y el control social; principalmente el poder de los hombres y la subordinación de las mujeres.

La OMS define violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta que por el solo hecho de ser mujer la que la recibe cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado. Como se ha documentado en diversos estudios, una de las formas más comunes de la violencia contra las mujeres es la que perpetran los propios miembros de la familia, sobre todo la pareja sexual. Algunos trabajos han mostrado cómo el embarazo puede ser un factor asociado positiva o negativamente con mayor violencia intrafamiliar. Cuando una mujer es víctima de la violencia intrafamiliar, ésta puede llegar a repercutir en forma grave sobre su salud, en donde el aborto provocado, el homicidio o el suicidio son la última consecuencia.

Clasificación de las Violencias por razones de sexo y género

La Organización Panamericana de la Salud, OPS (2002, p. 21) define la violencia sexual como una gran diversidad de actos, que refiere una acción sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona. Entre sus múltiples acepciones puede ser la exigencia de mantener contacto sexual visual, verbal y/o físico, la imposición de un intercambio sexual mediante el uso de la fuerza, de la amenaza para intimidar, de la coerción, del chantaje, presión, soborno y manipulación del ejercicio de la sexualidad y/o de la reproducción.



Las violencias de género y entre ellas, las violencias sexuales, son violaciones sistemáticas y masivas de los derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad, la libertad e igualdad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres y personas con orientaciones diferentes a la heterosexual, en particular a las de la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI).

La Violencia Sexual es una problemática mundial reconocida en las últimas décadas como una violación de los Derechos Humanos, sexuales y reproductivos que vulnera la dignidad humana, la integridad, libertad, igualdad y autonomía, entre otros. Estas violencias se constituyen en una problemática de salud pública por varias razones:

1. Por las graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general, y por los años de vida saludables perdidos.
2. Por su magnitud, es decir, la cantidad de población afectada, principalmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres; lo cual evidencia que la violencia de género es un asunto social y de interés público y no meramente un problema psicológico circunscrito al ámbito de lo privado, por lo tanto, requiere una acción coordinada por parte del Estado.
3. Son evitables ya que sus causas son culturales, comportamentales y sociales, más que biológicas y hereditarias.

Consecuencias de las Violencias por razones de sexo y género en la salud de las víctimas según la OMS:

Tipo de efectos	Consecuencias para la salud				
Efectos mortales	Homicidio, suicidio, mortalidad materna, entre otros.				
Efectos no-mortales	Salud física: Lesiones, alteraciones funcionales, síntomas físicos, salud subjetiva deficiente, discapacidad permanente y obesidad.	Trastornos crónicos: Síndromes dolorosos crónicos, síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales y fibromialgias	Salud mental: Estrés postraumático, depresión, angustia, fobias/estados de pánico, trastornos alimentarios, disfunción sexual, escasa autoestima, abuso de sustancias psicoactivas.	Salud reproductiva: embarazo no deseado, ITS/VIH, trastornos ginecológicos, abortos peligrosos, complicaciones del embarazo, abortos/bajo peso al nacer, enfermedad inflamatoria pélvica.	Comportamientos negativos: tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, comportamientos sexuales arriesgados, inactividad física desórdenes alimentarios.

Fuente: Organización Mundial de la Salud OMS, 2002

Las violencias de género y entre ellas, las violencias sexuales, son violaciones sistemáticas y masivas de los derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integridad, la libertad e igualdad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres y personas con orientaciones diferentes a la heterosexual, en particular a las de la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI).

Constitución política de Colombia de 1991.

1.Dignidad Humana 2. Vida 3. Libertad 4. Igualdad

Autonomía sexual, entendida en general como la facultad de elegir y ejercer consciente y libremente la sexualidad

Integridad sexual, que pretende salvaguardar física y síquicamente el cuerpo humano, en las dimensiones de la satisfacción y la expresión personal, para que no sea objeto de violencias, y se pueda ejercer de manera libre la sexualidad

Libertad sexual, que protege las posibilidades de una persona de auto determinar su comportamiento sexual, bien sea mediante la acción y abstención de entablar comportamientos sexuales

Formación sexual, que supone la protección de los procesos de adquisición de conciencia sobre la propia sexualidad y de definición de criterios para elegir y ejercer la libertad sexual. Este bien jurídico es especialmente protegido en los casos de niños, niñas y adolescentes, para el efecto de que las conductas de personas adultas no interfieran en su proceso de aprendizaje y ejercicio de la libertad sexual.

Las violencias sexuales son actos que atentan contra la dignidad y la libertad de una persona, vulnerándole los Derechos Humanos, contra su voluntad o no, mediante el uso de fuerza física, psíquica o moral. Se trata de una problemática multicausal y polimorfa en sus múltiples expresiones que incluyen diferentes modalidades: desde el abuso sexual, el incesto, la violencia sexual doméstica, el asalto sexual, el acceso carnal violento, la explotación sexual comercial, la trata de personas con fines sexuales, la prostitución forzada y su inducción, la pornografía infantil, la violencia sexual como arma de guerra en el contexto del conflicto armado, hasta el rechazo a la diversidad sexual, el acoso sexual, los comentarios y/o insinuaciones sexuales no deseados, el impedimento de una libre opción por la planificación familiar, entre otras posibles. Todas las formas de atentar contra los derechos sexuales y los derechos reproductivos (García Peña, s.f., p. 6).



COMPETENCIA DEL SECTOR SALUD EN EL EJE DE ATENCION DE LAS VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GENERO DE TIPO SEXUAL

Garantizar la atención integral en salud para minimizar el daño físico, mental y social que la violencia por razones de sexo y género ha ocasionado en las víctimas, estableciendo intervenciones reparadoras en pro de la recuperación de su salud.

COMPETENCIAS DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

• Promoción y prevención: Implementar acciones de información, educación y comunicación (IEC), para la promoción de una vida libre de violencias, derechos de las víctimas y rutas de atención de las violencias por razones de sexo y género.

• Habilitación: Realizar verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a las víctimas por razones de sexo y género.

• Atención:

- Detección de casos de violencia por razones de sexo y género.
- Recepción y atención como urgencia médica para la salud, física, mental y social (atención integral según resolución 459 de 2012).
- Valoración clínica inicial completa de las víctimas de violencias por razones de sexo y género.
- Realizar las acciones de activación de ruta intersectorial, gestionando el acceso a justicia y asegurando la toma y conservación de las muestras.
- Toma de pruebas diagnósticas para descartar ITS, VIH, HB, HC, embrazo, y demás pruebas según sea necesario.
- Asegurar profilaxis para ITS, VIH/SIDA, Hepatitis B durante la consulta inicial en salud.
- Asegurar anticoncepción de emergencia y acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.
- Realizar los seguimientos rutinarios que requieren las víctimas por razón de sexo y género.

COMPETENCIAS DE LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS

Caracterización

• Contener la priorización de la caracterización de la población afiliada, relacionada a riesgo de violencias por razones de sexo y género con énfasis en contexto intrafamiliar.

Atención

• Garantizar los procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y demás recursos necesarios para la óptima atención de las víctimas por violencias por razones de sexo y género, incluida la interrupción voluntaria del embrazo.
• Realizar seguimiento para evaluar la salud física, mental y psicosocial de las víctimas por violencias por razones de sexo y género con énfasis en contexto intrafamiliar.
• Hacer monitoreo, evaluación y realimentación de los casos de violencias por razones de sexo y genero atendidos por la red.
• Hacer seguimiento, acciones de promoción y mantenimiento para una vida libre de violencias.
• Hacer seguimiento, acciones complementarias con otros sectores (articulación con la ruta interinstitucional y el comité municipal de abordaje integral de las violencias por razones de sexo y género).

Promoción

Realizar acciones de coordinación sectoriales y transectoriales que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, desde los enfoques de género y diferencial a través del Mecanismo Articulador (Decreto 1710 de 2020).

COMPETENCIAS DE LAS DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD

Promoción, prevención y participación

• Implementar acciones de información, educación y comunicación (IEC), para la promoción de una vida libre de violencias, derechos de las víctimas y rutas de atención de las violencias por razones de sexo y género.
• Fomentar espacios y mecanismos de participación ciudadana y movilización social para una vida libre de violencias en articulación con la oficina de participación atención ciudadana.
• Implementación de la política pública en salud mental y sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.
• Implementación y ejecución de los lineamientos, guías y fichas del Plan de Acción en Salud del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de las actividades relacionadas a violencias por razón de sexo y género, y salud mental.

GESTIÓN DEL RIESGO COLECTIVO EN SALUD VRSG

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).

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL – RESOLUCIÓN 459 DE 2012

Objetivo General

Brindar a los equipos de salud una herramienta metodológica y conceptual con los criterios básicos e indispensables en el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención de calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas.

Objetivos Específicos

1. Ofrecer a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, profesionales y equipos interdisciplinarios, procesos, procedimientos e insumos para garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a la población más allá de la ocurrencia de los eventos que constituyen violencia sexual y evitar la revictimización.
2. Articular guías y reglamentos relacionados con la toma de pruebas, tratamiento adecuado y acciones de protección para garantizar la integralidad de la atención y la restitución de derechos de las víctimas.
3. Poner en marcha el funcionamiento de la ruta intersectorial, articulando el sector salud con protección y justica para garantizar la restitución de derechos de las víctimas.
4. Ofrecer instrumentos y formatos necesarios para cumplir con los procedimientos necesarios en los procesos de judicialización de los casos de violencia sexual.

Alcance

El Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual contiene los procesos y procedimientos contemplados en la normatividad vigente para los actores del SGSSS y de aplicación a nivel nacional por los prestadores de servicios de salud. Está diseñado para ser utilizado por profesionales de salud debidamente entrenados en el manejo de víctimas de violencia sexual en las diferentes IPS, principalmente en los servicios de urgencias. Así mismo, ofrece a los sectores de protección, justica y educación, información pertinente sobre los procesos de articulación intersectorial, que deben contemplarse en la atención integral de víctimas de violencia sexual.

Justificación

Las consecuencias de la violencia sexual dependen del tipo o forma en que ocurra, de la relación entre la víctima y el agresor, de las condiciones o situaciones de las víctimas como, por ejemplo, la edad, el contexto en el que se produzcan las victimizaciones sexuales, así como de la respuesta y atención de las instituciones y los recursos personales para sobreponerse al hecho violento.

Las formas más frecuentes de violencia sexual son el abuso sexual, el asalto sexual, y la explotación sexual comercial del niños, niñas y adolescentes. Las cifras de las que se dispone evidencian solamente una parte de la realidad por el alto subregistro de los casos. Los diferentes tipos de violencia de tipo sexual producen altos costos tanto para el sistema de salud, como para las personas y sus familias. Las afectaciones directas de la salud física y mental de las víctimas pueden incluir el VIH/SIDA, ITS, embarazos no deseados, dolores pélvicos crónicos, depresión, ansiedad, trastornos de alimentación y sueño, suicidio o intentos de suicidio, entre otros.

Debido a las implicaciones de la violencia sexual en la salud de las personas y en la salud pública, así como de la relevancia del papel del sector salud en la prevención y detección de la violencia sexual y la atención de las víctimas, es necesario contar con herramientas que, de acuerdo con la normatividad vigente y el funcionamiento del SGSSS, brinden una atención humana y de calidad para garantizar a las víctimas de violencias sexuales la recuperación de su salud y la restitución de sus derechos a través de una acción articulada entre los sectores de salud, protección y justicia.

Población

La población beneficiaria de la implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud para víctimas de Violencia Sexual son las víctimas de las diferentes formas de violencia sexual que sean atendidas por el sector salud por parte de sus equipos interdisciplinarios, capacitados y comprometidos con la restitución de los derechos que han sido vulnerados a niñas, niños, adolescentes, mujeres, hombres y personas adultas mayores de diversas etnias, habilidades físicas y cognitivas, orientaciones sexuales, clases sociales, procedencia rural o urbana, situaciones como ser víctima del conflicto armado o el desplazamiento forzado, entre otras.

Pasos fundamentales en la atención integral de las Víctimas de Violencia Sexual

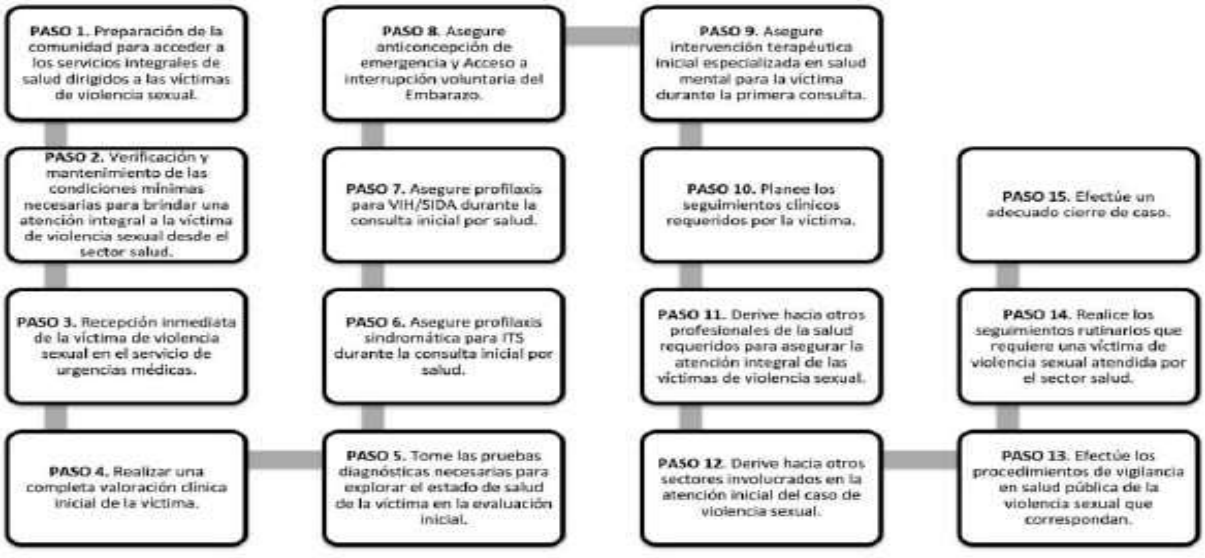


Figura 1. Pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual.

Paso 1. Preparación de la comunidad

Constituyen en una problemática de salud pública por varias razones:
1. Graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional
2. La cantidad de población afectada, principalmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres.
3. ***Evitables.***

Estas violencias se constituyen en una problemática de salud pública por varias razones: primero, debido a las graves afectaciones en el bienestar y la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general, y por los años de vida saludables perdidos. Segundo, por su magnitud, es decir, la cantidad de población afectada, principalmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres; lo cual evidencia que la violencia de género es un asunto social y de interés público y no meramente un problema psicológico circunscrito al ámbito de lo privado, por lo tanto, requiere una acción coordinada por parte del Estado, y tercero, porque son evitables ya que sus causas son culturales, comportamentales y sociales, más que biológicas y hereditarias.

COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES DE SALUD

Realizar acciones de vigilancia en salud pública en violencias de género (reportar al SIVIGILA de acuerdo con el protocolo)

• Verificar la activación de la ruta de atención integral e interinstitucional de las víctimas de violencia de género e intrafamiliar notificadas en su territorio (según lo establecido en la normatividad vigente).
• Articular respuestas sectoriales y transectoriales en el espacio municipal establecido para tal fin (comité evento 875)
• Realizar el acompañamiento, monitoreo y seguimiento (según competencias) de los casos notificados.
• Identificar y solucionar barreras de acceso en la prestación de servicios de salud.
• Hacer seguimiento a las acciones de promoción y mantenimiento.
• Implementar estrategias de información en salud dirigidas a la prevención de violencias en los entornos hogar y comunitario.
• Socializar las líneas de ayuda y rutas de activación de notificación y denuncia, ante un caso de violencia.
• Articular acciones con medios de comunicación para el manejo adecuado de la información relacionada con las violencias.
• Mantener la respuesta institucional mediante tecnologías de la información y la comunicación, o medios virtuales ante casos de violencia especialmente, en relación con la ubicación de las casas de acogida de municipios donde funcionan (circular 025/2020)
• Incluir acciones de promoción, prevención, gestión para la atención y gestión para el fortalecimiento transectorial y comunitario en el plan de acción de prevención de violencias municipal.

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 horas** 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 Médica 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.

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.

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.

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.

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".

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.

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:

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).

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

Tabla 13. Profilaxis posexposición al VIH en personas adultas, gestantes y adolescentes

Medicamento		Presentación y dosis
Régimen de elección		
Esquema 1	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina/ Dolutegravir (TDF/3TC/DTG)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Lamivudina 300mg/ Dolutegravir 50 mg 1 tableta al día x 30 días.
Regímenes alternativos		
Esquema 2	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Dolutegravir (TDF/FTC/DTG)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Emtricitabina 200mg 1 tableta al día x 30 días. Dolutegravir – tabletas x 50 mg 1 tableta al día x 30 días.
Esquema 3	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina/ Raltegravir (TDF/3TC/RAL)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Lamivudina 300mg 1 tableta al día x 30 días. Raltegravir– Tab x 400 mg 1 tableta 2 veces al día x 30 días
Esquema 4	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Raltegravir (TDF/FTC/RAL)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Emtricitabina 200mg 1 tableta al día x 30 días. Raltegravir– Tab x 400 mg 1 tableta 2 veces al día x 30 días
Esquema 5	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina/ Elvitegravir-cobicistat (TDF/3TC/EVG/c)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Lamivudina 300mg 1 tableta al día x 30 días. Elvitegravir 150mg / cobicistat 150mg 1 tableta al día x 30 días.
Esquema 6	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Elvitegravir-cobicistat (TDF/FTC/EVG/c)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Emtricitabina 200mg 1 tableta al día x 30 días. Elvitegravir 150mg / cobicistat 150mg 1 tableta al día x 30 días.
Esquema de Segunda Opción		
Esquema 1	**Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Darunavir-ritonavir (TDF/FTC/DRV/r)**	Tenofovir disoproxil fumarato 300mg / Emtricitabina 200mg – 1 tableta al día x 30 días. Darunavir – tabletas x 800 mg – 1 tableta al día x 30 días. Ritonavir – tabletas x 100 mg – 1 tableta al día x 30 días. **NOTA:** si está disponible, se recomienda utilizar la dosis fija combinada de Darunavir 800 mg + ritonavir 100 mg (DRV/r) para reducir la cantidad de tabletas a tomar en conjunto con el TDF/FTC. En tal caso sería 1 tableta de DRV/r y 1 tableta de TDF/FTC al día por 30 días, tomadas al mismo tiempo.
Notas		
Se podrá cambiar el **tenofovir disoproxil fumarato** por **tenofovir alafenamida (TAF)** en las personas adultas y mujeres gestantes que tengan las siguientes situaciones: • TFG entre 30 y <50mL/min • TFG <30 mL/min, si el paciente está en terapia dialítica • Diagnóstico de osteoporosis Cuando se utilice TAF se deberá tener en cuenta que las dosis varían de acuerdo con el tercer medicamento que se utilice, es decir, inhibidores de integrasa o inhibidores de proteasa.		
En el caso de que ninguno de los esquemas de PEP de primera y segunda opción sea adecuado para la persona expuesta o existan comorbilidades que contraindiquen o interfieran con los esquemas recomendados, se deberá consultar inmediatamente con un médico experto en VIH o especialista en infectología o enfermedades infecciosas para que este guíe la elección de la PEP, de forma que la misma pueda iniciarse antes de 72 horas.		

Tabla 15. Profilaxis posexposición al VIH en niñas y niños de 4 semanas a 12 años

Edad	Medicamento	Observaciones
De 4 semanas a menores de 3 meses de edad	Zidovudina / Lamivudina / Dolutegravir (AZT/3TC/DTG)	El peso mínimo para uso del **dolutegravir** es 3 kg.
	Zidovudina / Lamivudina / Raltegravir (AZT/3TC/RAL)	El peso mínimo para uso del **raltegravir** es 2 kg.
De 3 meses a menores de 2 años de edad	Zidovudina / Lamivudina / Dolutegravir (AZT/3TC/DTG)	El peso mínimo para uso del **dolutegravir** es 3 kg.
	Zidovudina / Lamivudina / Raltegravir (AZT/3TC/RAL)	El peso mínimo para uso del **raltegravir** es 2 kg.
	Abacavir / Lamivudina / Dolutegravir (ABC/3TC/DTG)	**Abacavir** solo se puede usar niños a partir de los 3 meses de edad.
	Abacavir / Lamivudina / Raltegravir (ABC/3TC/RAL)	
De 2 años a menores de 3 años de edad	Zidovudina / Lamivudina / Dolutegravir (AZT/3TC/DTG)	
	Zidovudina / Lamivudina / Raltegravir (AZT/3TC/RAL)	
	Abacavir / Lamivudina / Dolutegravir (ABC/3TC/DTG)	
	Abacavir / Lamivudina / Raltegravir (ABC/3TC/RAL)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina / Dolutegravir (TDF/3TC/DTG)	**Tenofovir disoproxil fumarato** está aprobado solo para niños con edad igual o mayor a dos años. La dosis objetivo es de 8mg/kg o 200mg/m2 (máximo 300 mg)
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Dolutegravir (TDF/FTC/DTG)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina/ Raltegravir (TDF/3TC/RAL)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Raltegravir (TDF/FTC/RAL)	
De 3 años a 12 años de edad	Zidovudina / Lamivudina / Dolutegravir (AZT/3TC/DTG)	
	Zidovudina / Lamivudina / Raltegravir (AZT/3TC/RAL)	
	Zidovudina / Lamivudina / Darunavir / ritonavir (AZT/3TC/DRV/r)	**Darunavir** solo está aprobado a partir de los 3 años de edad con peso mínimo de 10 kg
	Abacavir / Lamivudina / Dolutegravir (ABC/3TC/DTG)	
	Abacavir / Lamivudina / Raltegravir (ABC/3TC/RAL)	
	Abacavir / Lamivudina / Darunavir / ritonavir (ABC/3TC/DRV/r)	**Darunavir** solo está aprobado a partir de los 3 años de edad con peso mínimo de 10 kg
	Tenofovir disoproxil fumarato / Lamivudina / Darunavir / ritonavir (TDF/3TC/DRV/r)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina / Dolutegravir (TDF/3TC/DTG)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Lamivudina / Raltegravir (TDF/3TC/RAL)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina/ Dolutegravir (TDF/FTC/DTG)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina / Raltegravir (TDF/FTC/RAL)	
	Tenofovir disoproxil fumarato/ Emtricitabina / Darunavir / ritonavir (TDF/FTC/DRV/r).	

NOTAS

- Las exposiciones de riesgo biológico deben ser **atendidas de manera prioritaria, en un lapso no mayor a dos horas desde el momento en que la persona se presenta al servicio** de urgencias de cualquier nivel de complejidad, consulta prioritaria u otro servicio desde el cual se ofrezca atención a estos casos.
- Si luego de la evaluación de riesgo hay indicación de iniciar profilaxis para VIH, esta se debe **iniciar en las primeras 24 horas después de la exposición y no más allá de las 72 horas** posteriores a la exposición de riesgo.
- En todos los casos de exposiciones ocupacionales y no ocupacionales, independientemente del nivel de complejidad de la institución, se entregará al momento de la salida de la persona expuesta **el total de las dosis restantes para completar los 30 días** de tratamiento profiláctico.
- A pesar de que la PEP, de acuerdo con la evidencia científica, puede suministrarse por 28 a 30 días, para este protocolo se ha definido una duración de **30 días** para facilitar su dispensación, acorde con la presentación de la mayor parte de los antirretrovirales.
- **En el caso de que ninguno de los esquemas de PEP sea adecuado para la persona** expuesta o existan comorbilidades que contraindiquen o interfieran con los esquemas recomendados, se deberá consultar inmediatamente con un médico experto en VIH o especialista en infectología o enfermedades infecciosas para que este guíe la elección de la PEP, de forma que la misma pueda iniciarse antes de las 72 horas

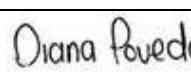
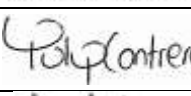
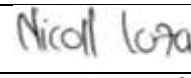
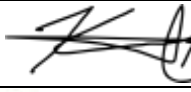
CONCLUSIONES

Siendo las 11:00 a.m. se da por finalizada la reunión de Inducción y Reinducción del equipo de profesionales de las líneas de SSR Adolescentes y Abordaje integral de Violencias por razones de sexo y género, dando alcance al objetivo de la reunión, con el fin de brindar las herramientas técnicas y operativas necesarias para la ejecución de asistencias técnicas en modalidad de asesoría en los 116 municipios del Departamento según la asignación por regiones de salud. Se hace énfasis en la normatividad actualizada que permita un adecuado desarrollo de capacidades y la aplicación de los instrumentos de diagnóstico.

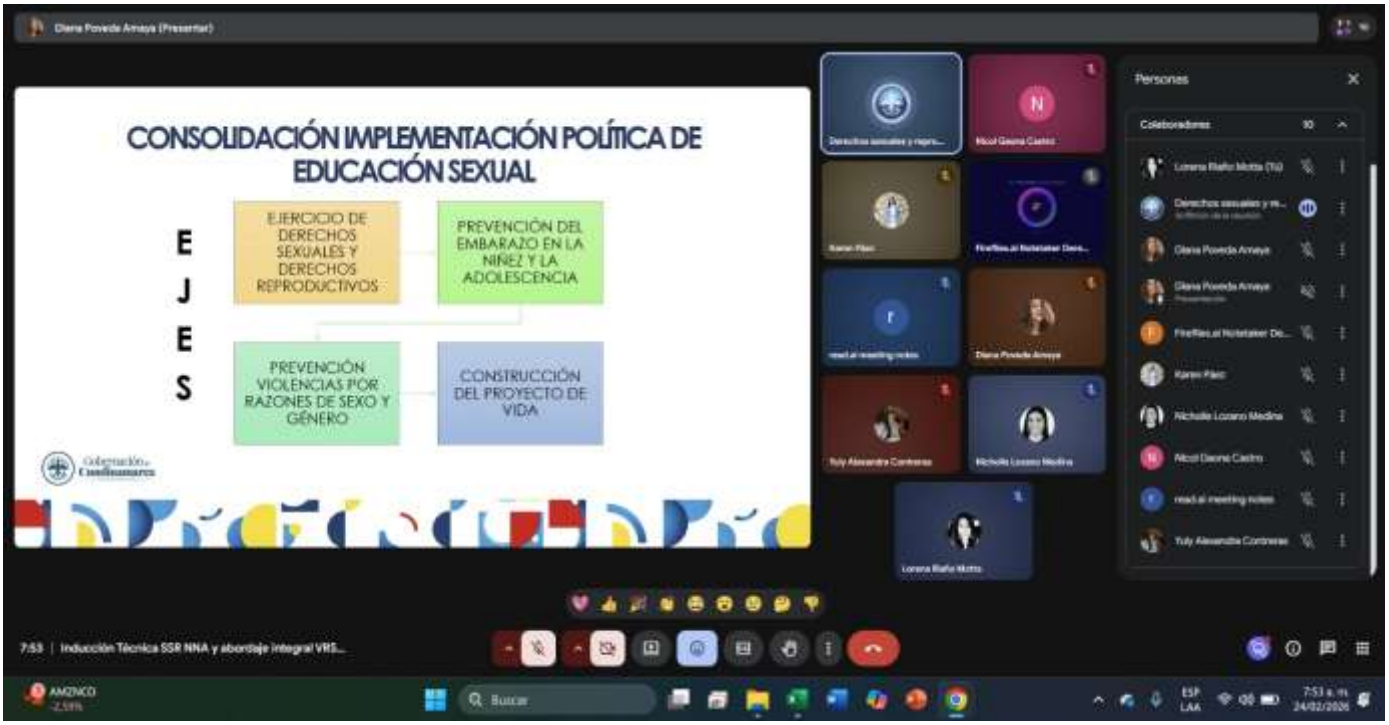
COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

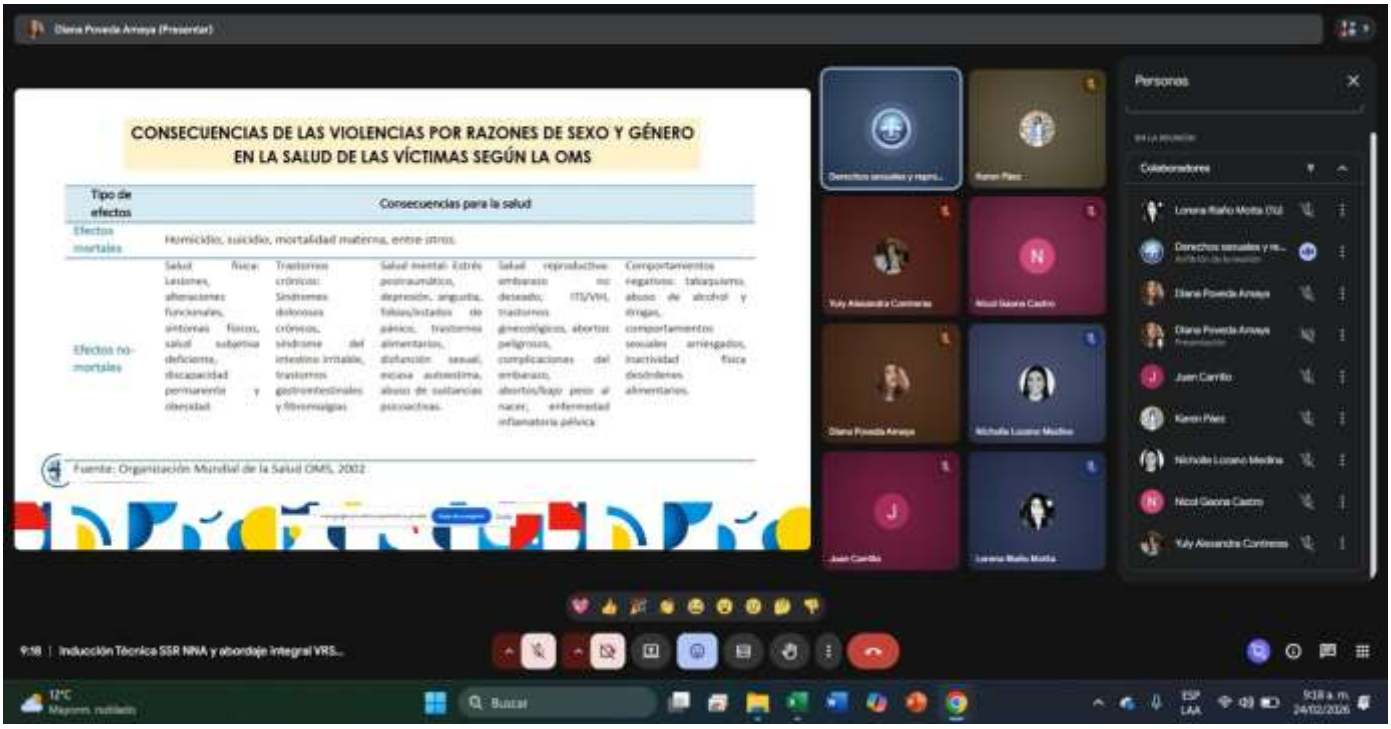
COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Realizar las acciones de desarrollo y fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud de las DTS e IPS de acuerdo con las orientaciones técnicas y operativas dadas durante la reunión de Inducción y Reinducción del equipo de SSR Adolescentes – Abordaje integral VRSG.	Vigencia 2026	Equipo SSR Adolescentes -VRSG

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	ENTIDAD	FIRMA
Lisseth Lorena Riaño Motta	Profesional Especializado	SSC - SDSDR	
Diana Alejandra Poveda Amaya	Profesional Especializado	SSC - SDSDR	
Yuly Alexandra Contreras Domínguez	Profesional Universitario	SSC - SDSDR	
Nicholle Tatiana Lozano Medina	Profesional Universitario	SSC - SDSDR	
Karen Dayana Páez Baquero	Profesional Universitario	SSC - SDSDR	
Nicol Gaona Castro	Profesional Universitario	SSC - SDSDR	
Juan Gabriel Carrillo Aristizábal	Profesional Universitario	SSC - SDSDR	

Elaboró: Diana Alejandra Poveda Amaya, Profesional Especializado SS-CD-PSP-740-2026
Revisó: Lisseth Lorena Riaño Motta, Profesional Especializado SS-CD-PSP-334-2026
Aprobó: Catalina Cárdenas Torres, Profesional Especializado. Líder Componente SDSDR.


Diana Poveda Arraya (Presentar)
CONSOLIDACIÓN IMPLEMENTACIÓN POLÍTICA DE EDUCACIÓN SEXUAL
E
J
E
S
EJERCICIO DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA
PREVENCIÓN VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GÉNERO
CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO DE VIDA
Personas
Colaboradores
7:53 | Inducción Técnica SSR NNA y abordaje integral VRS...


Diana Poveda Arraya (Presentar)
CONSECUENCIAS DE LAS VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GÉNERO EN LA SALUD DE LAS VÍCTIMAS SEGÚN LA OMS
Tipo de efectos
Consecuencias para la salud
Efectos mortales
Homicidio, suicidio, mortalidad materna, entre otros.
Efectos no-mortales
Salud física: Lesiones, alteraciones funcionales, síntomas físicos, salud subjetiva deficiente, discapacidad permanente y obesidad.
Trastornos crónicos: Síndromes dolorosos crónicos, síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales y fibromialgias.
Salud mental: Estrés postraumático, depresión, angustia, fobias/estados de pánico, trastornos alimentarios, disfunción sexual, escasa autoestima, abuso de sustancias psicoactivas.
Salud reproductiva: embarazo no deseado; ITS/VIH, trastornos ginecológicos, abortos peligrosos, complicaciones del embarazo, abortos/bajo peso al nacer; enfermedad inflamatoria pélvica.
Comportamientos negativos: tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, comportamientos sexuales arriesgados, inactividad física desórdenes alimentarios.
Fuente: Organización Mundial de la Salud OMS, 2002
Personas
Colaboradores
9:18 | Inducción Técnica SSR NNA y abordaje integral VRS...