| | |
|---|---|
| **FECHA DE LA ASISTENCIA:** | **26/03/2026** |

**INFORMACIÓN GENERAL**

**Medio de Asistencia Técnica:**

☒Campo ☐Virtual ☐Oficina

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

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

**FUNCIONARIO O CONTRATISTA FACILITADOR**

| | |
|---|---|
| Nombres y apellidos: Nicholle Tatiana Lozano Medina y Diana Alejandra Poveda | Cargo: Profesional Universitario SS-CD-PSP-508-2026 y Profesional Especializado CD-PSP-740-2026 |
| Correo electrónico institucional: Nicholle.lozano@cundinamarca.gov.co y Alejandra.poveda@cundinamarca.gov.co | Teléfono: 3153899171 y 3196947051 |

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

Grupo de interés asistido: Dependencia Sector Central

| | |
|---|---|
| Nombre del beneficiario: IPS Hospital San Rafael de Girardot – Samaritana<br>Yurani Bonilla – Enfermera SSR – PIC<br>Carmina Rodríguez – Líder Enfermería<br>Sary Bohada – Líder seguridad del paciente<br>Xiomara Arenos – Trabajadora Socia<br>Keile Rondon- Subdirectora de Urgencias | Correo electrónico: Hsrggestor.asistencial@hus.org.co ; Urgencias.subdirec@hus.org.co ; Hsrgenfermeria.lider@hus.org.co |

Municipio donde se realizó la Asistencia Técnica: Girardot

Número total de beneficiarios: 5

**TEMA DE LA ASISTENCIA TÉCNICA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**OBJETIVO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA**

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

**TEMA N° 213:** Realizar desarrollo de capacidades técnicas al talento humano en salud en intervenciones individuales y colectivas, interrupción voluntaria del embarazo (IVE), oferta de servicios en salud sexual y reproductiva desde el modelo de servicios amigables para adolescentes y jóvenes, atención integral a víctimas de violencias por razones de sexo y género (Violencia Sexual y ataques con agentes químicos), implementación de estrategias para la prevención del embarazo en la niñez y la adolescencia en población de 10 a 19 años en el marco de la Estrategia "Piensa y Actúa Positivamente"; con enfoque comunitario, intercultural, de género y de derechos, en aras de Disminuir en 0,5 puntos porcentuales la tasa de fecundidad en adolescentes de 10 a 19 por cada 1.000 mujeres en el departamento de Cundinamarca.

## ACTIVIDADES REALIZADAS

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

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

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

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

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

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

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA EMBARAZADA MENOR DE 15 AÑOS

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

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

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

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

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

### RECURSOS FÍSICOS PARA LA ATENCIÓN

Según lo descrito en la presente guía, el embarazo en menores de 15 años, desde el inicio hasta su finalización, es un evento crítico de salud que requiere que las instituciones dispongan de recursos físicos, de equipamiento e instrumentales adecuados y suficientes, para la resolución de las complicaciones que se presenten. Se debe contar con salas de cirugía, equipos de anestesiología, unidad de cuidado intensivo de adultos y neonatal,

servicio de laboratorio clínico y bacteriológico, bancos de sangre y servicios de farmacia con medicamentos de manejo emergencias obstétricas y perinatales. Las aseguradoras responsables de la atención a la menor deben garantizar que el sitio de atención del control prenatal, del parto y del postparto, con las características anotadas, sea de fácil acceso para las adolescentes, y que el desplazamiento sea corto, o proveer los recursos para el transporte, de tal modo que se garantice la atención con la frecuencia y características descritas en la presente guía.

**RECURSOS HUMANOS**

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

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

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

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

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

Si el caso lo recibe el sector justicia (alguna entidad encargada de la recepción de denuncias o de la investigación de los delitos sexuales: Fiscalía, Policía Nacional, comisarías de familia), debe activar inmediatamente al sector salud (preferiblemente a un servicio de urgencias de un hospital), puesto que cualquier caso de violencia sexual es una urgencia médica, y la víctima, independientemente del tiempo transcurrido desde el evento de violencia sexual, requiere y tiene derecho a intervención para el restablecimiento de su

salud física y mental (incluyendo la asesoría para IVE). De igual forma, por tratarse de una víctima menor de 18 años de edad, el sector justicia activa la ruta de protección, en cabeza del defensor de familia del ICBF para que se dé inicio al proceso de restablecimiento de derechos y se tomen las medidas de protección integral a las que tiene derecho la víctima.

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

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

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

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

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




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

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

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

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

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




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

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

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

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

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

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

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




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

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

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

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

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



**Paso 1- Preparación a la comunidad**

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

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

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

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

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

- Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva SSR.
- Usuarias de programas de control prenatal. c. Personas usuarias de programas de atención integral en ITS - VIH / SIDA. d. Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes.
- Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados.
- Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría.
- Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud.
- Mujeres y otras personas con discapacidad. i. Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios.
- Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural.
- Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas.
- Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afrodescendientes.
- Personas migrantes y refugiadas.

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

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

**Paso 2 - Verificación y Mantenimiento de las Condiciones mínimas**

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

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

**Paso 3 - Recepción inmediata de la victima**

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

**Es indispensable que:**

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

**Paso 4 - Atención Medica Inicial**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| Código CIE – 10 | Nombre del Diagnóstico |
|---|---|
| T74.2 | Abuso sexual. |
| Y05 | Agresión sexual con fuerza corporal. |
| Y05.0 | Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda |
| Y05.1 | Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial. |
| Y05.2 | Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas. |
| Y05.3 | Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo. |
| Y05.4 | Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras. |
| Y05.5 | Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y áreas de servicios. |
| Y05.6 | Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción. |
| Y05.7 | Agresión sexual con fuerza corporal, en granja. |
| Y05.8 | Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado. |
| Y05.9 | Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado. |
| Z08.8 | Examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción. |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

***Paso 5 - Pruebas Diagnosticas***

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

1. Serología para sífilis (VDRL).

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

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

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

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

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

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

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

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

Es indispensable que:

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

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

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

Es indispensable que:

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

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

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

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

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

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

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

Es indispensable que:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Transcurridas 72 horas desde la agresión sexual Es indispensable que:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Primeros auxilios psicológicos**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**PASO 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**PASO 15. Efectúe un adecuado cierre de caso**

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

**Algunos aspectos fundamentales durante el cierre adecuado de caso incluyen:**

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

**KIT DE VIOLENCIA SEXUAL**

**INSUMOS PARA PRUEBAS RAPIDAS:**

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

**PROFILAXIS**

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

**TOMA DE MUESTRAS**

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

- Bolsas de papel Kraft diferentes tamaños para empacar las evidencias forenses
- Bolsas plásticas transparentes de diferentes tamaños
- Cortaúñas
- Pinza de punta fina sin garra
- Seda dental preferiblemente sin cera
- Peinilla
- Escobillones estériles con fragmento de cinta de enmascarar que permita el rotulado
- Opciones para muestras de referencia: 1) Fragmentos esteriles de tela garza de 2.5 por 2.5 cms y copas plásticas desechables pequeñas+lancetas 2. Tubos tipo vacutainer tapa lila con EDTA 3) escobillones estériles para toma de saliva 3) Tarjetas FTA®+lancetas
- Tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio).
- Agujas hipodérmicas para toma de sangre, adaptables al sistema de vacío.
- Camisa para toma de muestras de sangre, adaptable al sistema de vacío.
- Torniquete
- Frascos de polipropileno como mínimo de 20 ml, con boca ancha y tapa rosca hermética, sin preservativos.
- Cinta de Seguridad
- Rótulos autoadhesivos preimpresos.
- Hojas de medio pliego de papel bond 60g blanco
- Marcador de punta fina indeleble.
- Gasas estériles.
- Alcohol antiséptico con frasco lavador
- Caja secadora de escobillones
- Agua destilada estéril.
- Tijeras
- Lupa de 2X

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

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

**Sistema de Calificación por Cumplimiento Técnico**

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

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

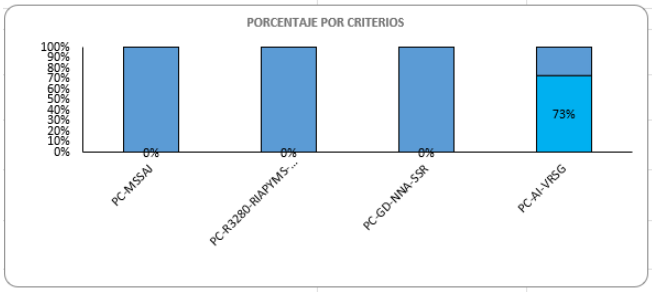
| CRITERIO | PUNTAJE | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES | **N/A** | **N/A** |
| 3280 DE 2018 RIAPYMS CON ENFASIS EN SSR ESTRATEGIA INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CUIDADO MENSTRUAL Y ATENCIONES EN SALUD DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA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

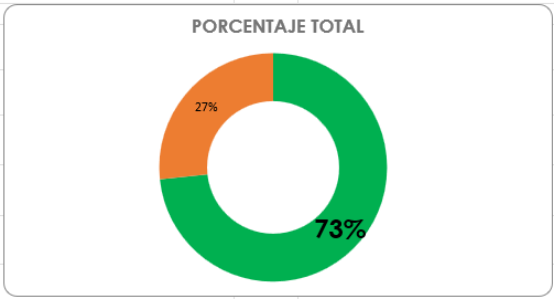
| | | |
|---|---|---|
| ABORDAJE INTEGRAL DE VRSG | **15,4** | **73%** |
| **TOTAL** | **15,4** | **73%** |

El diagnóstico realizado a la IPS Hospital San Rafael, bajo la operación del Hospital Universitario de la Samaritana, revela un perfil institucional de alta complejidad que, para el periodo 2026, se centra exclusivamente en la atención de urgencias y de mano la respuesta ante las Violencias por Razones de Sexo y Género (VRSG). Dado que otros servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para adolescentes no fueron objeto de ponderación por falta de disponibilidad o aplicabilidad en este corte, el análisis se concentra en la capacidad de la IPS para actuar como nodo resolutivo de la red en Girardot. Cuantitativamente, el instrumento refleja una fortaleza en el cumplimiento de estándares normativos para la atención de urgencias; sin embargo, se identifica que la efectividad de la ruta depende de una saturación administrativa que, si bien garantiza el registro inicial, presenta retos en la trazabilidad del seguimiento posterior a la fase de estabilización clínica. Los datos sugieren que el hospital cumple con el protocolo de kit de emergencia y profilaxis en tiempos legales, pero la conexión con servicios complementarios de salud mental muestra una demora relativa frente a la alta demanda estacional del municipio.

Cualitativamente, la operación de la Samaritana en el San Rafael aporta un rigor técnico de nivel universitario que asegura la aplicación del Protocolo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual. No obstante, el diagnóstico identifica que el enfoque es predominantemente biomédico y procedimental. El análisis del Plan de Mejoramiento para esta IPS específica subraya que, aunque se cuenta con el talento humano capacitado, la rotación de personal asistencial es el principal factor de riesgo para la sostenibilidad de la calidad. Se requiere consolidar un equipo de respuesta inmediata que trascienda el turno asistencial y garantice que la activación de la ruta sea homogénea en cualquier horario de ingreso.

En conclusión, el Hospital San Rafael se posiciona como el garante técnico de la ruta de violencia en Girardot, pero su desafío para el 2026 radica en la integración cualitativa de la atención humanizada con la rigurosidad clínica. El diagnóstico integrado sugiere que, para optimizar el abordaje de la VRSG, la IPS debe fortalecer la coordinación con la DTS de Girardot para asegurar que el egreso hospitalario no signifique la ruptura de la cadena de protección y seguimiento psicosocial, convirtiendo la respuesta de urgencias en una puerta de entrada efectiva a la restitución de derechos.




## PLAN DE MEJORAMIENTO

| PLAN DE MEJORAMIENTO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN: Hospital San Rafael de Girardot - Samaritana | | | | | |
| RESPONSABLES: Keile Rondon - Subdirectora de Urgencias | | | | | |
| FECHA: 26/03/2026 | | | | | |
| **Criterio** | **Intervención** | **Descripción** | **Compromiso adquirido por la entidad** | **Fecha de cumplimiento (DD/MM/AAAA)** | **Compromiso adquirido en nombre de la Prioridad por el profesional que realiza la Visita** |
| Columna C del Instrumento | Columna D del Instrumento | ítem | Tareas, actividades o acciones específicas para dar cumplimiento al ítem | Según la necesidad para dar cumplimiento al ítem (inmediato o siguiente visita) | Compromisos por parte del referente asignado como parte del proceso de asesoría y acompañamiento |
| CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS IPS | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | Ruta de atención institucional y gestión programática:<br>•Protocolo del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación.<br>•Equipo institucional segun protocolo para la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales. | °Realizar la contratación de equipo de psicologos y psiquiatria, para tener el equipo institucional completo | Inmediato | |
| CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS IPS | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | Acceso a los servicios de atención integral a víctimas de violencias sexuales:<br>• Implementación de estrategias de IEC para la promoción de una vida libre de violencias, la prevencion de las violencias por razones de sexo y género, y oferta de servicios. | °Implementar estrategias IEC por el Hospital frente a rutas de atención, lineas y promocion de vidas libres de violencia para la prevencion de las violencias por razon de sexo y genero y oferta de servicios | Inmediato | |
| ABORDAJE INTEGRAL DE LAS VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GENERO | ATENCIÓN CLINICA INTEGRAL | Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años<br>• Al identificarse una menor de 14 años embarazada se considera como víctima de violencia sexual y se inicia activación de ruta. | °Crear protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años individual una vez aperturen el servicio de ginecologia | 1-jun-26 | |
| ABORDAJE INTEGRAL DE LAS VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GENERO | ATENCIÓN CLINICA INTEGRAL | Atención de la salud mental:<br>• Primera atención en salud mental psicoterapia breve a cargo de profesional de salud mental (Psiquiatria o Psicologia en la atención urgente) | °Contratar psicologo o psiquiatra para la atención en salud mental en la aención urgente de la ruta de VSRG | Inmediato | |
| ABORDAJE INTEGRAL DE LAS VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GENERO | VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA | •La IPS cuenta con agenda anual de un Comité Operativo de Vigilancia Epidemiológica Institucional (COVEI) sobre el tema. | °Crear agenda anual de comité operativo de vigilancia epidemiologica institucional | Inmediato | |

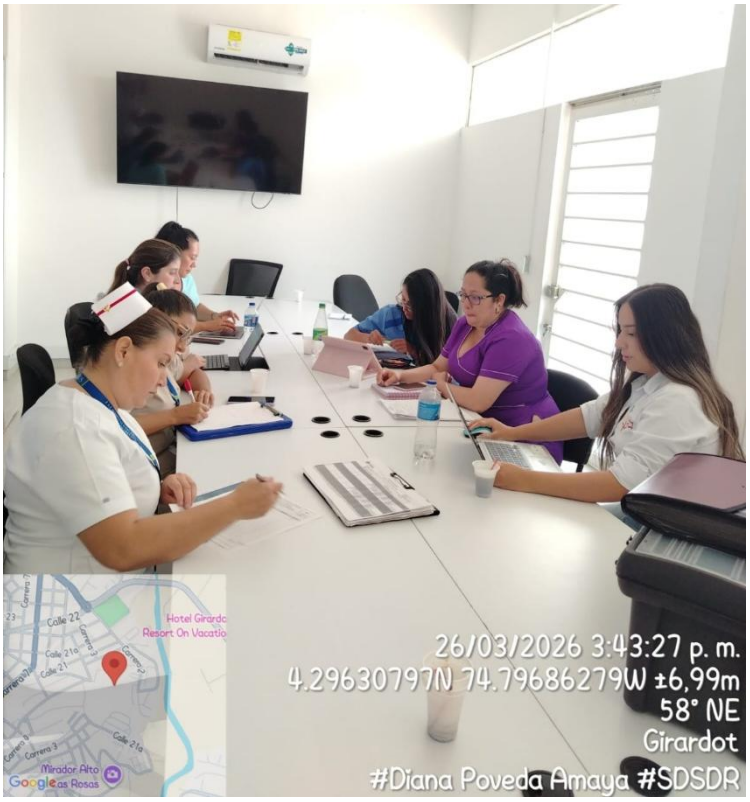
## CONCLUSIONES

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

**Observaciones:**

Se realiza cierre de la asistencia generando recomendaciones para el **plan de mejoramiento del proceso en la entidad beneficiada**; reiterando el acompañamiento permanente y continuo desde el Componente de Sexualidad, Derechos Sexuales Y Derechos Reproductivos para el seguimiento de los compromisos generados**.** La

información relacionada con los eventos de Interés en Salud Pública corresponde a los datos del total de nacidos vivos de la base actualizada de gestantes de la fuente DANE – Estadísticas vitales, suministrada por la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría de Salud de Cundinamarca. Se recomienda revisar los datos y compararlos con los demás sistemas y fuentes de información del municipio para el seguimiento oportuno de los eventos de interés en salud pública correspondientes a Embarazo Infantil (10 a 14 años) y Embarazo en Adolescentes (15 a 19 años) y Violencias de tipo sexual (evento 875). Por último, se realiza diligenciamiento de encuesta de satisfacción por parte de entidad beneficiada de la asistencia técnica, con el fin de conocer el nivel de satisfacción y el alcance en términos de oportunidad y demás aspectos considerados dentro del instrumento definido por planeación para el seguimiento de metas del PDD.









| Gobernación de Cundinamarca | PROCESO DE ASISTENCIA TÉCNICA | Codigo: M-AT-FR-17 |
|---|---|---|
| | REGISTRO DE PARTICIPACIÓN EN ASISTENCIA TÉCNICA | Versión: 01 |
| | | Fecha de Aprobación: 16/02/2026 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TEMA(Numero y Descripción) 210-213 Salud Sexual y Reproductiva | | FECHA DE AT: | |
| LUGAR: Hospital San Rafael Girardot - Samaritana | | FACILITADOR: Michell Catalina Lara M. | |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE COORDINA AT: Salud Pública | | DIRECCIÓN O ÁREA RESPONSABLE: | |

| | NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO / NUMERO DOCUMENTO | ENTIDAD / CARGO | MUNICIPIO QUE REPRESENTA O DE RESIDENCIA | E-MAIL / TELÉFONO | CARACTERIZACIÓN ASISTENTE ( MARQUE CON X) | | | | | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Sexo | Edad: entre | Grupo poblacional | Grupo étnico | Nivel Académico | | |
| 1 | Juan David Bautista | CC 3053693616 | SSG/SP Enfermero SSR | Girardot | gestionsrsaludpublica@gmail.com 3188711100 | Masculino; Femenino X; No binario | Menor de 12 años; 13-17 años; 18-28 años; 29-59 años X; 60 años o más | Pers. con discap; Vict. del conf. Arm; Campesino; Cabeza de hogar; Situación de Pobreza; LGBTIQA+; Pers. Migrantes; Ninguno X | Indígena; Afrocolombiano; Raizal; Palenquero/a; Rrom o gitano; Ninguno X | Sin escolaridad; Primaria; Secundaria; Tecnólogo; Universitario; Posgrado X | | AUTORIZO USO DE DATOS SI X No |
| 2 | Diana Carmina Rodriguez Mendez | CC 35254776 | HSR Girardot Lider de Enfermeria | Girardot | hsrgenfermeria.lider@hus.org.co 3208835897 | Masculino; Femenino X; No binario | Menor de 12 años; 13-17 años; 18-28 años; 29-59 años X; 60 años o más | Pers. con discap; Vict. del conf. Arm; Campesino; Cabeza de hogar; Situación de Pobreza; LGBTIQA+; Pers. Migrantes; Ninguno X | Indígena; Afrocolombiano; Raizal; Palenquero/a; Rrom o gitano; Ninguno X | Sin escolaridad; Primaria; Secundaria; Tecnólogo; Universitario; Posgrado X | | AUTORIZO USO DE DATOS SI X No |
| 3 | Sary Bohada Medina. | CC 1070602263 | HSR Girardot. Lider de seguridad del paciente | Girardot. | hsrg seguridad paciente@hus.org.co. 3223617814. | Masculino; Femenino X; No binario | Menor de 12 años; 13-17 años; 18-28 años; 29-59 años X; 60 años o más | Pers. con discap; Vict. del conf. Arm; Campesino; Cabeza de hogar; Situación de Pobreza; LGBTIQA+; Pers. Migrantes; Ninguno X | Indígena; Afrocolombiano; Raizal; Palenquero/a; Rrom o gitano; Ninguno X | Sin escolaridad; Primaria; Secundaria; Tecnólogo; Universitario X; Posgrado | | AUTORIZO USO DE DATOS SI X No |
| 4 | | | | | | Masculino; Femenino; No binario | Menor de 12 años; 13-17 años; 18-28 años; 29-59 años; 60 años o más | Pers. con discap; Vict. del conf. Arm; Campesino; Cabeza de hogar; Situación de Pobreza; LGBTIQA+; Pers. Migrantes; Ninguno | Indígena; Afrocolombiano; Raizal; Palenquero/a; Rrom o gitano; Ninguno | Sin escolaridad; Primaria; Secundaria; Tecnólogo; Universitario; Posgrado | | AUTORIZO USO DE DATOS SI No |

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes sobre protección de datos personales, autorizo de manera previa, expresa e informada a la Gobernación de Cundinamarca para que, en el marco de la ejecución del proceso de asistencia técnica departamental, recolecte, almacene, procese, use, circule y suprima mis datos personales, única y exclusivamente con fines relacionados con la planeación, implementación, seguimiento y evaluación de las acciones propias de dicho proceso. Así mismo, declaro conocer que podré ejercer en cualquier momento mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Gobernación de Cundinamarca, a través de los canales oficiales dispuestos para tal fin.

Scanned with CamScanner

| Gobernación de Cundinamarca | PROCESO DE ASISTENCIA TÉCNICA | Codigo: M-AT-FR-17 |
|---|---|---|
| | REGISTRO DE PARTICIPACIÓN EN ASISTENCIA TÉCNICA | Versión: 01 |
| | | Fecha de Aprobación: 16/02/2026 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TEMA(Numero y Descripción) 210-213 Salud Sexual y Reproductiva | | FECHA DE AT: | |
| LUGAR: Hospital San Rafael de Girardot - Samaritano | FACILITADOR: Nicolle Tatiana Garcia M | | |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE COORDINA AT: Salud Pública | DIRECCIÓN O ÁREA RESPONSABLE: | | |

| | NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO / NUMERO DOCUMENTO | ENTIDAD / CARGO | MUNICIPIO QUE REPRESENTA O DE RESIDENCIA | E-MAIL / TELÉFONO | CARACTERIZACIÓN ASISTENTE ( MARQUE CON X) | | | | | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Sexo | Edad: entre | Grupo poblacional | Grupo étnico | Nivel Académico | | |
| 1 | Xiomara Carolina Arenas | CC / 1033737785 | HSR - Hcs / Atencion al usuario y trabajos | Girardot | hsrgdefensorialider@hus.org.co / 315 5348722 | Masculino; Femenino; No binario | Menor de 12 años; 13-17 años; 18-28 años; 29-59 años (X); 60 años o más | Pers. con discap; Vict. del confl. Arm; Campesino; Cabeza de hogar; Situación de Pobreza; LGBTIQA+; Pers. Migrantes; Ninguno (X) | Indígena; Afrocolombiano; Raizal; Palenquero/a; Rrom o gitano; Ninguno (X) | Sin escolaridad; Primaria; Secundaria; Tecnólogo; Universitario; Posgrado (X) | | AUTORIZO USO DE DATOS SI (X) No |
| 2 | Karla Tatiana Rondón Esquivel | Cedula de ciudadanía / 1116542031 | Subdirectora Red Samaritana Urgenciales | Girardot | urgenciassubdirec@hus.org.co / 3135976812 | Masculino; Femenino (X); No binario | Menor de 12 años; 13-17 años; 18-28 años; 29-59 años (X); 60 años o más | Pers. con discap; Vict. del confl. Arm; Campesino; Cabeza de hogar; Situación de Pobreza; LGBTIQA+; Pers. Migrantes; Ninguno (X) | Indígena; Afrocolombiano; Raizal; Palenquero/a; Rrom o gitano; Ninguno (X) | Sin escolaridad; Primaria; Secundaria; Tecnólogo; Universitario; Posgrado (X) | Karla Rondón E | AUTORIZO USO DE DATOS SI (X) No |
| 3 | | | | | | Masculino; Femenino; No binario | Menor de 12 años; 13-17 años; 18-28 años; 29-59 años; 60 años o más | Pers. con discap; Vict. del confl. Arm; Campesino; Cabeza de hogar; Situación de Pobreza; LGBTIQA+; Pers. Migrantes; Ninguno | Indígena; Afrocolombiano; Raizal; Palenquero/a; Rrom o gitano; Ninguno | Sin escolaridad; Primaria; Secundaria; Tecnólogo; Universitario; Posgrado | | AUTORIZO USO DE DATOS SI ( ) No |
| 4 | | | | | | Masculino; Femenino; No binario | Menor de 12 años; 13-17 años; 18-28 años; 29-59 años; 60 años o más | Pers. con discap; Vict. del confl. Arm; Campesino; Cabeza de hogar; Situación de Pobreza; LGBTIQA+; Pers. Migrantes; Ninguno | Indígena; Afrocolombiano; Raizal; Palenquero/a; Rrom o gitano; Ninguno | Sin escolaridad; Primaria; Secundaria; Tecnólogo; Universitario; Posgrado | | AUTORIZO USO DE DATOS SI ( ) No |

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes sobre protección de datos personales, autorizo de manera previa, expresa e informada a la Gobernación de Cundinamarca para que, en el marco de la ejecución del proceso de asistencia técnica departamental, recolecte, almacene, procese., use, circule y suprima mis datos personales, única y exclusivamente con fines relacionados con la planeación, implementación, seguimiento y evaluación de las acciones propias de dicho proceso. Así mismo, declaro conocer que podré ejercer en cualquier momento mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Gobernación de Cundinamarca, a través de los canales oficiales dispuestos para tal fin.

Scanned with CamScanner

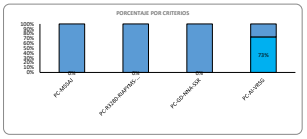
**INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DEL COMPONENTE DE SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS - SSR DE ADOLESCENTES Y ABORDAJE INTEGRAL DE VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GÉNERO**

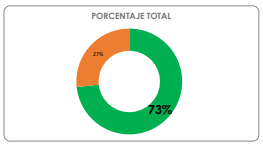
**FECHA VISITA:**
**IPS: Hospital De Girardot - Samaritana**
**NOMBRE DE QUIEN RECIBE LA VISITA: Keile Rondon**
**CARGO: Subdirectora de Urgencias**
**REFERENTE ASIGNADO COMPONENTE SDSDR:**
**TEMA: 1218. FORTALECER LINEAMIENTOS EN DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS - 1223. FORTALECIMIENTO DE LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES**

| NORMATIVIDAD | CRITERIO | INTERVENCIÓN | N° | ÍTEM | SI (1) - NO (0) | OBSERVACION ( DESCRIBIR LA RESPUESTA SI O NO PARA LA APLICACIÓN DE LA ACTVIDAD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| POLITICA NACIONAL DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS | MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES | Modalidades de la atención para la prestación de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes | 1 | •La IPS cuenta con modalidad para la atención:<br>-Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes<br>-Unidades de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes<br>-Centro de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes | N/A | |
| | | Oportunidad de la atención del servicios de salud sexual y reproductiva y servicios sociales para adolescentes y jóvenes | 2 | • La IPS cuenta con señalización visible con indicaciones para la prestación del servicio y con elementos estructurales, procesos e instrumentos para asegurar la atención y confidencialidad según el modelo de SSAAJ | N/A | |
| | | | 3 | • La IPS brinda atención oportuna, horarios de atención acordes a las actividades que desarrollan los adolescentes y jóvenes, continuidad de los procesos e intervenciones requeridas en los SSAAJ y establecen protocolo y rutas de atención con instituciones de otros niveles de complejidad para asegurar la atención requerida para la población. | N/A | |
| | | | 4 | La IPS ofrece servicios para adolescentes y jóvenes en:<br>• Consulta y controles de medicina general<br>• Consulta y controles de enfermería<br>• Consulta de odontología<br>• Profilaxis oral<br>• Detartraje<br>• Selantes.<br>• Control de placa bacteriana<br>• Asesoría en planificación familiar<br>• Consejería en planificación familiar<br>• Consulta de planificación familiar<br>• Asesoría sobre embarazo y embarazo no deseado<br>• Asesoría sobre salud sexual y reproductiva<br>• Asesoría en salud mental<br>• Asesoría sobre violencia intrafamiliar y de pareja<br>• Asesoría sobre identidad sexual<br>• Asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido VIH/Sida<br>• Asesoría y prueba de VIH<br>• Asesoría sobre cáncer de ovrio y mama<br>• Asesoría en nutrición<br>• Atención del abuso sexual<br>• Anticoncepción POS<br>• Anticoncepción hormonal no POS<br>• Anticoncepción de emergencia<br>• Atención integral a jóvenes viviendo con VIH<br>• Atención de las infecciones de transmisión sexual<br>• Control prenatal y atención del parto<br>• Toma de citología cérvico-vaginal<br>• Consulta de psicología (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio)<br>• Consulta de nutrición (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio)<br>• Consulta de trabajo social (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio)<br>• Consulta por pediatría (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio)<br>• Consulta por ginecología (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio)<br>• Consulta por urología (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio)<br>• Consulta por endocrinología (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio)<br>• Consulta de dermatología (Verificar acciones y estrategias para la prestación del servicio) | N/A | |
| | | Disposición del Talento Humano en Salud para la atención en salud sexual y reproductiva y servicios complementarios para adolescentes y jóvenes | 5 | •Cuenta con profesionales de medicina general para la atención de adolescentes y jóvenes y con profesionales interdisciplinarios para brindar consejería vinculados a los servicios amigables. | N/A | |
| | | | 6 | •Se realizan procesos de capacitación mínimo de 24 horas para todo el personal de prestación de servicios y de 4 horas para todo el personal administrativo en la institución. | N/A | |
| | | **PONDERACIÓN CRITERIO MODELO DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES** | | | 0 | 0% |
| | ESTRATEGIA INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CUIDADO MENSTRUAL | Implementación Estrategia de Salud y Cuidado Menstrual (6 a 11 años) | 7 | •Se realiza valoración clínica de alteraciones menstruales, manejo de dolor severo, endometriosis, anemia y otros problemas asociados; además de la consejería individual y referencia a otras especialidades, garantizando rutas claras de acceso desde los entornos (hogar, escuela, comunidad, trabajo, instituciones) | N/A | |
| | RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD | Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) ANAMNESIS | 8 | •Se realiza valoración de antecedentes ginecológicos y menarquia en niñas. | N/A | |
| | | | 9 | •Se verifica el esquema de vacunación con énfasis en Hepatitis B y VPH. | N/A | |
| | | | 10 | •Se realiza valoración de antecedentes de prácticas de crianza y cuidado con énfasis en exposición a violencias y remisión a ruta integral de atención para la población en riesgo y víctimas de violencia de género (si aplica). | N/A | |
| | | | 11 | •Se realiza valoración de la dinámica familiar a través del familiograma (Anexo 6) para indagar sobre capacidades y recursos personales y familiares, incluyendo evaluación del grado de satisfacción de la funcionalidad familiar (Anexo 7); así como del contexto social, condiciones de vida y las redes de apoyo scial y comunitarias de la familia, a través del Ecomapa, considerando aspectos como la pertenencia social y cultural (pertenencia étnica). | N/A | |
| | | Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) EXAMEN FISICO | 12 | •Se realiza valoración de la salud sexual y maduración sexual: evaluación de los estadios de Tanner (Anexo 10). Se realiza exploración de la región ano-genital para descartar signos de violencia sexual. Valoración de presencia de Criptorquidia epi o hipospadias y varicocele en niños. En niños y niñas intersexuales realizar valoración integral y remisión para asesoría teniendo en cuenta particularidades por sexo, género y orientación sexual (si aplica). | N/A | |
| | | Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) INFORMACIÓN EN SALUD | 13 | •Se brinda información en salud a niñas o niños, a sus familias o cuidadores sobre prácticas de crianza protectoras y basadas en derechos, prevención de violencias, promoción de la salud, bienestar y crecimiento. | N/A | |
| | | Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) PLAN DE CUIDADO - EDUCACIÓN EN SALUD (Individual, Familiar y Grupal) | 14 | •Se realiza remisión para vacuna contra el virus del Papiloma Humano (VPH) a partir de los nueve (9) años. | N/A | |
| | | | 15 | •Se realiza derivación a sesiones de educación individual para la salud dirigida a:<br>*Padres, madres o familiares que no cuentan con los conocimientos necesarios o no se sienten preparados para acompañar a los niños en su transición a la adolescencia pese a la información recibida en la consulta y la educación grupal.<br>*Padres, madres o familiares que requieran claridad sobre su responsabilidad en el cuidado, en el acompañamiento y/o la protección del niño e implementar medidas para garantizar entornos seguros y protectores.<br>*Niños y/o familiares que requieran mayor conocimiento sobre desarrollo psicosexual y/o derechos sexuales y reproductivos. | N/A | |
| | | | 16 | •Se realiza derivación a educación grupal para la salud que incluye a la familia para el desarrollo de capacidades de las niñas y niños y de sus padres o cuidadores: | N/A | |
| | | Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) GESTIÓN DEL RIESGO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CON ENFASIS EN VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GENERO | 17 | • Se Identifican signos o síntomas que sospechen violencia física | N/A | |
| | | | 18 | • Se Identifican signos o síntomas que sospechen maltrato | N/A | |
| | | | 19 | • Se Identifican signos o síntomas que sospechen abuso o violencia sexual | N/A | |
| | | | 20 | • Se identifican prácticas nocivas como mutilación genital femenina o el matrimonio infantil o forzoso. | N/A | |
| | | | 21 | • Se realiza derivación al niño o niña a una atención resolutiva por pediatría para diagnóstico y tratamiento al identificarse factores de riesgo o alguna alteración en la valoración de la salud sexual. | N/A | |
| | | Atención en Salud para Infancia (6 a 11 años) RESOLUCIÓN 3D9 DE 2025 | 22 | •Se verifica uso de asentimiento y autonomía progresiva en niños y niñas para las atenciones en salud y/ o procedimientos a realizar según normatividad vigente. | N/A | |
| Resolución 3280 de 2018 | | Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) ANAMNESIS | 23 | • Se realiza valoración de desarrollo puberal (menarquia/espermenarquia, cambios de voz en el hombre y aparición de vello púbico, axilar o en otros lugares del cuerpo en el caso de ambos). Valoración de antecedentes ginecológicos (alteraciones en el ciclo menstrual, dismenorrea, matrorragia, amenorrea, oligomenorrea, pseudopolimenorrea, síndrome premenstrual). | N/A | Verificar 2 HC de Adolescentes de 14 a 17 años (1 hombre y 1 mujer) |
| | | | 24 | • Se realiza valoración de antecedentes psicosociales (incluyendo diversas formas de violencia entre otras) y asistencia escolar (identificar deserción escolar y desarrollo escolar acorde a la edad). | N/A | |
| | | | 25 | •Se verifica esquema de vacunación con énfasis en VPH y Hepatitis B. | N/A | |
| | | | 26 | •Se indaga sobre el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes y funciones (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo-relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Es importante indagar sobre: Orientación sexual, identidad de género, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, uso de métodos anticonceptivos y protección contra ITS/VIH; haciendo uso del instrumento de valoración de los derechos sexuales y derechos reproductivos (Anexo 13). | N/A | |
| | | | 27 | •Se indaga sobre dificultades durante las relaciones sexuales y experiencia del placer (excitación, lubricación , orgasmo, erección, eyaculación, dolor) desde la función erótica de la sexualidad. | N/A | |
| | | | 28 | •Se indaga sobre toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, maternidad o paternidad planeada, interrupción voluntaria del embarazo) desde la función reproductiva de la sexualidad. | N/A | |
| | | | 29 | •Se indaga sobre conocimientos de fisiología y anatomía de la sexualidad y la reproducción, conocimientos, creencias y actitudes sobre relaciones sexuales, anticoncepción, ITS. | N/A | |
| | | | 30 | •Se indaga sobre vivencia de la identidad de género (sexismo, homofobia y transfobia), violencia contra la mujer y/o violencia de género (incluyendo explotación sexual y comercial con fines sexuales y violencia sexual). | N/A | |
| | | | 31 | •Se realiza valoración de prácticas de crianza de los cuidadores incluyendo la indagación sobre acciones correctivas (castigo corporal, violencia física, psicológica, sexual, negligencia y abandono). Se debe explorar la posibilidad de que adolescentes sean testigos o víctimas de actos violentos:<br>*Estar expuestos al enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación.<br>*Que al interior de la familia se den formas de ejercer autoridad y poder que legitimen el uso de la violencia. | N/A | |
| | | | 32 | •Se realiza valoración de la dinámica familiar a través del familiograma (Anexo 6) para indagar sobre capacidades y recursos personales y familiares, incluyendo evaluación del grado de satisfacción de la funcionalidad familiar (Anexo 7); así como del contexto social, condiciones de vida y las redes de apoyo scial y comunitarias de la familia, a través del Ecomapa, considerando aspectos como la pertenencia social y cultural (pertenencia étnica). | N/A | |
| | | Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) EXAMEN FISICO | 33 | •Se realiza valoración de la salud sexual y maduración sexual: evaluación de los estadios de Tanner (Anexo 10). Se realiza exploración de la región ano-genital para descartar signos de violencia sexual. Valoración de presencia de Criptorquidia epi o hipospadias y varicocele. Evaluar y correlacional la maduración sexual con el crecimiento físico, que permite determinar si el proceso puberal ocurre en forma adecuada en función del sexo y la edad (Estirón puberal, modificación en la composición corporal). | N/A | |
| | | | 34 | •Se realiza la valoración del desarrollo respecto a identidad (explorar e identificar el proceso y logros en la construcción de identidad Anexo 14) y de la Autonomía (tener en cuenta las opiniones del adolescente y su cuidador Anexo 15). | N/A | |
| | | | 35 | •Se realiza examen físico ginecológico haciendo uso de espejo de mano como experiencia educativa y la explicación sobre la valoración y examen de genitales. | N/A | |
| | | | 36 | •Se realiza valoración integral y remisión para asesoría en adolescentes intersexuales teniendo en cuenta variables de sexo, género y orientación sexual. | N/A | |
| | | Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) INFORMACIÓN EN SALUD | 37 | •Se brinda información en salud sobre construcción de identidad, autonomía, agencia, el ejercicio de la sexualidad en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, identificar los riesgos y cómo prevenirlos, evitarlos o mitigarlos, toma de decisiones como expresión de la | N/A | |
| | | | 38 | •Se brinda información en salud a familias sobre como apoya el proceso de desarrollo, construcción de autonomía e identidad del adolescente. En prevención de violencias de diversas formas de violencia, prevención de accidentes. | N/A | |
| | | Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) PLAN DE CUIDADO | 39 | •Se realiza remisión para vacunación: Vacuna contra el virus del Papiloma humano (VPH): Niñas de 12 a 17 años. Pueden incluirse población de 18 años para completar el esquema iniciado cuando eran niñas menores de 18 años. | N/A | |
| | | | 40 | •Se realiza remisión a Consulta de anticoncepción cuando el adolescente presenta prácticas sexuales coitales sin uso de anticoncepción o tienen intención o riesgo de inicio de relaciones sexuales. De preferencia esta consulta debe realizarse de forma inmediata a este procedimiento. | N/A | |
| | | | 41 | •Se realizan Tamizajes para población con alguno de los siguientes riesgos:<br>*Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección.<br>*Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección.<br>*Prueba de embarazo en caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha. | N/A | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PARA EL CUIDADO | 42 | *Adolescentes que no han realizado exploración en los diferentes dominios de su identidad, o con falta de recursos para la toma de decisiones como la autoeficacia o no realizan reflexión sobre la toma de decisiones.<br>*Adolescentes que habiten en un entorno social de alto riesgo, con pares o padres que ejercen presiones hacia comportamientos negativos, (actividades delictivas, diversas formas de violencia, Explotación Sexual y Comercial, Consumo de SPA).<br>*Adolescentes que no cuentan con apoyo familiar o en los que se percibe déficits entre límites y libertad; tienen mala comunicación, desconfianza de sus amigos/as o se sienten apartados/as de ellos/as.<br>*Adolescentes con preocupaciones no justificadas por su imagen corporal y su peso •<br>Educación para la salud en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. | N/A | |
| | | Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) RESOLUCIÓN 309 DE 2025 | 43 | •Se verifica uso de consentimiento y autonomía progresiva en adolescentes para las atenciones en salud y/ o procedimientos a realizar según normatividad vigente. | N/A | |
| | ESTRATEGIA INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CUIDADO MENSTRUAL | Implementación de la Estrategia de Salud y Cuidado Menstrual (12 a 17 años) | 44 | •Se realiza valoración clínica de alteraciones menstruales, manejo de dolor severo, endometriosis, anemia y otros problemas asociados; además de la consejería individual y referencia a otras especialidades, garantizando rutas claras de acceso desde los entornos (hogar, escuela, comunidad, trabajo, instituciones) | N/A | |
| | PLAN DE MANEJO DERIVADO DE LA RIAPYMS | Atención en Salud para Adolescencia (12 a 17 años) CONSULTA DE ANTICONCEPCIÓN | 45 | •Se realiza asesoría en métodos anticonceptivos de acuerdo con criterios de elegibilidad orientados a la planificación familiar y el proyecto de vida. | N/A | |
| | | | 46 | •Se realiza asesoría y provisión efectiva de métodos anticonceptivos de acuerdo con criterios de elegibilidad (disponibilidad de insumos y tecnologías). | N/A | |
| | | | 47 | •Se realiza distribución de condones y/o preservativos como método de doble protección de manera gratuita y accesible. | N/A | |
| | | | 48 | •Se realiza la inserción de DIU a la población que lo requiere y garantiza una adecuada proporción de disponibilidad de anticonceptivos para cubrir la demanda. | N/A | |
| | | | 49 | •Se facilita la inserción de anticonceptivos subdérmicos y garantiza la realización de los controles pertinentes según el tipo de implante. | N/A | |
| | | | 50 | •Se garantiza la adherencia al tratamiento con anticonceptivos orales e inyectables, asegurando su suministro regular y el seguimiento a las usuarias. | N/A | |
| | | | 51 | •Se realiza consulta exclusiva de anticoncepción para Adolescentes en modelo Servicio Amigable. | N/A | |
| | | GESTIÓN DEL RIESGO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CON ENFASIS EN VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GENERO POR CURSO DE VIDA | PI 52 | •Se Identifican signos o síntomas que sospechen violencia física, maltrato, abuso o violencia sexual y prácticas nocivas como mutilación genital femenina. | N/A | |
| | | | I 53 | •Se identifica violencia contra la mujer y/o violencia de género, signos de violencias física y signos de violencias sexual. | N/A | |
| | | | A 54 | •Se identifica violencia contra la mujer y/o violencia de género, signos de violencias física y signos de violencias sexual. | N/A | |
| | | | V 55 | •Se identifica violencia contra la mujer y/o violencia de género, signos de violencias física y signos de violencias sexual. | N/A | |
| | | PONDERACIÓN CRITERIO RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 RIAPYMS CON ENFASIS EN SSR Y ATENCIONES EN SALUD DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA | | | 0 | 0% |
| GARANTÍA DE DERECHOS DE NNA CON ÉNFASIS EN SSR | Lineamiento para la garantía de los DSDR y la atención integral a NNA en Cundinamarca (Circular 104 del 2023)<br>Lineamientos para garantizar el derecho a la información, participación en la toma de decisiones en salud y el ejercicio de la autonomía progresiva y contextual de NNA a través del asentimiento y el proceso de consentimiento informado (Resolución 309 de 2025) | GARANTIZAR EL DERECHO A LA INFORMACIÓN, PARTICIPACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE NNA | 56 | •La IPS informa, educa y comunica en Derechos Sexuales y Derechos reproductivos a niños, niñas y adolescentes del Departamento de Cundinamarca sin barreras de acceso, sin limitaciones de índole religiosa o moral y de acuerdo con su curso de vida. | N/A | |
| | | | 57 | •La IPS cuenta con Talento Humano en salud desde Gestoras de Bienestar, promotores de Salud. Enfermeros, Médicos, Psicólogos y Trabajadora/es Sociales) de todas las instituciones de Salud públicas y privadas del Departamento, para brindar información de salud sexual y reproductiva. | N/A | |
| | | | 58 | •La IPS facilita el acceso a los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, garantizando el derecho a la salud mediante la posibilidad de recibir estos servicios sin ningún tipo de discriminación, en el marco de la atención integral así como la accesibilidad física, a partir de la ubicación geográfica o territorial y garantizan desde la red de prestación de servicios, que estos sean de manera continua, articulada y organizada. | N/A | |
| | | | 59 | •La IPS maneja confidencialidad en el marco de las atenciones prestadas por parte de instituciones de salud, protección y justicia. La información brindada es de carácter confidencial y no es revelada a los padres o cuidadores excepto autorización explícita del niño, niña o adolescente o en caso de que la información ponga en riesgo inminente la vida o la salud del individuo o un tercero. | N/A | |
| | | | 60 | •En la IPS los niños, niñas y adolescentes son autónomos en relación con sus decisiones en Salud Sexual y salud Reproductiva. Asentimiento a menor de 14 años:<br>*Información para la realización de la prueba - ha iniciado relaciones sexuales (información de realización prueba, notificación, reporte, activación)<br>*Información sobre metodos anticonceptivos modernos<br>*No ha iniciado relaciones sexuales, pero desea iniciar un método anticonceptivo moderno (reporte)<br>*Inicio de relaciones sexuales (notificación, reporte y activación de ruta) | N/A | |
| | | | 61 | •En la IPS los niños, niñas y adolescentes son autónomos en relación con sus decisiones en Salud Sexual y Reproductiva. Consentimiento mayor de 14 años:<br>*Información para realización de pruebas<br>*Información, atención y uso de métodos anticonceptivos. | N/A | |
| | | PONDERACIÓN CRITERIO GARANTÍA DE DERECHOS DE NNA CON ÉNFASIS EN SSR | | | 0 | 0% |
| RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 | CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS IPS | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | 62 | **Desarrollo de capacidades del recurso humano:**<br>• Inducción, reinducción y plan de capactación del recurso humano asistencial, en el que se incluye el abordaje integral en salud a las victimas de violencias por razones de sexo y género.<br>• Certificación de personal en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las victimas de violencias sexuales. | 1 | Capacitacion se realizo al THS el 3 marzo bajo el nuevo protocolo, para contratacion solicitan curso de atencion a victimas de violencia. |
| | | | 63 | **Ruta de atención institucional y gestión programática:**<br>•Protocolo del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación.<br>•Equipo institucional segun protocolo para la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales. | 0,6 | Actualizado el 28 de febrero del 2026, equipo: coordinador urgencias, lider hosp, lider enfer, lider farmacia, lider are quirurgica, lider trab social, lider salud publica, psicologi y psiquiatria. Trabajo social cumple en horario de oficina, dejan claro que no tienen psicologia y psiquitria, se capacito al medico en primeros auxilios psicologicos. Proyectados para tener psicologos y psiquiatria porque tendran unidad mental. |
| | | | 64 | **Acceso a los servicios de atención integral a víctimas de violencias sexuales:**<br>•Implementación de estrategias de IEC para la promoción de una vida libre de violencias, la prevención de las violencias por razones de sexo y género, y oferta de servicios. | 0,5 | Cuentan con despliegue institucional de la ruta, frente a que si cualquier persona detecta el evento puede activar la ruta por medio de una infografia. Cuentan con socializacion de medios de comunicación institucionales |
| | | | 65 | **Lugar de atención:**<br>• Elementos estructurales para la atención de victimas de violencia sexual. | 1 | Triage lo hacen los medicos i MENOR A 72 HORAS II MAYOR A 72 HR MEDICO QUE HACE TRIAGE REALIZA TODA LA ATENCION DEL PACIENTE EXAMEN GENITOURINARIO LO HACEN EN CONJUNTO CON GINECOLOGIA (SERVICIO DE 24 HORAS), ES LO UNICO QUE HARIA<br>EL RESTO LO HACE EL MEDICO DE APOYO PARA RECOLECCION EMBALAJE Y CUSTODIA (MEDICO).<br>VIOLECIA MASCULINA SE APOYAN DE UROLOGIA, PROCEDIMIENTO DE CADENA DIE CUSTODIA Y PRUEBAS RAPIDAS EN EL MISMO KIT - FORMATOS ESPECIFICOS<br>LA RECOLECCION DE MUESTRAS MEDICO LEGALES ESTAN EN UN CUARTO DE CUSTODIA TRANSITORIO Y MEDICINA LEGAL SE ENCUENTRA EN RICAURTE<br>ESTAN EN EMPALME CON MEDICINA LEGAL DE RICAUTRE (REFIEREN QUE VAN A GARANTIZAR CON LA SOLICITUD QUE LLEGARA DEL CASO), ELLOS VENDRIAN CON LA SOLICITUD A RECOGER MUESTRAS)<br>INTERCONSULTA DE TRABAJO SOCIAL PARA REPORTE DE ENTIDADES COMPETENTES, REPORTAN A EPS PARA SEGUIMIENTOS, REPORTE A LA COMISARIA DE FAMILIA O MENOR DE EDAD A ICBF, NOTIFICAN A SECRETARIA DE GIRARDOT, SE COMUNICAN CON PACIENTE PARA VERIFICAR SI YA CUENTAN CON CITAS Y SEGUIMIENTOS (2 4 6 Y 9 MESES HASTA QUE LE DIGA QUE YA TIENEN TRATAMIENTO ASIGNADO DE MANERA AMBULATORIA<br>CUENTAN CON EQUIPO COORDINADOR DE ATENCION DE VIOLECNIAS SEXUALES |
| | | | 66 | **INSUMOS PARA PRUEBAS RAPIDAS**<br>•Dos pruebas rápidas para VIH con sensibilidad y especificidad no inferior al 99,5% + solución diluyente<br>•Dos pruebas rápidas de Sífilis + solución diluyente, se recomiendan pruebas duales con VIH, para simplificar la logística y la aplicación del protocolo<br>•Dos pruebas rápidas de embarazo<br>•Dos pruebas rápidas para antígeno de superficie de Hepatitis B + solución diluyente.<br>•Dos pruebas rápidas para anticuerpos contra el VHC + solución diluyente<br>•Diez lancetas<br>•Diez micro-pipetas para recolección de muestra de sangre total por punción capilar, para las pruebas rápidas de VIH, VHB, VHC y de embarazo.<br>•Un rotulador permanente para pruebas rápidas. | 1 | |
| | | | 67 | **Medicamentos para profilaxis postexposición (PPE)**<br>**•PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN PERSONAS MAYORES DE 13 AÑOS, INCLUSO MUJERES GESTANTES**<br>- Anticoncepción de emergencia con Levonogestrel y DIU<br>- Profilaxis de HB con vacuna para HB y gammaglobulina proporcionadas por la entidad de salud departamental según solicitud y gestión de la IPS .<br>- Profilaxis para ITS con antibióticos Ceftriaxona, metronidazol y Azitromicina, y penicilina benzatínica para profilaxis en gestantes<br>- Profilaxis de VIH con - **Primera opción:** Tenofovir disoproil fumarato / Lamivudina / Dolutegravir - **Segunda opción:** Tenofovir disoproil fumarato / Emtricitabina / Dolutegravir – **Tercera opción:** Tenofovir disoproil fumarato / Lamivudina / Raltegravir - **Cuarta opción:** Tenofovir disoproil fumarato / Emtricitabina / Raltegravir - **Quinta opción**: Tenofovir disoproil fumarato / Lamivudina / Elvitegravir cobicistat - **Sexta opción:** Tenofovir disoproil fumarato / Emtricitabina / Elvitegravir cobicistat<br><br>**•PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN PERSONAS MENORES DE 13 AÑOS (Tabletas y suspensión)**<br>- Anticoncepción de emergencia con Levonogestrol<br>- Profilaxis de HB con vacuna para HB y gammaglobulina proporcionadas por la entidad de salud departamental según solicitud y gestión de la IPS<br>- Profilaxis para ITS con antibióticos Ceftriaxona, metronidazol y Azitromicina<br>- Profilaxis de VIH con Zidovudina, Lamivudina, Dolutegravir, Lopinavir/ritonavir, abacavir para sustituir la Zidovudina, y Raltegravir para sustituir Lopinavir/ritonavir, Tenofovir disoproil fumarato, emtricitabina.<br>**• Reposición de medicamentos e insumos del Kit** | 1 | CUENTAN CON LA PRIMERA OPCION DE PROFILAXIS DE VIH PARA MAYORES y menor la primera opcion tambien<br>actualizacion tratamiento profilactivo bajo circular 167 |
| | | | 68 | **Insumos para toma de muestras medico legales:**<br>• Organizador plástico donde se encuentren todos los elementos para la recolección de evidencia forense.<br>• Bolsas de papel kraft diferentes tamaños para empacar las evidencias forenses<br>• Bolsas plasticas transparentes de diferentes tamaños<br>• Cortaúñas<br>• Pinza de punta fina sin garra<br>• Seda dental preferblemente sin cera<br>• Peinilla<br>• Escobillones estériles con fragmento de cinta de enmascarar que permita el rotulado<br>•Opciones para muestras de referencia: 1) Fragmentos esteriles de tela gasa de 2.5 por 2.5 cms. y copas plásticas desechables pequeñas+lancetas 2. Tubos tipo vacutainer tapa lila con EDTA 3) escobillones estériles para toma de saliva 3)Tarjetas FTA®+lancetas<br>•Tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio).<br>•Agujas hipodérmicas para toma de sangre, adaptables al sistema de vacío.<br>• Camisa para toma de muestras de sangre, adaptable al sistema de vacío.<br>• Torniquete<br>• Frascos de polipropileno como mínimo de 20 ml, con boca ancha y tapa rosca hermética, sin preservativos.<br>• Cinta de Seguridad<br>• Rótulos autoadhesivos preimpresos .<br>• Hojas de medio pliego de papel bond 60g blanco<br>• Marcador de punta fina indeleble.<br>• Gasas estériles.<br>• Alcohol antiseptico con frasco lavador<br>• Caja secadora de escobillones<br>• Agua destilada estéril.<br>• Tijeras<br>• Lupa de 2X | 1 | |
| | | | 69 | **Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años**<br>•Al identificarse una menor de 14 años embarazada se considera como víctima de violencia sexual y se inicia activación de ruta. | 0 | NO CUENTAN CON PROTOCOLO INDIVIDUAL, PORQUE NO HAN INICIADO ATENCION CON GINECOLOGIA, CUANDO ESTE HABILITADO LO TENDRAN. EN EL PROTOCOLO 459 TIENE LA ATENCION CON MENORES DE 18 Y MAYORES DE 18 |
| | | | 70 | **Atención Urgente:**<br>• Selección y Clasificación de la victima según Resolución 5596 de 2015 y resolución 459 de 2012.<br>• Triage I o II para la atención de la violencia sexual<br>• Tiempos de ingreso, clasificacion y atencion según priorización | 1 | TRIAG II 6:36AM, 8:15AM |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Resolución 459 de 2012 - Protocolo de la atención por exposición de riesgo biológico laboral y no laboral ante las infecciones de trasmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis B y el virus de la Hepatitis C, 2017. - Protocolo de Atención a la embarazada menor de 15 años del MSPS | ABORDAJE INTEGRAL DE LAS VIOLENCIAS POR RAZONES DE SEXO Y GENERO | ATENCIÓN CLINICA INTEGRAL | 71 | **Valoración medica inicial:**<br>•Anamnesis (motivo de consulta y enfermedad actual)<br>•Antecedentes clinicos (Uso de anticonceptivo, historia menstrual, obstétrica, antecedentes de violencia sexual, Vacunación de HB y tétanos, estado ante VIH, análisis de riesgo biológico)<br>•Examen Físico general (documentando presencia o ausencia de signos, y en búsqueda de fluidos cuando sea necesario según relato)<br>•Examen Clínico Genital y anal (Acorde a tiempo de ocurrencia del evento al momento de la atención y al relato de la victima sobre el tipo de violencia sexual, documentando ausencia o presencia de lesiones, recientes o antiguas, en vulva, pene, región anal, y perianal de manera completa. )<br>• Aspectos de relevancia medico legal (Acciones de lavado, cambio de ropa, Vomito, micción o defecación, y relaciones sexuales consentidas durante la ultima semana antes de la violencia-Solo en caso de ser necesario tomar análisis de DNA)<br>•Examen Mental<br>•Nota de evidencias recolectadas con fines forenses en los caso que aplique<br>•Diagnóstico según clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) para la codificación del diagnóstico de violencia sexual<br>•Conducta/Plan de Manejo segun valoracion inicial<br>•Consentimiento informado para: Toma de muestras para VIH, DIU, IVE, recolección de evidencias forenses según formatos y protocolos especificos<br>•Se brinda asesoría y orientación a la victima sobre sus derechos dentro del sector salud y fuera del mismo en todos los casos.<br>•Orientación en IVE<br>•Remisiones a salud mental<br>•Remisiones a otras áreas según pertinencia | 1 | 1104954270 - 10 AÑOS - MUJER<br>ANAMNESIS: PACIENTE QUE EL AÑO PASADO LA PAREJA DE SU ABUELA INTENTO QUITARLE EL PANTALON MIENTRAS ELLA ESTABA EN LA CAMA<br>ANTECEDENTES CLINICOS NO REPORTA<br>NO NECESIDAD DE GENITO ANAL SEGÚN RELATO DE VICTIMA<br>NO MEDICO LEGAL<br>DIAGNOSTICO T742 ABUSO SEXUAL<br>PLAN DE MANEJO: VALORACION POR PSICOLOGIA, TRABAJO SOCIAL Y PEDIATRIA<br>TS: VIVE CON SU ABUELA MATERNA DE 50 AÑOS, LA BISABUELA, LA MAMÁ Y EL HERMANO - HASTA EL 15 DE ENERO VIVIA CON AGRESOR, INGRESO POR URGENCIAS EL 6 DE MARZO |
| | | | 72 | **Tamizajes para explorar el estado de salud de la victima:**<br>• VIH<br>• Sífilis<br>• Embarazo<br>• VHB<br>• VHC<br>•Diez lancetas | 0,5 | VIH, SIFILIS, EMBARAZO, CEROLOGIA, HB Y HC SOLO AL SER REQUERIDO |
| | | | 73 | **Tratamiento profiláctico completo:**<br>• Infecciones de Transmisión sexual<br>• Anticoncepción de emergencia<br>• Hepatitis B (vacuna y/o Inmunoglobulina, Según aplique)<br>• VIH | 0,5 | CUANDO SEA REQUIRRIDO (KIT PEDIATRICO, MAYOR DE 13 Y GESTANTE (CIRCULAR 167) |
| | | | 74 | **Atención de la salud mental:**<br>• Primera atención en salud mental psicoterapia breve a cargo de profesional de salud mental (Psiquiatría o Psicología en la atención urgente) | 0,5 | NO CUENTAN AUN CON PSICOLOGIA NI PSIQUIATRIA |
| | | | 75 | **Plan de seguimiento:**<br>• Ordenes de seguimientos ambulatorios en salud física (2, 4, 12, 24 semanas, y al año, según se requiera) y mental (Cantidad, según valoración) | 0,5 | SOLO LO REALIZAN HASTA EL AÑO TS |
| | | | 76 | **Seguimientos ambulatorios:**<br>• Seguimientos en salud mental y física efectivos | 0,5 | LE DAN ORDENES |
| | | ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL | 77 | **Reporte y denucia de los casos de violencias sexuales:**<br>•Procedimientos para la reporte y denuncia de los casos de las violencias sexuales a las entidades competentes (ICBF, Fiscalia, Comisaría de Familia y personeria y UNP, Ministerio publico, en caso de victimas de violencia sexuales en el marco del conflicto armado) | 1 | POR CADA PACIENTE TIENEN UN DRIVE DONDE COLOCAN EL REGISTRO DE TODAS LAS DENUNCIAS Y REPORTES QUE SE ENVIAN |
| | | | 78 | **Salvaguardas:**<br>• Coodinación con entidad de proteccion y vigilancia para el acompañamiento en el egreso y traslado de menores de edad, y poblacion vulnerable y/o con riesgo de feminicidio.<br>• Hospitalización por protección. | 1 | |
| | | VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA | 79 | **Registro:**<br>• Fichas de registro Evento 875 eventos de violencia sexual<br>• Fichas de registro Evento 875 en menores de 14 años embarazadas | 0,5 | CUENTAN CON AUXILIAR PARA LA NOTIFICACION DEL SIVIGILA O CARGUE DE FICHAS DE NOTIFICACION, A CORTO PLAZO (15 DIAS PLAZO) SE ESPERA CONTAR CON LIDER DE EPIDEMIOLOGIA |
| | | | 80 | **Notificación SIVIGILA y BAI:**<br>• Busqueda activa y notificación de los casos de violencias basadas en género en adolescentes embarazadas menores de 14 años.<br>• Base de datos evento 875 consolidada. | 0,8 | |
| | | | 81 | **Coordinación sectorial:**<br>• Reporte de los casos identificados a las EAPB para debido seguimiento ambulatorio con copia de las ordenes del plan de seguimiento y demas ordenes según aplique. | 1 | |
| | | | 82 | •La IPS cuenta con agenda anual de un Comité Operativo de Vigilancia Epidemiológica Institucional (COVEI) sobre el tema. | 0,5 | SI PERO APENAS ESTAN ARRANCANDO Y NO CUENTAN CON LA AGENDA ANUAL |
| | | **CRITERIO PONDERACIÓN ABORDAJE INTEGRAL DE VRSG** | | | 15,4 | 73% |
| **TOTAL** | | | | | 15,4 | 73% |




| Ponderación | Clasificación | Interpretación Técnica |
|---|---|---|
| >95% | ÓPTIMO | Cumplimiento integral, evidencia sólida, sin brechas críticas. |
| 85% - 94.9% | ADECUADO | Cumple en lo esencial, brechas menores corregibles. |
| 70% - 84.9% | ACEPTABLE CON MEJORAS | Cumplimiento parcial, requiere plan de mejora formal. |
| 50% - 69.9% | DEFICIENTE | Brechas significativas que afectan la gestión. |
| <50% | CRITICO | Incumplimiento estructural, riesgo sanitario. |