



Salud

Gobierno de la República



HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

PT47:2022

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL
A PERSONAS VÍCTIMAS/SOBREVIVIENTES
DE VIOLENCIA SEXUAL**

Tegucigalpa, M.D.C.

2022

Honduras, C.A.



Salud

Gobierno de la República



HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

PT47:2022

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS
VÍCTIMAS/SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL**

Tegucigalpa M.D.C.

Noviembre, 2022

Honduras C.A



AUTORIDADES

Dr. José Manuel Matheu

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dra. Nerza Gloria Paz

Sub Secretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Suany Violeta Montalván

Sub Secretario de Proyectos e Inversiones

Dra. Elvia María Ardón

Directora General de Normalización

Dr. Saúl Hernán Cruz

Director de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Iris Soveida Padilla Durón

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Isnaya Suyapa Nuila

Directora de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

La Gaceta



DIARIO OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

La primera imprenta llegó a Honduras en 1829, siendo instalada en Tegucigalpa, en el cuartel San Francisco, lo primero que se imprimió fue una proclama del General Morazán, con fecha 4 de diciembre de 1829.



Después se imprimió el primer periódico oficial del Gobierno con fecha 25 de mayo de 1830, conocido hoy, como Diario Oficial "La Gaceta".

AÑO CXLV TEGUCIGALPA, M. D. C., HONDURAS, C. A.

MIÉRCOLES 8 DE MARZO DEL 2023.

NUM. 36,174

Sección A

Poder Ejecutivo

ACUERDO EJECUTIVO NÚMERO 75-2023

LA PRESIDENTA CONSTITUCIONAL
DE LA REPÚBLICA,

CONSIDERANDO: Que según lo establecido en la Constitución de la República, la persona humana es el fin supremo de la sociedad y del Estado, consecuentemente todos tienen la obligación de respetarla y protegerla. En ese sentido, la Constitución establece que el derecho a la vida es inviolable, consagrando el derecho a la protección de la salud de la población hondureña. Asimismo, establece que es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad (artículos 59, 65 y 145).

CONSIDERANDO: Que de conformidad con la Constitución de la República, la Presidenta tiene a su cargo la Administración General del Estado, correspondiéndole entre otras atribuciones,

cumplir y hacer cumplir la Constitución, los tratados y convenciones, leyes y demás disposiciones legales; dirigir la Política General del Estado y representarlo; emitir Acuerdos, Decretos, expedir Reglamentos y Resoluciones conforme a la Ley, así como adoptar medidas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes (artículo 245, numerales 1, 2, 11 y 29).

CONSIDERANDO: Que Honduras, como Estado miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y de la Organización de los Estados Americanos (OEA), ha suscrito y ratificado numerosos Tratados y Convenios internacionales,

SUMARIO

Sección A
Decretos y Acuerdos

PODER EJECUTIVO

Acuerdo Ejecutivo Número 75-2023 A. 1 - 4
Acuerdo Ejecutivo SETRASS 033-2023 A. 5 - 6

OTROS

A. 7

AVANCE

A. 8

Sección B

Avisos Legales B. 1 - 20
Desprendible para su comodidad

mediante los cuales se compromete a garantizar el respeto de los derechos fundamentales de las mujeres y niñas.

CONSIDERANDO: Que el Estado de Honduras ha recibido observaciones y recomendaciones de parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a través del Comité de Derechos Humanos, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Organización Mundial de la Salud (OMS), así como de parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), para que **elimine la actual prohibición de la distribución de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE)** y para que tome las medidas necesarias para asegurar su libre accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad para todas las mujeres, adolescentes y niñas que la requieran en situaciones de emergencia.

CONSIDERANDO: Que la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (Levonorgestrel), forma parte del **Listado de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)**.

CONSIDERANDO: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la PAE es un método confiable y ético al cual las mujeres pueden recurrir en caso de emergencia.

CONSIDERANDO: Que en octubre del 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE) **no es abortiva**, determinando a través de una revisión cuidadosa de la evidencia *“que las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia de Levonorgestrel, son muy seguras. No causan aborto ni dañan la fertilidad futura. Los efectos secundarios son infrecuentes y generalmente leves”*.

CONSIDERANDO: Que aprovechando la ruptura del orden constitucional en Honduras, en pleno golpe de Estado en el año 2009, grupos extremistas promovieron a través de las autoridades de facto la prohibición de la promoción, uso, venta, compra y cualquier política o programa relacionado con la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE), mediante un Acuerdo de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (Acuerdo No.2744 de fecha 24 de octubre del 2009, publicado en el Diario Oficial “La Gaceta”, en su edición No. 32,045). Lo anterior, como una evidente proliferación de discursos de odio o anti-ideología de género aprovechando la ruptura del orden constitucional, con el fin de promover iniciativas que violentan o restringen los derechos de las mujeres.

CONSIDERANDO: Que el Acuerdo donde se declara la prohibición total de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE), en su contenido atenta y lesiona las garantías y libertades declaradas en la Constitución de la República, Convenios y Tratados Internacionales suscritos y ratificados por Honduras.

CONSIDERANDO: Que como consecuencia de la prohibición de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia

La Gaceta

DIARIO OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
DECANO DE LA PRENSA HONDUREÑA
PARA MEJOR SEGURIDAD DE SUS PUBLICACIONES

EDIS ANTONIO MONCADA
Gerente General

DAGOBERTO ZELAYA VALLE
Coordinador y Supervisor

EMPRESA NACIONAL DE ARTES GRÁFICAS
E.N.A.G.

Colonia Miraflores
Teléfono/Fax: Gerencia 2230-2520, 2230-1821
Administración: 2230-3026

CENTRO CÍVICO GUBERNAMENTAL

(PAE), las mujeres en Honduras no han tenido acceso a este método anticonceptivo de emergencia seguro (no abortivo) y se ha obstaculizado su acceso al derecho a la salud, en especial mediante la violación a sus derechos reproductivos.

CONSIDERANDO: Que la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, reconoce los derechos reproductivos de la mujer.

CONSIDERANDO: Que en fecha 18 de agosto de 2022, a solicitud de la Secretaría de Estado en el Despacho de Asuntos de la Mujer (SEMUIER), el Colegio Médico de Honduras (CMH) emitió el dictamen por parte de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras, el cual, en una de sus partes dice que la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE), no es abortiva y no impide la implantación de un óvulo fecundado, ya que no tiene efecto sobre el endometrio, por lo cual no existen condiciones médicas conocidas en las cuales no se deba usar la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE), y que su eficacia se ciñe a su toma en las primeras cuarenta y ocho horas después de la relación sexual, antes de que el óvulo sea liberado desde el ovario y de que el espermatozoide lo fecunde, por lo que no pueden interrumpir un embarazo ya establecido, ni dañar a un embrión en desarrollo.

CONSIDERANDO: Que mediante Acuerdo Ministerial No. 14874-2022 de la Secretaría de Estado en el Despacho

de Salud, emitido el 20 de enero de 2023, publicado en el Diario Oficial “La Gaceta”, en su edición No.36,134, se reformó el Acuerdo Ministerial N°. 2744, con el fin de facilitar una adecuada promoción, uso, venta y compra de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE) para los casos de víctimas sobrevivientes de violencia sexual.

CONSIDERANDO: Que las PAE se distribuyen y utilizan en toda América Latina y en la mayoría de países del mundo, formando un componente clave y básico para el tratamiento de víctimas de violencia sexual, que actúa principalmente previniendo la ovulación. Además, y en observancia a criterios estrictamente científicos, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, estableció oficialmente que la píldora anticonceptiva de emergencia no provoca abortos, información que actualmente se publica en las etiquetas de este medicamento.

POR TANTO,

En uso de las facultades establecidas en los artículos 59, 65, 145, 245 numerales 1), 2), 11) y 29) de la Constitución de la República; 11, 36, 116, 117, 118 y 119 de la Ley General de la Administración Pública; 7 y 67 del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo; artículo 19 de la Ley de Igualdad de Oportunidades

para la Mujer; Acuerdo Ministerial No.2744 de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud emitido en fecha 24 de octubre del 2009; Acuerdo Ejecutivo No. 14874-2022 de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, emitido el 20 de enero de 2023; y demás aplicables.

ACUERDA:

PRIMERO: Dejar sin ningún valor ni efecto en todas y cada una de sus partes el Acuerdo Ministerial No.2744 de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, emitido en fecha 24 de octubre del 2009, publicado en el Diario Oficial “La Gaceta”, en su edición No. 32,045.

SEGUNDO: Garantizar el libre uso, acceso, venta y compra relacionada con la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE), así como su distribución y comercialización en todo el país.

TERCERO: Instruir y autorizar a todas las instituciones del sector salud, para que de forma inmediata, la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE) se reconozca como medicamento autorizado por el Estado en los protocolos de salud que correspondan.

CUARTO: Para el inmediato y debido cumplimiento del presente Acuerdo, la Secretaría de Estado en el Despacho de

Salud (SESAL), deberá proceder a publicarlo y/o notificarlo a las instituciones públicas y privadas del ramo, importadoras, droguerías, distribuidoras, farmacias, laboratorios, fabricantes de medicamentos, profesionales de la salud y población en general e instruir el uso adecuado de dicho medicamento.

QUINTO: Dejar sin valor y efecto en cada una de sus partes el Acuerdo Ministerial 14874-2022 de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud emitido el 20 de enero de 2023, publicado en el Diario Oficial “La Gaceta”, en su edición No. 36,134.

SEXTO: El presente Acuerdo entrará en vigencia a partir de su publicación en el Diario Oficial “La Gaceta”.

Dado en la ciudad de Tegucigalpa, municipio del Distrito Central, a los 08 días del mes de marzo de 2023.

IRIS XIOMARA CASTRO SARMIENTO

PRESIDENTA CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

JOSÉ MANUEL MATHEU AMAYA

SECRETARIO DE ESTADO EN EL

DESPACHO DE SALUD

Aprobación

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización, mediante **RESOLUCION No. 19-DGN-2022, Código PT47: 2022 del 06 de Noviembre del 2022**, me permito aprobar el **“Protocolo de atención integral a personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual”**.

CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	JUSTIFICACIÓN.....	3
3.	OBJETIVO GENERAL.....	5
4.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
5.	ALCANCE.....	5
6.	ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS.....	6
7.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	7
8.	METODOLOGÍA.....	12
9.	ASPECTOS GENERALES.....	12
10.	CUERPO SUSTANTIVO.....	16
11.	HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD.....	51
13.	BIBLIOGRAFÍA.....	58
12.	ANEXOS.....	62

1. INTRODUCCIÓN

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud asumió en 1993, y ratificó en 1996, que “la violencia, en todas sus manifestaciones, es una prioridad de Salud Pública, que amenaza el desarrollo de los pueblos, afecta la calidad de vida y erosiona el tejido social”. Este hecho ha sido reconocido desde entonces por los Ministros de Salud de la Región de las Américas.

La OMS encontró en una investigación que 1 de cada 4 mujeres en América Latina y el Caribe ha sufrido una agresión física o sexual de su pareja íntima y el 12% ha sufrido violencia sexual de parte de otro agresor.¹ En Honduras, según datos del Ministerio Público, desde el 2021 hasta noviembre del 2022 se reportaron 5,721 denuncias de delitos sexuales.²

La violencia sexual es una emergencia médica. La OPS la define como: “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona sin su consentimiento expreso por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito incluido el hogar y el lugar de trabajo”.¹

La violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social e intimidación a la fuerza física. ³ según las oficinas del alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos los cinco grupos más vulnerables a sufrir discriminación en salud son estos 5 grupos (niños y adolescentes, mujeres y niñas, personas con discapacidad, migrantes refugiados y solicitantes de asilo, personas LGTBIQ+ y personas mayores.⁴

La violencia es un problema de salud pública debido a que afecta al desarrollo integral y al bienestar biopsicosocial de la persona. Los efectos de cualquier forma de violencia pueden conllevar condicionantes de la salud como: ansiedad, depresión, comportamiento suicida, embarazo no intencional, infecciones de transmisión sexual, abuso de bebidas alcohólicas, entre otras. Las consecuencias de la violencia sexual para la salud son devastadoras. Estas pueden ser biológicas, psicológicas y sociales, debido a lo cual, es necesaria la intervención en salud en varios sentidos. ⁵

La Secretaría de Salud (SESAL), dentro de su rol rector tiene como función responder de manera eficiente, eficaz y equitativa a las necesidades y demandas de las personas

víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, para brindar una respuesta integral a la población en referencia.

Hace 12 años se constituyó, el Comité de Apoyo Técnico Multidisciplinario integrado por expertos en la temática, quienes elaboraron el documento normativo denominado “Protocolo de atención integral a personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual”.

El presente documento plantea los procedimientos técnicos-médicos necesarios para estandarizar y orientar la atención de las personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, por parte de los proveedores de servicios de públicos y no públicos.

Está estructurado en apartados que permiten el abordaje oportuno para el restablecimiento de la salud; el bienestar físico, mental y social a través de la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, prevención de embarazo producto de la agresión, el tratamiento de secuelas físicas, psicológicas y sociales, así como proporcionar servicios de consejería psicosocial, protección a su integridad, intervención legal, en los casos que la persona víctima/sobreviviente así lo decida, y la preservación de la evidencia médico-legal en los casos que sea posible.

Es importante garantizar el secreto médico ya que la atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual implica realizar acciones como anamnesis y examen físico a personas vulnerables por la agresión.

2. JUSTIFICACIÓN

Este documento se realizó debido a la necesidad de contar con un instrumento normativo, que permita a proveedores de servicios de salud públicos y no públicos, dar respuesta sin ningún tipo de discriminación a la demanda de personas de diferentes ciclos de vida, que acuden en búsqueda de atención posterior a una agresión sexual.

Debido a que las consecuencias de la violencia sexual ponen en riesgo la vida de las personas víctimas/sobrevivientes, el sector salud garantiza y proporciona de forma inmediata y sin ningún tipo de restricción, las medidas preventivas, de atención y seguimiento a fin de reducir el sufrimiento humano y la afectación en la salud de las personas víctimas/sobrevivientes.

El contexto nacional, tanto histórico, social y cultural propicia la ocurrencia de agresiones sexuales. Existe una alta vulneración a los derechos humanos de niñas, niños, adolescentes, mujeres y hombres que son víctimas de la violencia sexual en el marco de relaciones familiares, sociales y de delincuencia común y organizada.⁵

El Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS) en su Boletín de enero a diciembre del 2021 registró que 47.8% de las evaluaciones clínicas realizadas por Medicina Forense en el año 2021 fueron por lesiones personales.

La violencia dirigida a grupos específicos reflejó que el 19.0% de las víctimas evaluadas fueron mujeres agredidas y 3.0% menores maltratados. A lo anterior se sumó el 14.3% vinculado a delitos sexuales y el restante 15.9%, denominado otros.

Medicina Forense realizó durante 2021 un total de 462 evaluaciones médico legales a menores que fueron maltratados por sus cuidadores, 145 casos más que en 2020. El grupo etario con mayor número de víctimas se registró entre los 10 y 14 años de edad con 158 casos y de 0 a 4 años se acumularon 83 menores evaluados.

Las niñas resultaron el grupo más vulnerable al sumar 53.7% de los datos (248). Al igual que años anteriores el maltrato infantil mantuvo un comportamiento descendente a medida que los menores se aproximaron a la mayoría de edad.⁶

El sector salud debe establecer medidas para la reducción de las consecuencias de la agresión sexual, garantizar que la persona víctima/sobreviviente de violencia sexual reciba una atención de calidad que le ayude a restaurar su autonomía, dignidad y que contribuya a su recuperación física y emocional.

Para brindar atención integral a una persona víctima/sobreviviente de violencia sexual, se necesita de trabajo sectorial e intersectorial estructurado, en el que los sectores de salud, protección y justicia tienen competencias complementarias, actuando de una manera articulada y no victimizante.

La Secretaría de Salud por medio del presente protocolo brinda atención que garantice a las personas víctimas/sobrevivientes el derecho fundamental a la salud en relaciones de igualdad y respeto sin la discriminación.

Este documento está basado en los instrumentos jurídicos nacionales e internacionales de derechos humanos, que el Estado de Honduras abraza como parte de su normativa. Dentro del ordenamiento jurídico nacional, la protección y reconocimiento del derecho a la salud se encuentra amparado en la Constitución de la República, el Código de Salud, el Código de la Niñez y Adolescencia, la Ley Especial sobre VIH/SIDA y la Ley contra la Violencia Doméstica, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y la Política Nacional de Género en Salud.

Por otro lado, se encuentra fundamentado de acuerdo a los instrumentos internacionales de derechos humanos como son; la Convención Americana de Derechos Humanos, el Protocolo de San Salvador, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, la Convención de Belem do Pará, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura, la Declaración y Programa de Acción de Viena y la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados.

Este protocolo incluye la protección fundamental del derecho a una vida⁶ digna el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental⁷ y garantizar el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población, tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción⁸, el respeto a la integridad⁷, a no sufrir ningún tipo de discriminación y una vida libre de violencia.⁷

Por tal razón los proveedores de servicios de salud públicos y no públicos deben proveer atención médica integral de calidad⁹, medicamentos avanzados que aseguren el disfrute del progreso científico y tecnológico¹⁰, garantizando que el acceso a los servicios sea en igualdad de condiciones para todas las personas afectadas; en particular la niñez¹¹, la juventud, las mujeres, población LGTBIQ+ y los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad.¹²

3. OBJETIVO GENERAL

Estandarizar la atención integral inmediata y de calidad a las personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual en los servicios de salud públicos y no públicos, sin ningún tipo de discriminación.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantizar en los servicios de salud de la red institucional, una atención integral y prioritaria a las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, para prevenir las consecuencias físicas, psicológicas y sociales.
- Ofrecer tratamiento preventivo para las consecuencias en salud secundarias al evento de violencia como son las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH, Hepatitis B, Tétano, el embarazo y el manejo de lesiones físicas, según necesidad identificada.
- Establecer mecanismo de coordinación institucional entre los proveedores de servicios de salud y el Ministerio Público para facilitar la remisión inmediata conforme corresponda el caso.

5. ALCANCE

Dirigido a los proveedores de servicios de salud públicos y no públicos y de asistencia social que brindan atención en medicina, psicología, enfermería, trabajo social y afines.

5.1 Población Diana

Personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual que soliciten atención en los establecimientos de salud.

6. ACRÓNIMOS, SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS

3TC:	Lamivudina
ARV:	Antirretrovirales
ATA:	Registro diario de atenciones
AZT:	Zidovudina
CIE-10:	Clasificación Internacional de Enfermedades.
CPN:	Control Prenatal
DINAF:	Dirección Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
DNI:	Documento Nacional de Identificación
DSM V:	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
DTG:	Dolutegravir
HC-10:	Hoja de referencia – respuesta
IM:	Intramuscular
INE:	Instituto Nacional de Estadística
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
IV:	Intravenosa
IUDPAS:	Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad
LPV/r:	Lopinavir/Ritonavir
MP	Ministerio Público
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONG's:	Organizaciones No Gubernamentales
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PAI:	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAP:	Primeros Auxilios Psicológicos
PPE:	Profilaxis Post Exposición
RPR:	Reagina Plasmática Rápida
SAI:	Servicio de Atención Integral
SESAL:	Secretaría de Salud
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
TAB:	Tableta
TDF:	Tenofovir
TT:	Toxoide Tetánico
UI:	Unidades Internacionales
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VO:	Vía oral
VPH:	Virus del Papiloma Humano
VSVS:	Víctima/Sobreviviente de Violencia Sexual

7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Para el propósito de este documento aplican los siguientes términos y definiciones:

Acoso Sexual: hostigamiento, asedio, presión ejercida por una persona, frecuentemente desde una posición de poder a otras en una posición subordinada, por medio de insinuaciones y propuestas de tipo sexual, que pueden llegar a provocar en la víctima angustia mental y eventualmente otro tipo de perjuicios, como pérdidas económicas.¹³

Anticoncepción: proceso mediante el cual se utiliza un conjunto de métodos, sustancias o medios para evitar la fecundación o el embarazo no deseado.¹⁴

Anticoncepción de Emergencia: se refiere a los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual. Se recomienda su uso dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual, pero cuanto antes se utilicen después de la relación, mayor es su eficacia.⁷

Autonomía: es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que las o los profesionales de la salud puedan realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico luego de haber comprendido la información proporcionada sobre los mismos.

Confidencialidad: es un acuerdo implícito o explícito del médico de no dar a conocer información relativa a su paciente. Es un deber ético y jurídico de los proveedores de la salud de “proteger la información del o la paciente y no divulgar sin autorización”.¹⁵ La confidencialidad es una garantía de privacidad que la persona necesita en el desarrollo de su vida afectiva. Al personal de salud se le permite entrar en ese espacio solo en la justa medida en que sea necesario para el cuidado de la salud de la persona.

Consentimiento informado: es la decisión voluntaria de él o la usuaria de servicios de salud, después de recibir la información adecuada, de que se le realice un procedimiento, con pleno conocimiento y comprensión de los datos pertinentes, expresada en un documento debidamente firmado o refrendado con la huella digital de la persona interesada y al menos un testigo que de fe. El consentimiento es voluntario cuando él o la usuaria lo otorga por libre voluntad y no mediante incentivos; asimismo puede revocar en todo momento y por cualquier motivo sin perjuicio alguno.¹⁵

Denuncia: es una declaración que se realiza ante una autoridad policial, del ministerio público o judicial sobre un hecho que puede constituir delito. Es la comunicación, ya sea oral o por escrito, de un suceso acontecido que se consideraría una infracción según las tipologías criminales. La denuncia es diferente de la notificación.

Derechos Humanos: son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y a los grupos frente a las acciones que menoscaban las libertades fundamentales y la dignidad humana. Son inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. A los Estados les corresponde respetar, promover y proteger efectivamente los derechos humanos.¹⁶

Derechos Sexuales y reproductivos: se basan en la autonomía de las personas para tomar decisiones sobre su vida, cuerpo, sexualidad, reproducción, salud y bienestar. Incluyen el derecho a tener relaciones sexuales, sin violencia ni bajo presión; a tener hijos cuando lo desea y a expresar la sexualidad. Los derechos reproductivos son esenciales para ejercer el derecho a la salud e incluye el derecho a utilizar servicios de salud reproductiva integrales y de buena calidad, que garanticen la privacidad, el consentimiento libre e informado, la confidencialidad y sobre todo el respeto.¹⁷

Emergencia médica: todas aquellas situaciones en las que se requieren acciones y decisiones médicas inmediatas. Dada la complejidad de la situación o afección estos ponen riesgo de vida en los involucrados.¹⁸

Enfoque de Género: es una manera sistemática de explorar las normas, roles y responsabilidades actuales y potenciales de mujeres y hombres, su acceso y control sobre recursos y beneficios dentro de cualquier situación (proyecto, hogar, comunidad u otro). Identifica, analiza e informa acciones para abordar desigualdades que se lleva de los roles distintos de mujeres y hombres, las relaciones desiguales de poder entre ellos, y las consecuencias de estas desigualdades sobre sus vidas, su salud y su bienestar.¹⁹

Grupos de autoayuda: son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común.

Levonorgestrel: la anticoncepción de emergencia se refiere a métodos que las mujeres pueden usar como respaldo y en caso de emergencia, dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual sin protección, con el objetivo de prevenir un

embarazo no deseado. Los métodos anticonceptivos de emergencia no son adecuados para uso regular.

El régimen de anticoncepción de emergencia recomendado por la OMS es: 1,5 mg de levonorgestrel administrado en una sola dosis.²⁰

Notificación de caso de violencia sexual: transmitir o trasladar información sobre el caso a la entidad competente. Es tarea de esa entidad investigar dicho caso. No implica una denuncia.

Personas transgénero: es un término global que define a personas, hombres y mujeres, cuya identidad de género, expresión de género o conducta no se ajusta a aquella generalmente asociada con el sexo que se les asignó al nacer.²¹

Población Vulnerable: son vulnerables los sujetos o grupos sociales que tienen un nivel superior de exposición al daño o al abuso, debido a que su condición de personas autónomas se encuentra perjudicada o disminuida.

Privacidad: que toda consulta o mención de su caso sea realizada discretamente y que no haya personas presentes que no estén directamente involucradas en su atención, sin su consentimiento. También se refiere a la protección que el proveedor de servicios debe garantizar a la persona víctima/sobreviviente. El personal de salud no debe revelar información sin el permiso del paciente.

Profilaxis posterior a la exposición (PPE) al VIH: es la utilización a corto plazo de los antirretrovirales (ARV) con el fin de reducir la probabilidad de contraer el VIH después de una posible exposición, ya sea de tipo ocupacional (por un accidente relacionado con el trabajo) o no ocupacional (por ejemplo, durante relaciones sexuales sin protección, violación o el uso de materiales de inyección contaminados).²²

Proveedores de servicios de salud: personas naturales y jurídicas, públicas, privadas y mixtas, nacionales o extranjeras, debidamente licenciadas y de preferencia acreditadas (o en vías de serlo) que tienen como objetivo la provisión de servicios de promoción, recuperación y rehabilitación de salud y prevención y control del riesgo y la enfermedad que requiere la población a su cargo, respetando los principios y el enfoque del Modelo Nacional de Salud.⁸

Revictimización: un patrón en el que la víctima de abuso y/o de la delincuencia tiene una tendencia significativamente mayor de ser víctimas nuevamente. Se entiende

como la experiencia que victimiza a una persona en dos o más momentos de su vida, es decir, la suma de acciones u omisiones que generan en la persona un recuerdo victimizante,²³ que tienen que pasar las víctimas después de haber sido afectadas por algún delito (especialmente aquel como el abuso sexual), ante los organismos judiciales, viéndose obligadas a testificar un número infinito de veces, perjudicándose psicológica y emocionalmente de manera más profunda y traumática a la víctima.²⁴ Se deriva de la relación entre la víctima y las instituciones sociales (servicios sociales, sanitarios, medios de comunicación, jurídicos) quienes en algunas oportunidades brindan una mala o inadecuada atención a la víctima.

Salud mental: es un estado de bienestar en el cual cada persona desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad.

Servicios esenciales: conjunto de servicios básicos prestados por el sector de atención sanitaria, los servicios sociales y el sector policial y judicial. Estos servicios deben proteger, como mínimo, los derechos, la seguridad y el bienestar de cualquier persona, que experimente violencia de género.²⁵

Salud sexual: es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar general de las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo económico y social de las comunidades y los países. Considerada afirmativamente requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coerción, discriminación ni violencia.

Salud reproductiva: es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Secreto profesional: obligación ética y legal del personal de salud, de mantener la confidencialidad (secreto) de toda la información que vea, oiga o descubra directamente o indirectamente en el contexto de su relación profesional con el usuario o la usuaria. La información que proporciona una persona al proveedor de salud es privada y confidencial; solo la persona tiene derecho a solicitar y obtener la información médica,

el custodio del expediente clínico es el médico tratante y/o hospital en donde sea tratado el paciente con el fin de mantener la confianza médico-paciente y en todo el sistema sanitario. Toda la información que la persona comparte con el personal de salud es estrictamente confidencial y este no debe revelar sin el permiso de la persona.²¹

Sobreviviente de Violencia Sexual: es aquella que ha experimentado en el pasado una situación de violencia sexual o de género, este término implica al mismo tiempo una situación de resiliencia frente a la acción de violencia que se ha sufrido y un enfoque centrado en la persona sobreviviente para la coordinación y la provisión de servicios.²⁵

Trato reparador: la reparación del daño es un principio general de derecho reconocido a nivel internacional, toda violación de un compromiso implica la obligación de reparar de una forma adecuada. Las sobrevivientes de violencia sexual deben ser tratadas con humanidad y respeto de su dignidad y sus derechos humanos, siempre evitando nuevos daños y traumas. Las reparaciones tienen el potencial de ser transformadoras y ayudar a superar estructuras de desigualdad y discriminación.²⁶

Víctima de violencia sexual: el término “víctima” es usado de forma frecuente en el sector legal y médico para determinar que las distintas formas de violencia de género son crímenes. De igual forma se entenderá por “víctimas” las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o disminución sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente.

Violencia de género: hace referencia a cualquier acto con el que se busque dañar a una persona por su género. La violencia de género nace de normas perjudiciales, abuso de poder y desigualdades de género. Se basa en las diferencias asignadas socialmente a hombres y mujeres.²⁵

Violencia Sexual: todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar, de cualquier otro modo, la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada”.¹³

8. METODOLOGÍA

La Secretaría de Salud en coordinación con diferentes organizaciones elaboró este Protocolo de atención integral para personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, con el propósito de contribuir a disminuir las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales.

Para este fin, la Secretaría de Salud coordinó el comité de trabajo integrado por profesionales de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y de sociedad civil, tales como Instituto Hondureño de Seguridad Social, Secretaría de Asuntos de la Mujer, Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Grupo Estratégico por las PAE, Centro de Derechos de Mujeres y Médicos sin Fronteras, para discutir la estructura y los contenidos del documento, el cual fue elaborado mediante una revisión exhaustiva de bases de datos adscritas a la Biblioteca Virtual en Salud y de documentos normativos existentes en la SESAL.

Adicionalmente, como parte del proceso se hizo consulta con expertos representantes de organizaciones vinculadas con el tema, como son: Asociación Pediátrica de Honduras, Colegio de Psicólogos de Honduras, Alto Comisionado de las Naciones Unidas quienes realizaron las recomendaciones respectivas.

9. ASPECTOS GENERALES

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la violencia sexual comprende el contacto sexual abusivo, al forzar u obligar a la persona a en un acto sexual no consentido, así como la tentativa o consumación de actos sexuales con una persona que está enferma, incapacitada, bajo presión o bajo la influencia de alcohol u otras drogas.²⁷

Se encuentran casos de violencia sexual en cualquier edad, sexo y estrato social; sin embargo, las mujeres, adolescentes, niñas y niños son las principales víctimas de esta problemática. La violencia sexual afecta la salud física y mental de las víctimas/sobrevivientes con consecuencias que se manifiestan tanto de inmediato como muchos

años después de la agresión, tanto en problemas reproductivos como sexuales.²⁷ La mortalidad asociada a la violencia sexual puede deberse a lesiones propias que comprometen la salud de la víctima/sobreviviente, a la infección por VIH, suicidio u homicidio.

En Honduras, la cotidianidad de la violencia provoca en muchas ocasiones que las personas no atiendan las consecuencias que genera, ni reconozcan el impacto que puede tener en sus vidas, tanto a corto como a largo plazo.²⁷ Existen muchos motivos por los cuales las personas no denuncian los incidentes de violencia sexual, ya sea por el estigma, la falta de solidez de los sistemas jurídicos, el temor a represalias o la discriminación.²⁷ Otras de las barreras de acceso es la falta de información acerca de los servicios esenciales.

Las personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual que acuden a los servicios de salud públicos y no públicos en condiciones de alta vulnerabilidad lo hacen enfrentando muchas barreras personales y sociales que el evento de violencia les ocasiona. Una vez allí, la persona víctima/sobreviviente espera y necesita atención integral médica y psicológica para la prevención y/o tratamiento de las consecuencias de la agresión sexual.

La atención que se brinde tendrá que guiarse por los principios rectores de la bioética: confidencialidad, privacidad y autonomía, además, garantizar un trato humano, digno y reparador; procedimientos estandarizados y efectivos para controlar riesgos que el evento tiene sobre su salud física, psicológica, emocional, sexual y reproductiva, su medio familiar y social; y asegurará los insumos médicos necesarios para la aplicación de dichos procedimientos e intervenciones.

9.1 Servicios esenciales en el ámbito de la salud

La violencia sexual indistintamente del tiempo transcurrido es una emergencia médica, que debe ser atendida con prioridad, los tratamientos varían, según las necesidades médicas, el tiempo transcurrido, la edad, el sexo y algunas condiciones como el embarazo, discapacidad física, sensorial o cognitiva, entre otras.

El sistema de salud cumple un rol esencial en el abordaje integral de las personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual desarrollando estrategias que reduzcan los daños asociados, además puede actuar como un importante punto de referencia para otros servicios, por ejemplo, el bienestar social y la asistencia jurídica gratuita.

La primera ayuda psicológica debe ser inmediata, porque la persona sobrevivió a un evento traumático y puede tener daños irreparables para toda su vida. El tratamiento médico para las personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual consiste en la atención oportuna de las lesiones, la aplicación de medicación para prevenir embarazo, tétano, VIH, hepatitis B, así como otras infecciones de transmisión sexual. Para ello el proveedor de salud debe brindar información científica, veraz y objetiva sobre los beneficios y efectos secundarios de los medicamentos así como los riesgos potenciales de la falta de estos, que permita a la víctima, decidir libremente, tomar acciones y someterse o no a un tratamiento sin manipulación ni coerción.

9.2 Deberes de las personas responsables del establecimiento de salud

- Seleccionar un lugar para entrevistar y brindar la atención integral a las personas víctimas/sobrevivientes que asegure la confidencialidad y privacidad.
- Proporcionar recursos para una intervención interdisciplinaria (medicina, psicología, trabajo social, enfermería y afines) donde sea factible organizarlo según la disponibilidad, de lo contrario se implementará con el personal de salud existente.
- Facilitar que la atención sea realizada por personal de salud debidamente capacitado y/o certificado. Se asignará un recurso del mismo sexo, si la persona víctima/sobreviviente lo requiere y si hay disponibilidad.
- Capacitar sistemáticamente a todo el personal.

- Contar con un archivo confidencial, para el resguardo de los expedientes clínicos individuales, debidamente identificados, con una vigencia de 20 años, que contenga referencias realizadas y respuestas recibidas, ahí colocar en la portada de cada carpeta sólo el DNI. Este archivo confidencial será administrado sólo por el o la encargado/a del establecimiento de salud de acuerdo con el nivel de complejidad del servicio de salud.
- Registrar adecuadamente en el ATA el diagnóstico utilizando la clasificación CIE-10 y DSM IV.
- Gestionar y resguardar la existencia de medicamentos, reactivos, inmunobiológicos, equipos médicos, herramientas de aplicabilidad, protocolos de atención y normas relacionadas en versión impresa para el sistema de información.
- Educar a la comunidad sobre la violencia sexual, sus consecuencias e informar de la disponibilidad del servicio y la necesidad de la consulta médica inmediata.
- Evitar la revictimización a las personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual por parte de todo el personal de salud públicos y no públicos que atienden.
- Fortalecer el sistema de referencia-respuesta que incluya: mantener actualizado el directorio telefónico con contactos clave de las instituciones de apoyo social y legal de su comunidad.
- En los casos que lleguen al establecimiento de salud sin interposición de denuncia previa, se deberá brindar manejo integral y posteriormente se realizará notificación institucional del caso a las instancias correspondientes de la Secretaría Salud y otras autoridades competentes. Véase anexo 1.

10. CUERPO SUSTANTIVO

10.1 Atención de la persona víctima/sobreviviente

Véase Herramienta 1: “Algoritmo de atención integral a víctimas/ sobrevivientes de violencia sexual”

10.1.1 Recepción de la persona víctima/sobreviviente, primer contacto:

Una persona víctima/sobreviviente puede ser atendida por demanda espontánea, detección durante la atención médica, por referencia de la comunidad, Ministerio Público u otras instancias no sanitarias (escuelas, iglesias, ONG’s, entre otras).

10.1.2 Evaluación de riesgo vital

Si durante la recepción de la persona víctima/sobreviviente, se identifica algún criterio de referencia inmediata para hospitalización (véase cuadro No. 1) las y los proveedores de salud pública y no pública, deberán realizar un interrogatorio y examen físico dirigido para establecer las causas del riesgo vital y brindar tratamiento de emergencia, según necesidad identificada, con el fin de estabilizar, brindando los primeros auxilios psicológicos.

CUADRO No. 1
CRITERIOS DE REFERENCIA INMEDIATA PARA HOSPITALIZACIÓN
DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE RIESGO VITAL.

BIOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none">● Lesiones físicas severas que requieran tratamiento quirúrgico especializado (cirugía general, ginecología, etc.).● Embarazada abusada sexualmente con amenaza de aborto o parto pretérmino.● Condición médica que ponga en peligro la vida de la víctima.● Condición médica que amerite tratamiento intrahospitalario.
PSICOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none">● Deseo profundo de muerte.● Víctima con intento suicida o con ideaciones suicidas.● Depresión moderada a severa.● Ideas y percepciones anormales, pérdida del contacto con la realidad.● Impulsividad marcada con ideas suicidas y homicidas.
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none">● Víctima/sobreviviente en alto riesgo social.

Fuente: elaborado por el equipo desarrollador, adaptado de Lineamientos de Referencia y Respuesta del Sistema Nacional de Salud de la SESAL

Elaborar la referencia en formato HC-10 y según los lineamientos vigentes del sistema de Referencia-Respuesta, con toda la información médica de la persona víctima/sobreviviente, anotar en el registro diario de atenciones (ATA) con diagnóstico según código CIE-10 y/o CIE-11 y en el libro de referencias.

Referir a la persona víctima/sobreviviente a un establecimiento de salud de mayor complejidad, si existe disponibilidad será acompañado por personal de salud.

Las personas proveedoras de servicios de salud públicos y no públicos, deberán llenar la ficha de violencia sexual con la información que se logre obtener durante la atención de la persona víctima/sobreviviente. Ver herramienta de aplicabilidad No. 2.

10.1.3 Atención Ambulatoria

Si no hay una situación de riesgo vital, las personas proveedoras de servicios de salud debidamente capacitados y/o certificados deberán:

- Saludar e identificarse como el personal de salud que brinda la primera atención.
- Proporcionar primeros auxilios psicológicos.
- Si la persona víctima/sobreviviente llega acompañada, se le debe consultar de forma discreta y privada si desea que el/la acompañante esté presente durante las intervenciones a realizar. En el caso de una persona menor de 12 años siempre debe estar presente otra persona, que puede ser otro proveedor de salud.
- Brindar atención médica tomando el tiempo que sea necesario para escuchar a la persona víctima/sobreviviente, dejando que avance a su propio ritmo.
- Mostrar respeto y comprensión sobre lo que la persona víctima/sobreviviente está diciendo; no juzgar ni criticar; por el contrario, comunicar que el servicio de salud es un espacio de protección para su integridad y para superar la situación que está viviendo.
- Explicar a la persona víctima/sobreviviente que la información recolectada es privada y confidencial. Manifestándole que puede hacer preguntas en cualquier momento y puede aceptar o rechazar un examen o procedimiento.

- Explicar la importancia de los procedimientos y el tratamiento que se le brindará de acuerdo a su necesidad en salud por el tipo de agresión sufrida y el tiempo transcurrido, con el objetivo de prevenir y tratar las consecuencias de la agresión como ser ITS, VIH, embarazo o lesiones que pueda presentar.
- Para evitar múltiples exámenes y más angustia a través de la revictimización, el examen físico puede realizarse simultáneamente con la recolección de evidencia forense/ legal, cuando sea posible, y si la persona víctima/sobreviviente lo desea.
- Con el fin de preparar a la persona víctima/sobreviviente, el examen físico debe ser plenamente explicado. Para la persona víctima/sobreviviente, este examen puede simbolizar el reconocimiento de la agresión y promover, en parte, la curación psíquica, pero también puede ser un recordatorio de la agresión que sufrió. Por lo tanto, ningún examen debe llevarse a cabo sin el previo consentimiento, ya sea una persona menor de edad o un adulto.
- Brindar toda la información necesaria para la toma adecuada de los medicamentos, realización de exámenes de laboratorio, aplicación de vacunas, etc.
- Garantizar a la persona víctima/sobreviviente que, a lo largo del tratamiento, es siempre su elección si desea continuar o no, y que su decisión será respetada sin que esto influya en la garantía y calidad del servicio.
- Si la persona víctima/sobreviviente mayor de edad desea que se recojan pruebas forenses, explique la importancia del tratamiento médico. En los casos con necesidad de profilaxis post exposición al VIH, proporcionar la primera dosis, remitir al MP y dar cita de seguimiento médico en las próximas 24 horas para aplicar el resto de tratamiento requerido.
- Sugerir a la persona víctima/sobreviviente, guardar en una bolsa de papel toda su ropa (para recolección de evidencia).
- Explicar la importancia de hacer consultas de seguimientos en este u otro servicio de salud, así como en otras instancias que se requieran.
- De igual manera ofrecerle la posibilidad de regresar al servicio de salud para realizar consultas médicas según necesidad de la persona víctima/sobreviviente como intolerancia a efectos secundarios del tratamiento, agudización de síntomas y/o deterioro en la salud física y/o mental.

- Explicar a la persona víctima/sobreviviente el derecho y la importancia de denunciar el evento de violencia sexual al Ministerio Público.
- Informar a la persona víctima/sobreviviente la obligación de los prestadores de servicios de salud de notificar el evento de violencia sexual al Ministerio Público.
- En el caso de menores de 18 años, deberá informar inmediatamente al DINAF o a la instancia correspondiente, consignando en expediente médico: fecha, hora y lugar de la notificación.^{28,29}

10.1.4 Características específicas para la atención médica de las niñas y los niños

- En el caso de abuso sexual, es importante aclarar el papel y la presencia de los padres o el representante legal, ya que son los responsables de la protección del menor.³⁰
- Debe garantizarse que las personas que representan o que acompañan, tengan la confianza del menor, para facilitar y controlar su atención médica. Sin embargo, una vez que una relación de confianza se establece, lo mejor es llevar a cabo la entrevista a solas, en los casos en que se sospeche la violencia intrafamiliar, o si los padres no son capaces de protegerla.
- Nunca obligar al menor a someterse a un examen médico, el proveedor de salud público y no público debe tomar el tiempo necesario para explicar el proceso de atención con palabras sencillas que pueda entender, pudiendo ser examinado directamente en el regazo de un tutor/a o persona en que el menor confíe.³⁰

10.1.5 Historia Clínica de Violencia Sexual (Véase herramienta de aplicabilidad No.2)

El objetivo principal de la historia clínica de violencia sexual es contar con un instrumento que permita y facilite la recolección de información de importancia biológica, psicológica de la persona víctima/sobreviviente para determinar qué tipo de atención médica requiere.

Cuadro No. 2
Descriptivo de anamnesis y examen físico

Datos Genelares	Nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, ocupación, fecha y hora de la consulta, dirección actual y nombre de todas las personas presentes en la consulta.
Anamnesis	<p>Hacer el interrogatorio con empatía y sin emitir juicios de valor, con respeto, calidez y sensibilidad.</p> <p>Buscar y/o identifique los motivos de consulta de la persona durante y después de la agresión (dolor abdominal, vaginal, ardor al orinar, molestias anales, en el pene o escroto, etc.)</p> <p>Cuando la persona víctima/sobreviviente ha descrito los hechos, explicar que se necesita saber en detalle lo que sucedió para poder evaluar los posibles daños físicos y establecer un tratamiento. Pedir a la persona víctima/sobreviviente describir exactamente lo que le ha sucedido.</p>
Anamnesis	<p>Si la persona víctima/sobreviviente no responde a una pregunta no es necesario insistir, por el contrario, tranquilizarla diciendo que se entiende lo difícil que es hablar de una experiencia tan dolorosa y que no está obligada a responder a todas las preguntas si se siente incómoda con ellas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fecha, lugar y tipo de violencia sexual más reciente. ● Número de agresores y tipo de parentesco (conocido, desconocido, familiar, pareja). ● Tipo de violencia sexual con penetración: vaginal, anal u oral con el pene, dedos, con y sin objetos. ● Tipo de violencia sexual sin penetración: exposición a pornografía, masturbación u otro acto coersitivo. ● Contacto oral de la boca del agresor, con la cara de la persona víctima/sobreviviente, cuerpo o zona genito-anal. ● Eyaculación en la vagina, ano, boca y en otras partes del cuerpo o fuera de éste.

<p>Anamnesis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Uso de condón y de lubricantes. ● Hace cuánto sufre violencia sexual y frecuencia de la misma. ● Lesiones en otras partes del cuerpo. ● Otros tipos de violencia que se detectan: violencia verbal (insultos, presión psicológica, amenazas a muerte), violencia física, uso de medicación, drogas o alcohol, pérdida de conciencia, confinamiento forzado, uso de armas, estrangulación, agresión con objetos romos u objetos corto punzantes, armas de fuego, restricción de los movimientos de la persona víctima/ sobreviviente. ● Después de la agresión sexual: Si se ha bañado, ha miccionado o defecado, ha vomitado o ha ingerido medicamentos. ● Sugerir guardar en una bolsa de papel su ropa (para recolección de evidencia).
<p>Antecedentes</p>	<p>Médicos, hospitalarios, traumáticos, quirúrgicos, psiquiátricos, de inmunización (tétano, hepatitis B y pentavalente), alergias, atención por otros médicos (relacionadas con el caso). Consumo de drogas, alcohol y medicamentos, antecedentes de vida sexual.</p> <p>En caso de ser mujer u hombre trans: Menarquia, ciclo menstrual, fecha de la última menstruación, relaciones sexuales anteriores a este evento, número de embarazos, número de partos, número de hijos e hijas vivos, complicaciones en el embarazo, pareja sexual actual, última relación sexual consentida, tipo de anticonceptivos usados, uso de terapia de reemplazo hormonal.</p> <p>Si la persona víctima/sobreviviente rechaza la exploración física parcial o total no se debe insistir y tampoco debe ser una condicionante para recibir tratamiento médico.</p> <p>Si la persona víctima/sobreviviente accede, realizar una exploración física céfalo caudal completa, describiendo los hallazgos y utilizar el pictograma (ver historia clínica) para localizar las lesiones encontradas.</p>

<p style="text-align: center;">Exploración Física</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Respetar el pudor de la persona y descubrir su cuerpo parcialmente y de forma progresiva a medida que avanza el examen. ● No limitar el examen clínico en el área genital, el examen se lleva a cabo desde la cabeza a los pies, mientras que se describen con precisión la naturaleza, tamaño y localización de las lesiones. ● Apariencia general, comportamiento y estado mental. ● Signos vitales: presión sanguínea, temperatura, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. ● Peso y talla ● Neurológico: alteraciones secundarias a trauma, convulsiones, alteraciones de la conciencia por consumo de sustancias. ● Cabeza: hematomas, heridas en cuero cabelludo, alopecia por arrancamiento, hundimiento y protuberancias. ● Cara: sangrado nasal, hematomas, fracturas ● Ojos: lesiones, hematomas, equimosis, sangrado, deformidad, edema palpebral, hemorragia conjuntival, etc. ● Boca y garganta: lesiones, petequias en paladar blando, pérdida de piezas dentales, secreciones, lesiones en lengua. ● Oído: heridas, cortaduras, hemorragias, tímpanos perforados. ● Cuello: hematomas, heridas, abrasiones, equimosis. ● Tórax: fracturas costales, lesiones, exploración cardíaca y pulmonar. ● Mamas: equimosis, masas, asimetría. ● Abdomen: hematomas, lesiones. Realizar palpación abdominal para excluir traumatismo interno. ● Miembros superiores: lesiones, hematomas, fracturas. ● Miembros inferiores: lesiones, fracturas, hematomas. ● Piel y anexos: quemaduras, abrasiones, hematomas, equimosis, laceraciones, mordeduras, heridas abiertas, petequias, uñas arrancadas o quebradas, áreas de alopecia por arrancamiento.
--	--

Exploración genito-anal	<p>Realizarlo en posición de litotomía y lateral izquierda para detallar heridas, hematomas, contusiones, arañazos, desgarros en piel, consignando en su caso la ausencia de las mismas.</p> <p>Región genital, anal y glúteos</p> <p>En mujeres u hombres trans:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Colocar a la o el paciente en posición de litotomía, si es posible. ● Buscar escoriaciones, heridas, equimosis, hematomas en monte de venus, vestíbulo vaginal (labios mayores y menores, clítoris y perineo). ● Examen con espéculo en caso de ser necesario y aceptado por la persona víctima/sobreviviente: Deberá inspeccionarse la vagina, en busca de desgarros, secreciones, cuerpos extraños, que pongan en riesgo la vida de la persona víctima/sobreviviente. La visualización del canal endocervical, es sobre todo relevante en casos de dolor pélvico post agresión y sangrado vaginal. ● Se llevará a cabo en el caso de las niñas prepúberes por sospecha de un cuerpo extraño o una herida vaginal profunda, y sólo con un espéculo adaptado para este grupo de edad valorando el uso de sedación en quirófano. ● Tacto bimanual en caso de ser necesario y aceptado por la persona víctima/sobreviviente: para determinar tamaño, forma, consistencia y movilidad uterina, así como la posible existencia de masas o dolor anexial. <p>En hombres:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisión del pene, escroto en busca de hematomas, laceraciones, equimosis, edema, secreciones, escoriaciones, úlceras, verrugas, etc. ● Realizar palpación de testículos en busca de dolor. <p>En ambos sexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realizar exámen de la región anal en posición lateral izquierda, evalúe la forma, dilatación del ano, la presencia de materia fecal en el perineo, sangrado, busque las posibles lesiones del margen anal y pérdida de pliegues radiales, laceraciones, traumatismos, fístulas y lesiones dermatológicas. ● Tacto rectal en caso de ser necesario y aceptado por la persona víctima/sobreviviente: si se sospecha inserción de cuerpo extraño en el canal anal.
--------------------------------	---

Fuente: adaptado de la HC en herramientas de aplicabilidad.

10.2 Laboratorio

En la atención integral de las personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual y de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud, se indican exámenes de laboratorio clínico:

1. Hemograma completo
2. Prueba de VIH previa consejería
3. RPR (sífilis)

Si es una persona víctima/sobreviviente candidata a tratamiento ARV:

1. Transaminasas
2. BUN y creatinina

La realización de los exámenes de laboratorio es importante para el seguimiento de casos, específicamente en las personas víctimas/sobrevivientes que inician terapia de PPE al VIH, pero no son un requisito para el inicio de la profilaxis al VIH, ni de ITS, de tétanos y VHB.³¹

A las 2 semanas después de iniciar la PPE deben realizarse:

1. Hemograma, creatinina, BUN y transaminasas, en seguimiento a efectos de la profilaxis ARV.
2. Después de la prueba basal de VIH previa consejería basada en riesgo, se debe realizar seguimiento de las pruebas de anticuerpos del VIH a las 6 semanas, 3 meses, 6 meses y 12 meses después de la exposición.³²
3. Realización de serología para sífilis, hepatitis B y C, la serología para sífilis se repetirá en 30 días.

10.3 Diagnóstico

Una vez realizada la anamnesis y el examen físico, el/la prestador de servicios de salud debe elaborar diagnósticos basados en la información proporcionada por la persona víctima/sobreviviente, los síntomas, signos o hallazgos encontrados.

Todos los diagnósticos identificados tanto a nivel biológico, psicológico y social, deberán anotarse en la ficha de violencia sexual y registrarse en el ATA de acuerdo a la nomenclatura nacional establecida o la clasificación CIE-10 y DSM IV.

Específicamente para el registro de violencia sexual se utilizarán los códigos:

PJ21	Maltrato o abuso sexual
PE1&XE213	Agresión sexual con fuerza corporal

Otros diagnósticos que deben ser reportados por tener relación con el evento de violencia sexual y que son los que justifican el manejo terapéutico son:

QC90.6	Contacto con y exposición al VIH
QC90.2	Contacto con y exposición a ITS
QC90.5	Contacto con y exposición a hepatitis viral
PL00	Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociadas en su uso terapéutico.
QA04.51	Examen u observación por sospecha abuso sexual
QE82.1	Antecedentes personales de abuso sexual

Todos los diagnósticos (médicos, psicológicos y sociales) pueden originar incapacidad temporal de acuerdo al criterio médico y evolución de la persona.

En el caso que la persona haya sido víctima/sobreviviente de violencia sexual en su ambiente laboral debe clasificarse el riesgo y notificar en la incapacidad laboral según Reglamento General de la Ley del Seguro Social.³²

Así mismo es importante definir el resultado de la determinación de embarazo y si se requiere un método anticonceptivo especificar el método brindado.

10.4 Tratamiento

El manejo y las intervenciones médicas dependerá de las necesidades en salud de cada persona víctima/sobreviviente, del tipo de agresión sexual y el tiempo de evolución, siendo en algunos casos de larga duración, en particular la asistencia en salud mental.

La guías conjuntas de la OMS/OIT recomiendan que, si la PPE está indicada, la primera dosis PPE debe ofrecerse **dentro de las dos primeras horas luego de la llegada de la persona víctima/sobreviviente al centro asistencial**; sin necesidad de autorización de parte de los padres en el caso de los niños, de la realización de exámenes y/o la toma de evidencia forense.³³

De acuerdo a la necesidad identificada se puede ofertar y brindar intervenciones en: Atención Médica:

- Manejo del dolor y lesiones físicas
- Profilaxis Post Exposición a VIH
- Profilaxis para otras ITS
- Profilaxis para Hepatitis B
- Profilaxis Antitetánica
- Determinación y prevención de Embarazo

Atención en Salud Mental

- PAP por el personal de salud debidamente capacitado
- Evaluación necesidad social
- Seguimiento médico, Psicológico y social

10.4.1 Manejo del dolor y lesiones

Las personas víctimas sobrevivientes de Violencia Sexual pueden tener dolor y, por lo tanto, se les debe evaluar y ofrecer alivio del dolor si fuera necesario.

- Evaluar cuidadosamente el dolor e identifique el tipo y patrón de dolor para guiar el tratamiento.
- Preguntar a la persona su dolor, escuchar su historia y cómo la expresa. Solo la persona puede evaluar su nivel de dolor.
- Preguntar acerca de la causa, tipo, patrón, factores agravantes y atenuantes, lugar(es) e intensidad del dolor. Puede haber más de un lugar de dolor, un mapa corporal puede ser útil.
- Utilizar una escala visual numérica/analógica apropiada o una escala de expresión facial adaptada para niños y niñas según la etapa del desarrollo.

- Evaluar el dolor crónico o las condiciones neuropáticas que pueden desarrollarse incluso después de la curación de las lesiones.
- Iniciar con un analgésico del nivel más eficaz para el tipo y la intensidad del dolor.
- Evitar la reaparición del dolor tratando las causas subyacentes cuando sea posible. Usar medicación oral siempre que sea posible. No usar un placebo.
- Reevaluar periódicamente el dolor de la persona y la respuesta al tratamiento.³⁴

Tabla No. 1
Analgesia en personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual

Analgésicos para niños/as y adultos				
Fármaco y vía de administración	Dosis		Efectos secundarios	Notas
	Niñas o niños > 1 mes	Adultos		
Paracetamol VO	15 mg/kg cada 6 a 8 horas (máx. 60 mg/kg al día)	500 mg hasta 1 g cada 4 a 6 horas (máx. 4 g al día)	Sobredosis aguda: necrosis hepática Sobredosis crónica: toxicidad hepática, nefrotoxicidad, trombocitopenia	No tiene efectos adversos sobre la mucosa gástrica o las plaquetas.
Ibuprofeno VO	> 3 meses: 5 a 10 mg / kg cada 6 a 8 horas (máx.30 mg / kg al día) > 12 años: como para adultos	600 mg cada 6 u 8 horas (máx. 2,400 mg al día)	Reacciones alérgicas, dolor epigástrico, úlcera péptica, hemorragia, insuficiencia renal.	Tomarlo con el estómago lleno o después de las comidas. Tiene menos efectos gastrointestinales

Tramadol IM, IV (Para uso en el primer y segundo nivel de atención)	Dosis: 1-2 mg / kg cada 4 a 6 horas (máx. 400 mg / día) > 12 años: como para adultos	50 a 100 mg cada 4 a 6 horas (máx. 400 mg / día)	Estreñimiento, náuseas, somnolencia, mioclonías, convulsiones, depresión respiratoria, hipogonadismo y trastornos respiratorios relacionados con el sueño.	Administrar de 25 a 50 mg cada 12 horas a pacientes de edad avanzada y pacientes con insuficiencia renal o hepática grave. Reduce el umbral convulsivo, debe usarse con precaución en pacientes con epilepsia.
--	--	---	---	--

Fuente: adaptado de la Guía Clínica y terapéutica de MSF 2019, Medicamentos Esenciales de MSF para la analgesia, Guía de MSF-OCBA para el tratamiento clínico de los supervivientes de tortura con dolor persistente.

Si la persona víctima/sobreviviente desea denunciar, explicar la importancia del tratamiento médico de la lesión y cubrir la herida con apósito estéril, sin realizar ningún procedimiento de asepsia, antisepsia y/o reparación, seguir las demás recomendaciones para referir al Ministerio Público.

En los casos en los que la persona víctima/sobreviviente ya fue evaluada por Medicina Forense o no desea interponer la denuncia, pero solicita la atención médica y el manejo de lesiones, se procederá a la curación de heridas según necesidad y de acuerdo a Manual de manejo de heridas, úlceras y quemaduras.³³

Importante: Si durante la recepción de la persona víctima/sobreviviente, se identifica alguna lesión física que comprometa la vida y que tenga criterios de referencia inmediata para hospitalización (véase cuadro No. 1) los proveedores de servicios de salud públicos y no públicos, deberán brindar tratamiento de emergencia con el fin de estabilizar y luego referir a una unidad de salud de mayor complejidad, si existe necesidad y disponibilidad será acompañado por el personal de salud.

10.4.2 Profilaxis Post Exposición a VIH (PPE)

La PPE es una respuesta de urgencia médica cuya finalidad es evitar la infección por VIH después de haber tenido lugar la exposición al virus, consiste en la administración de un régimen de tratamiento de ARV por 28 días inmediatamente después de un contacto potencial con el VIH para evitar la transmisión de la infección.

La eficacia de la PPE disminuye rápidamente tras la exposición, por lo que se recomienda iniciarlo antes de las primeras 6 horas (idealmente en la primera hora) y siempre antes de las 72 horas.

Considerando que las agresiones sexuales, representan un riesgo mayor de transmisión del VIH y de otras ITS, por la presencia de lesiones traumáticas de las membranas, mucosas vaginales, anales o bucales es necesario el manejo oportuno con medicamentos y seguimiento.³⁵

La realización de la prueba de VIH debe ofrecerse a toda persona víctima/sobreviviente de violencia sexual independientemente del tiempo transcurrido desde la exposición (menor de 72 horas o mayor de 72 horas) pero no es indispensable para iniciar la profilaxis; por lo cual la PPE debe iniciarse de forma inmediata en todos los casos de agresión sexual con riesgo de infección y un tiempo de exposición menor de 72 horas.

El examen de VIH debe ser realizado con el consentimiento de la persona víctima/sobreviviente y/o el tutor en el caso de niños y adolescentes, después de recibir la consejería pre prueba y con la entrega del resultado durante la consejería post prueba, explicándole a la persona víctima/sobreviviente, en qué consiste el período de ventana y la importancia de la realización del resto de las pruebas a las 6 semanas, 3 meses, 6 meses y al año de la prueba basal. En los casos en los que no se haya realizado la prueba del VIH en el primer contacto, esta puede ofrecerse y discutirse en la próxima visita de seguimiento.

Si durante la consulta médica, la persona víctima/sobreviviente refiere antecedente de VIH positivo o si su resultado de prueba de VIH es positivo, se le debe brindar primeros auxilios psicológicos según necesidad, explicando la

ineficacia de la PPE, ofertando el resto del manejo terapéutico según riesgo identificado (profilaxis de ITS, profilaxis antitetánica y profilaxis para hepatitis B, determinación y/o prevención de embarazo, manejo dolor y lesiones) e interrogar si ya inició el manejo médico de VIH y referirla al SAI más cercano.

- **Evaluación de riesgo para infección de VIH**

No todos los actos de agresión sexual justifican la PPE. El suministro de la PPE se recomienda luego de realizar una valoración del riesgo, para considerar la probabilidad de adquirir VIH a partir de un evento de violencia sexual.

La PPE no debe estar condicionada por el examen físico; con una adecuada anamnesis se puede determinar la necesidad de uso de PPE.

El proveedor de servicios de salud debe considerar, entre otros aspectos, que la probabilidad de adquirir VIH a partir de un evento de violencia sexual depende de varios factores:

- Trauma oral, vaginal o anal (incluyendo sangrado)
- Sitio del cuerpo sobre el cual ocurre la eyaculación.
- Presencia de ITS
- Presencia de lesiones genitales, ya sea en la víctima o en el agresor.
- Uso de drogas intravenosas por parte del agresor.
- Frecuencia de hechos de violencia sexual.
- Múltiples agresores.
- Si el agresor es VIH positivo.
- Alta prevalencia de VIH en el área geográfica en la cual ocurre la violencia sexual o de la cual es procedente el agresor.
- Tiempo ocurrido entre la exposición al VIH y la iniciación de la profilaxis de VIH.
- Inmunosupresión
- Persona con discapacidad

Importante: En todo caso de violencia sexual con una valoración de riesgo positiva y menos de 72 horas de exposición, se inicia inmediatamente la PPE y se continúa por 28 días.

Esquema de Profilaxis con Antirretrovirales

Debido a que la infección por el VIH es transmisible e incurable afectando la calidad de vida, la PPE con triple terapia tiene como objetivo lograr la máxima supresión de la replicación viral para evitar una infección diseminada a través del uso de antirretrovirales en régimen oral de 28 días.

Cuadro No. 3
Esquemas de Profilaxis con ARV recomendados para adultos, niños, niñas y adolescentes mayores de 30 kg

Adultos, niños, niñas y adolescentes mayores de 30 kg		
Régimen de elección		
Medicamento	Dosis	Frecuencia
Tenofovir/Lamivudina/ Dolutegravir	300mg/300mg/50mg	1 tab combinada V.O cada día por 28 días
Régimen alternativo		
Medicamento	Dosis	Frecuencia
Zidovudina/Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir	300mg/150mg	1 tab combinada V.O. cada 12 horas por 28 días.
	200mg/50mg	2 tab combinada V.O. cada 12 horas por 28 días

Fuente: adaptado de World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: Developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva: WHO; 2020 con los medicamentos y presentaciones del listado nacional de medicamentos de la SESAL.

Nota: El tratamiento profiláctico debe iniciarse lo más pronto posible, preferiblemente en las primeras 6 horas.

Cuadro No. 4
Esquemas de Profilaxis con ARV recomendados para niños (as) de 20 a 30 kg

Niños (as) de 20 a 30 kg				
Régimen de elección				
Medicamento	20 - 24.9 kg		25 - 30 kg	
	Dosis	Frecuencia	Dosis	Frecuencia
Zidovudina/ Lamivudina +	Tableta dispersable 60 mg/ 30 mg	3 tab V.O. cada 12 horas por 28 días	Tableta dispersable 300 mg/ 150 mg	1 tab combinada V.O. cada 12 horas por 28 días
	Dolutegravir	Tableta 50 mg	1 tab V.O. cada día por 28 días	Tableta 50 mg
Régimen alternativo				
Medicamento	20 - 24.9 kg		25 - 30 kg	
	Dosis	Frecuencia	Dosis	Frecuencia
Abacavir/ Lamivudina +	Tableta dispersable 120 mg/ 60 mg	1.5 tab V.O. cada 12 horas por 28 días	Tableta Abacavir 300 mg	1 tab V.O. cada 12 horas por 28 días
			Tableta Lamivudina 150 mg	1 tab V.O. cada 12 horas por 28 días
Lopinavir/ Ritonavir	Tableta 200 mg/ 50 mg	1 tab V.O. cada 12 horas por 28 días	Tableta 200 mg/50 mg	2 tab V.O. por la mañana 1 tab V.O. por la noche por 28 días

Fuente: adaptado de World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: Developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva: WHO; 2020 con los medicamentos y presentaciones del listado nacional de medicamentos de la SESAL.

Cuadro No. 5
Esquemas de Profilaxis con ARV recomendados para niños (as) menores de 20 kg

Niños (as) menores de 20 kg									
Régimen de elección									
Medicamento	Dosis	Número de comprimidos y frecuencia por peso (por 28 días)							
		3 - 5.9 kg		6 - 9.9 kg		10 -13.9 kg		14 - 19.9 kg	
		am	pm	am	pm	am	pm	am	pm
Zidovudina/ Lamivudina +	Tableta dispersable 60 mg/ 30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5
	Lopinavir/ Ritonavir	2	2	3	3	4	4	5	5

Fuente: adaptado de World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: Developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva: WHO; 2020 con los medicamentos y presentaciones del listado nacional de medicamentos de la SESAL.

La persona víctima/sobreviviente y sus familiares deben recibir información sobre la importancia de la adherencia a la terapia, los posibles efectos secundarios y las opciones terapéuticas para disminuir los mismos.

A las personas víctimas/sobrevivientes con vida sexual activa se les debe informar sobre el riesgo de transmisión de VIH y/u otra ITS y se le ofrecerá el uso de condones.

Importante: el embarazo, independientemente de la edad gestacional, no es una contraindicación para recibir la PPE.

En los casos de niños y niñas que cumplan con los criterios clínicos de riesgo para infección por VIH, la PPE se iniciará de forma inmediata, acompañada de atención psicológica, consejería y evaluación socioeconómica, a fin de lograr resultados exitosos de la terapia a largo plazo.³⁶

- Efectos secundarios y toxicidad asociados con antirretrovirales para profilaxis de VIH.

Cuadro No. 6
Efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales

Abreviatura	Nombre correspondiente	Efectos secundarios agudos más comunes (durante las primeras semanas del tratamiento)	Recomendaciones
AZT	Zidovudina	Anemia, neutropenia, náusea, dolor de cabeza, insomnio, dolor muscular y debilidad	Se puede tomar con o sin alimentos.
3TC	Lamivudina	Dolor abdominal, náusea, diarrea, rash y pancreatitis	Se puede tomar con o sin alimentos.
LPV/r	Lopinavir/ritonavir	Diarrea, fatiga, dolor de cabeza, náusea, y niveles de colesterol y triglicéridos elevados	Se absorbe mejor si se toma con las comidas.
TDF	Tenofovir	Náuseas, diarrea, vómito, flatulencia y dolor de cabeza	Se deben administrar durante o justo después de las comidas.
DTG	Dolutegravir	Insomnio, sueños anormales, depresión, ansiedad; cefalea, mareo; náuseas, diarrea, vómitos, flatulencia, molestia y dolor abdominal; erupción, prurito; fatiga	Tomar con los alimentos. No deglutir más de un comprimido a la vez.

Fuente: Adaptado de Manual de atención del Adolescente y Adulto con VIH, SESAL³⁷

Nota importante: según las últimas recomendaciones de la OMS y con base en la evidencia científica, la SESAL a través de la mesa técnica de ARV, aprobó el uso de Dolutegravir el cual ha sido incluido dentro del esquema de tratamiento para personas con VIH y en el Listado Nacional de Medicamentos, en presentación combinada y única.

Se debe hacer una segunda valoración a las 72 horas de administrada la primera dosis de la PPE, para evaluar los resultados de laboratorio de la persona víctima/sobreviviente de violencia sexual y los efectos adversos.³⁶

Los efectos adversos de la PPE pueden ameritar incapacidad laboral temporal con un rango entre 2-4 semanas (inclusive los 28 días que dura la profilaxis antirretroviral), tiempo en que finalizan los efectos adversos o finaliza la profilaxis con antirretrovirales.³⁸

10.4.3 Profilaxis post exposición a otras ITS

Las ITS adquiridas durante la agresión sexual pueden implicar graves consecuencias físicas y emocionales. Gran parte de las ITS como la gonorrea, sífilis, clamidia, tricomoniasis y chancro blando pueden ser prevenidas con el uso de medicamentos de reconocida eficacia.

Esta medida es fundamental para proteger la vida y la salud sexual y reproductiva de las personas víctimas/sobrevivientes, por lo tanto, tan pronto como sea posible, todas las personas víctimas/sobrevivientes deberán recibir tratamiento profiláctico para ITS.

El servicio se basa en realizar sesiones de consejería intensiva para la adherencia, en lugar de orientaciones rutinarias sobre adherencia que se brinda a todas las personas.³⁸

Según el Manual para el Manejo Clínico de las Infecciones de Transmisión Sexual, para profilaxis en personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual:

- a. La atención de las personas víctimas/sobreviviente de violación sexual se orienta a la profilaxis, diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico de las ITS/VIH cuando corresponda y derivación a salud mental para atención especializada y a otras especialidades médicas si procede.
- b. La probabilidad de la transmisión de una ITS depende del tipo de contacto sexual, del tiempo transcurrido y prevalencia de las ITS en la comunidad.
- c. El examen médico debe ajustarse en forma rigurosa a los signos clínicos observados y a los hallazgos encontrados.
- d. Las infecciones como gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis y sífilis pueden ser prevenidas con la administración de fármacos que correspondan a las patologías.
- e. La Hepatitis B también puede ser prevenida con la administración precoz de la vacuna anti-Hepatitis B.

En las mujeres embarazadas, la profilaxis se puede administrar a cualquier edad gestacional.³⁹

Cuadro No. 7
Profilaxis post exposición a ITS

Profilaxis post exposición de las ITS	<ul style="list-style-type: none"> • Idealmente en las primeras 72 horas posteriores al hecho. • Recomendar el uso del condón en toda relación sexual. • Seguimiento de la persona víctima/sobreviviente, citar a la semana por cuatro semanas y a los 3 meses.
Inmunización profiláctica contra la hepatitis B	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar vacunación o completar esquema de vacunación contra hepatitis B. • La vacuna contra el virus de la hepatitis B (VHB) puede aplicarse a mujeres embarazadas y a personas con infección por VHB previa o crónica.
Toxoide antitetánico	<ul style="list-style-type: none"> • La prevención del tétano incluye la limpieza cuidadosa de todas las lesiones. • Si presentan rasguños, cortes o abrasiones, evaluar riesgo de tétano y las personas víctimas/sobrevivientes deben vacunarse con toxoide antitetánico o completar esquema.
Vacuna VPH	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar primera dosis en un primer contacto a las mujeres adolescentes de 11 años y 6 meses después la segunda dosis. • En población en riesgo, la segunda dosis es a los 4 meses.

Fuente: adaptado del Manual para el manejo clínico de las infecciones de transmisión sexual, SESAL, 2021.

- **Tratamiento profiláctico post exposición de ITS en personas adultas y adolescentes**

Cuadro No. 8
Esquemas combinados de Tratamiento profiláctico post exposición de ITS
en personas adultas y adolescentes

Medicamento	Dosis	Frecuencia
Ceftriaxona +	250mg, 1 vial, IM ó IV	Dosis única
Azitromicina +	1 g, VO (2 tab)	Dosis única
Tinidazol ó Metronidazol +	2 g, VO (4 tab)	Dosis única
Vacuna VPH +	Según Norma del PAI	
Vacuna Hepatitis B +	Según Norma del PAI	
Toxoide Tetánico	Según Norma del PAI	

Fuente: adaptado del Manual para el manejo clínico de las infecciones de transmisión sexual, SESAL, 2021.

En personas con antecedentes confiables de alergia tipo I a la penicilina, Stevens Johnson, necrólisis epidérmica tóxica (NET) y anemia hemolítica por penicilinas, no administrar ceftriaxona y hacer control con RPR en la atención de seguimiento. Por tanto, administrar exclusivamente azitromicina y tinidazol o metronidazol e indicar la vacuna para Hepatitis B, VPH, toxoide antitetánico si corresponde.

- **Tratamiento profiláctico post exposición de ITS en niños y niñas**

Cuadro No. 9
Esquemas combinados de Tratamiento profiláctico post exposición de ITS en niños y niñas

Medicamento	< 40 kg		> 40 kg	
	Dosis	Frecuencia	Dosis	Frecuencia
Ceftriaxona + Azitromicina + Tinidazol + Vacuna VPH + Vacuna Hepatitis B + Toxoide Tetánico	125mg, 1/2 vial, IM ó IV	Dosis única	250mg, 1 vial, IM ó IV	Dosis única
	20 mg/kg, VO	Dosis única	1 g, VO (2 tab)	Dosis única
	50 mg/kg, VO	Dosis única	2 g, VO (4 tab)	Dosis única
	Según Norma del PAI			
	Según Norma del PAI			
	Según Norma del PAI			

Fuente: adaptado del Manual para el manejo clínico de las infecciones de transmisión sexual, SESAL, 2021.

*De no disponer de tinidazol, prescribir metronidazol 15 mg/kg cada 8 hrs. por 7 días por vía oral (VO). En casos de niñas y niños menores de 3 años, no utilizar tinidazol, indicar metronidazol.

En el caso que las personas víctimas/sobrevivientes presenten úlceras genitales, deben recibir 2 g de Azitromicina, independientemente de las horas que pasaron desde la agresión sexual o, como alternativa, penicilina G Benzatinica 2.4 UI IM. En embarazadas el tratamiento de elección es Penicilina G Benzatínica 2.4 UI IM.

Metronidazol:

Las mujeres embarazadas pueden ser tratadas con 2 g de Metronidazol en dosis única independientemente del período de gestación.⁴⁰

- **Efectos adversos de la profilaxis post exposición a ITS**

Trastornos gastrointestinales, dolor de cabeza, mareos, reacciones alérgicas y vómitos.

Importante: si la persona víctima/sobreviviente vomita dentro de las dos horas siguientes a la ingesta de los medicamentos, la dosis deberá repetirse.

10.4.4 Prevención de la Hepatitis B

La posición de la OMS sobre la vacuna de Hepatitis B se resume como: “El objetivo principal de las estrategias de inmunización contra la hepatitis B es evitar la infección crónica y sus graves consecuencias, incluyendo la cirrosis hepática y el carcinoma hepatocelular”.

La profilaxis para la Hepatitis B debe ofrecerse a todas las personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, lo antes posible, si no han sido previamente vacunadas o su vacunación ha sido incompleta.

Si la persona víctima/sobreviviente se presenta después de los 6 meses posteriores y está asintomática, la vacuna de Hepatitis B debe administrarse siempre y cuando el esquema de vacunación esté incompleto o el estado de vacunación es desconocido, con el fin de brindar protección futura.⁴¹

Esquema de vacunación

Según el PAI, existe un esquema de vacunación acelerado, en el cual se aplican dosis en los días 0, 7, 21 y una cuarta dosis a los 12 meses. Este esquema provee inmunidad protectora temprana de hasta un año de duración. La cuarta dosis provee protección a largo plazo.⁴¹

Este esquema de vacunación genera niveles protectores de anticuerpos anti-Hepatitis B mucho más rápido que el esquema convencional y sin ninguna diferencia en la tasa de protección sérica al cabo de un año.⁴²

Cuadro No. 10
Esquema de vacunación acelerada contra la Hepatitis B (adultos y niños mayores de 5 años)

Dosis	Día
Primera	Día 0
Segunda	7 días después de la primera dosis
Tercera	21 días después de la primera dosis
Cuarta	12 meses después de la primera dosis

Fuente: Norma de PAI Este esquema está incluido en la Actualización de la Norma de Vacunación con Hepatitis B del Programa Ampliado de Inmunización PAI-Honduras 2013 (Oficio Circular No. 93-PAI-2013).

Efectos adversos

La vacuna puede causar reacciones locales o sistémicas menores: dolor o enrojecimiento en el sitio de inyección, fiebre, dolor de cabeza, mialgia, etc.

Reacciones muy poco comunes: reacción anafiláctica, reacción similar a la enfermedad del sueño, linfadenopatía, neuropatía periférica.

Contraindicaciones

Antecedentes de reacción de hipersensibilidad a alguno de los componentes de la vacuna.

No existen contraindicaciones en el embarazo y lactancia o en casos de infección por VIH sintomática o asintomática.

Importante: en los niños menores de 5 años se recomienda la Vacuna Pentavalente, según esquema vigente del PAI.

Debe ser adaptado de acuerdo al estado de vacunación del niño o niña. La vacuna Pentavalente contiene: 5 antígenos: difteria + toxoide tetánico (TT) + Haemophilus influenza + tos ferina + hepatitis B. ⁴³

10.4.5 Prevención del tétano

Todas las personas víctimas/sobrevivientes deben ser vacunadas contra el tétano, a menos que puedan demostrar que están completamente inmunizadas.

Esquema de vacunación

Ante cualquier persona que presente una herida que podría ser tetanígena se debe evaluar su estado de vacunación y proceder de la siguiente forma, considerar si necesita aplicación de inmunoglobulina tetánica (IGT).

Inmunoglobulina Tetánica:

Las heridas sucias constituyen un riesgo adicional de infección por tétano a menos que la persona esté completamente inmunizada. Debe administrarse la IGT a las personas víctimas/sobrevivientes no inmunizadas, con inmunización incompleta o cuyo estado de inmunización se desconoce, en combinación con la vacuna contra el tétano. ⁴³

Cuadro No. 11
Esquema de vacunación contra Tétanos

Historia de vacunación con Td	Heridas limpias pequeñas		Todas las otras heridas	
	Td	Inmunoglobulina Tetánica (IGT)	Td	Inmunoglobulina Tetánica (IGT)
Desconocida o menor de 3 dosis	Si	No	Si	Si
3 dosis o más	No*	No	No**	No

Fuente: Norma de PAI

* Se debe administrar si la última dosis se recibió hace más de 10 años

** Se debe administrar si la última dosis se recibió hace más de 5 años

Contraindicaciones

- Alergia conocida a la vacuna toxoide tetánico y a la Inmunoglobulina Antitetánica.
- No existen contraindicaciones en el embarazo y lactancia o en casos de infección por VIH sintomática o asintomática.

Efectos adversos:

- Reacciones locales raras y leves: enrojecimiento y dolor en el lugar de la aplicación.

Importante: en niños menores de 5 años de edad utilizar la vacuna pentavalente en lugar del toxoide tetánico solo. En el caso de la IGT usar el mismo esquema que en los adultos.

10.4.6 Determinación y prevención de embarazo

Una de las consecuencias más difíciles en las niñas, adolescentes, hombres trans y mujeres en edad reproductiva víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, es la posibilidad de un embarazo producto de la agresión sexual. Por lo tanto, es importante para la salud física y mental de la sobreviviente, determinar si ha quedado embarazada como resultado de la agresión o ya lo estaba antes de la misma.³⁶

Pruebas diagnósticas

Toda persona víctima/sobreviviente de agresión sexual en edad fértil se le debe realizar una lista de comprobación según sus antecedentes gineco-obstétricos⁴⁴ (ver anexo 2).

Si hay una duda razonable, se debe realizar una prueba rápida de embarazo en la consulta inicial y repetirse de acuerdo a la necesidad, en consideración que la prueba de embarazo de forma exclusiva, no es capaz de determinar un embarazo producto de la agresión sexual.

Si la persona víctima/sobreviviente está embarazada debe ser remitida para atención prenatal³⁶ y si este es rechazado se debe remitir para apoyo psicológico y asesoramiento a nivel multidisciplinario para que se brinde otras alternativas de apoyo (trabajo social, redes comunitarias, etc.).

Si la víctima está embarazada y es VIH positiva, ofrecer PAP, así como el resto de manejo de profilaxis, según necesidad identificada (Profilaxis para otras ITS, vacunación con Hepatitis B y tétano, manejo de dolor y heridas) y referir al SAI.

Prevención de embarazo

Anticoncepción de emergencia con levonorgestrel

En los casos donde hayan transcurrido menos de 5 días (120 horas) de la agresión sexual y si la persona víctima/sobreviviente tiene criterios de riesgo de embarazo producto de la agresión sexual: edad fértil de 10 a 49 años, ausencia de un método anticonceptivo o de planificación familiar, ausencia de embarazo actual, se debe brindar un método eficaz para la prevención de embarazo.¹⁵

El levonorgestrel es una hormona sintética derivada de la progesterona. La medicina basada en evidencia demuestra que el mecanismo de acción principal es inhibir la ovulación, a estas dosis se ha demostrado que no produce ningún efecto sobre el endometrio ni sobre el embarazo si ya se ha producido. Tiene una eficacia del 84% si se usa en los primeros 3 días (72 horas) después de la relación sexual con riesgo.

Método de elección: tabletas con levonorgestrel 1.5 mg en dosis única o dos dosis de 0.75 mg cada 12 horas, siendo el medicamento más eficaz en estos casos y recomendado como primera opción por la OMS.¹⁵

Planificación Familiar

El personal de salud proporcionará a toda persona víctima/sobreviviente en edad fértil, que desee y cuya prueba de embarazo sea negativa, consejería en planificación familiar.⁴⁵

10.5 Atención a la salud mental

Una persona que ha sufrido violencia sexual, enfrenta graves consecuencias en su salud mental; en ocasiones impidiendo su adecuado funcionamiento en la cotidianidad.⁴⁶

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) son la primera ayuda que recibe una persona que ha experimentado un acontecimiento traumático y busca prevenir mayores daños a la salud mental.

El personal de salud que brinde los PAP debe centrarse en observar, escuchar y conectar.

OBSERVAR su estado emocional actual y las reacciones físicas, psíquicas y sociales frente al evento traumático, evaluando sus necesidades, temores y preocupaciones e interviniendo con palabras reconfortantes, libres de victimización o culpabilización.

Adicionalmente es necesario observar si existen riesgos potenciales a su seguridad personal, tanto psíquica como social, con el fin de conectar con otras personas e instituciones que deban intervenir.

CONECTAR también implica brindar información sobre servicios y apoyos sociales según las necesidades de la persona, y/o para protegerla de peligros ulteriores.

ESCUCHAR es la piedra angular de los primeros auxilios psicológicos e implica brindar ayuda práctica y no invasiva, reconociendo que su reacción es natural ante un acontecimiento anormal, como es la agresión sexual. La escucha debe ser activa, es decir, sin interrupciones o sin distractores para el prestador de servicios; debe generar confianza en la persona víctima/sobreviviente de violencia sexual y eso se logra cuando la escucha no culpabiliza, no estigmatiza, es empática y responde a lo que la persona necesita.

Los PAP **deben** brindarse tan pronto como sea posible, en un lugar seguro, privado, para la persona que ha sufrido el acto violento, y que contribuya a la confidencialidad y que preserve su dignidad.

Recomendaciones al aplicar los PAP

1. Contacto y presentación: presentarse de forma amable, mirarle a los ojos, explicarle que la conversación es privada y confidencial, no hacer contacto físico, escucharle de forma activa, evitar distracciones. Este primer acercamiento debe realizarse en un espacio seguro, sin interferencias.
2. Auxilio emocional: preguntar cómo se siente con los hechos que le sucedieron, sin presionarle, permitirle llorar si lo requiere, permitirle que exprese sus emociones y sentimientos, reafirmarle que nada de lo sucedido es su culpa

o responsabilidad, mostrando empatía con las emociones y preocupaciones que la persona víctima/sobreviviente comparte.

3. Alivio y protección: Ayudar a contactar familiares, amigos, o su grupo de confianza. Identificar riesgos en su entorno y buscar salidas para garantizar su seguridad, auxiliándose de otros recursos (familiares, comunitarios, institucionales).
4. Contención, si aplica: Contención emocional, conectar a la persona víctima/sobreviviente con la realidad inmediata (solo si es necesario).
5. Recolección de información (necesidades y temores): Identificar necesidades y preocupaciones inmediatas, reunir información adicional sobre la persona afectada en especial sobre el acontecimiento vital estresante. Explicar, reordenar necesidades y planificar acciones a llevar a cabo.
6. Conexión con la red social de apoyo y otros servicios externos: fomentar la conexión con su red de apoyo: familia, amigos, grupos comunitarios, grupos religiosos, apoyos legales, recursos sociales, etc. Informar de las posibilidades de ayuda médica, dejar en contacto con la red de salud pública o servicios análogos, reforzar el mantenimiento de un contacto adicional en caso de crisis.
7. Pautas de afrontamiento: informar de las reacciones básicas de estrés esperables (físicas y psicológicas), dar pautas de higiene del sueño, normalizar síntomas de estrés agudo (pánico).
8. Referir a las personas víctimas/sobrevivientes hacia la atención psicológica y psiquiátrica según sea la necesidad, cuando los PAP no sean efectivos a la hora de reducir los niveles de estrés, tomando en consideración, los Lineamientos de atención en salud mental y apoyo psicosocial de la Secretaría de Salud.

Cualquier proveedor de salud que realice los PAP debe identificar lo más pronto posible, si la persona ya recibió la atención médica necesaria para prevenir ITS y/o embarazos producto de la violencia sexual.

10.6 Evaluación de necesidades sociales

El personal de salud debidamente capacitado debe evaluar en todos los casos las necesidades de acompañamiento, protección y refugio de las personas víctimas/sobrevivientes, las cuales deben ser atendidas o referidas de acuerdo a la problemática y a la red de servicios disponibles, valorando la confidencialidad. Por motivos de seguridad del personal sanitario del establecimiento público o no público, todas las comunicaciones serán entre instituciones.

Para identificar la necesidad de protección y de refugio de las personas víctimas/sobrevivientes es importante medir el riesgo potencial en que se encuentra la persona tomando en cuenta su percepción, el resultado de la entrevista social y en base a las preguntas orientadoras:

- 1 ¿El agresor o agresora es parte de la familia inmediata?
- 2 ¿El agresor o agresora convive en la misma casa?
- 3 ¿El agresor o agresora es conocido y es fácil que acceda a la persona víctima/sobreviviente?
- 4 ¿La familia cree en lo narrado por la persona víctima/sobreviviente?
- 5 ¿Hay riesgos asociados a otros miembros de la familia de la persona víctima/sobreviviente de violencia sexual?
- 6 ¿Hay riesgos asociados a personas con discapacidad cercanos a la persona víctima/sobreviviente que queden en el entorno del posible agresor o agresora?
- 7 ¿Hay riesgos de que la persona víctima/sobreviviente de violencia sexual reciba maltrato psicológico debido a la culpabilización por la violencia sexual o por denunciar al agresor, especialmente si es familiar (rechazo y hostilidad o estigmatización)?
- 8 ¿La persona víctima/sobreviviente está expuesta a otro tipo de violencia como violencia doméstica u otras que constituyen un riesgo? Ejemplo: Prostitución infantil, trata de personas, entre otros.
- 9 ¿El agresor o agresora porta armas de fuego o de otro tipo, pertenece a cuerpos armados de seguridad pública, privada o ilegal?

De acuerdo al resultado de las preguntas anteriores, apoyar a la persona víctima/sobreviviente en la elaboración del plan de seguridad (véase anexo 5), considerando su disposición para buscar apoyo psicológico, jurídico y seguimiento médico. Se recomienda involucrar a una persona de su confianza para que le acompañe en este proceso.

Siguiendo el enfoque de integralidad de la atención, este paso debe coordinarse con el resto de actores que intervienen, como operadores de justicia y otras instituciones u organizaciones de la sociedad civil y redes organizadas que trabajan apoyen a personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. Cada centro asistencial deberá contar/crear con un directorio telefónico actualizado de instituciones y organizaciones que brindan atención en su región o comunidad.

Los niños/as y adolescentes son otro grupo vulnerable que requiere una consideración especial, particularmente los niños separados de sus cuidadores primarios. Para ello se requerirá el abordaje que se sugiere en el Lineamiento de Atención en Salud Mental y apoyo Psicosocial a Víctimas Sobrevivientes de la Violencia en todas sus Formas de la Secretaría de Salud, 2022. Este abordaje deberá garantizar intervenciones adecuadas y diferenciadas de acuerdo con la edad y situación de violencia de la víctima sobreviviente de abuso sexual, además de propiciar confianza, confiabilidad, comprensión, protección y las remisiones pertinentes de acuerdo con la situación que lo requieran (servicios médicos, acompañamiento psicológico etc.).⁶²

10.7 Plan de seguridad

No existe un plan de seguridad estándar para todas las personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. El plan debe realizarse tomando en consideración las necesidades y el contexto de cada una de las personas víctimas/sobrevivientes, valorando el peligro de reincidencia, específicamente cuando este es inmediato o potencial. Ver anexo No. 3.

10.7.1 Evaluación de los recursos de apoyo

- Identificación de lugar seguro: familia, amistades, casa refugio, instituciones públicas o privadas.
- Si el destino es una institución donde se puede brindar refugio, se deben conocer los criterios de ingreso, el perfil de atención, el apoyo brindado y la oferta de servicios, requisitos de ingreso (documentos, constancias, remisiones oficiales etc.), en caso de que la persona víctima/sobreviviente tenga familia dependiente, consultar si también se puede brindar refugio.
- Evaluar la posibilidad de un cambio de domicilio.

10.7.2 Consolidación y ejecución

- En todos los casos se debe dar información sobre los servicios locales disponibles para la atención y protección de las personas víctimas/sobrevivientes.
- Si no se evidencian riesgos de reincidencia, se fortalecerá a la persona víctima/sobreviviente y su familia en el ejercicio de comportamientos protectores y auto protectores.
- Si existiera peligro de muerte o reincidencia de la agresión sexual, se debe orientar a la persona víctima/sobreviviente en su derecho de acceder a la justicia. En caso de que decida acceder a la justicia y a la protección, el personal de salud proveerá los contactos necesarios para que sea atendida por dichas instituciones.

10.7.3 Monitoreo

Los planes de protección deben tener un monitoreo institucional constante, con el objeto de garantizar la seguridad de la persona víctima/sobreviviente.

Para ello es imprescindible:

- Disponer de procesos de referencia y respuesta internos con las otras instituciones o actores competentes.
- Elaboración del informe social de personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual.

10.9 Seguimiento médico, psicológico y social.

Cada persona víctima/sobreviviente experimenta y enfrenta el trauma de la violencia sexual dentro de su propia cultura y sociedad y es posible no regrese para su seguimiento. De ahí la importancia de brindar la mayor parte de información y servicios en la primera intervención, de manera clara y sencilla. Cuando sea posible, utilizar información escrita, brindar folletos informativos con asesoramiento estándar y proporcionar la primera ayuda psicológica (observar, escuchar, conectar).

Es importante darle a la persona víctima/sobreviviente la oportunidad de hacer preguntas y expresar inquietudes y de resaltar que el seguimiento médico, psicológico y social busca:

- A. Establecer el esquema y las fechas de seguimiento según necesidades en salud física y mental.
- B. Identificar los signos de embarazo, si los hubiera.
- C. Proponer una prueba de VIH a los 6 meses siguientes (con consejería pre y post test).
- D. Evaluar la cicatrización de heridas y el estado de vacunación hasta la fecha.
- E. Evaluar el impacto del evento contra el estado psicológico de la persona víctima/sobreviviente.
- F. Garantizar el seguimiento psicológico.
- G. Evaluar la necesidad de protección y/o refugio.
- H. Evaluar el cumplimiento del tratamiento prescrito.
- I. Fortalecer la adherencia al régimen PPE de 28 días.

El seguimiento debe realizarse en un establecimiento de salud que cuente con las condiciones necesarias para la atención, por ejemplo, los SAI. En todos los casos, la persona víctima/sobreviviente no debe ser estigmatizada y el apoyo no debe invadir la vida de la persona víctima/sobreviviente.

Documentar en la historia clínica la próxima visita programada y comunicar claramente a la persona víctima/sobreviviente.

La o el proveedor de servicios de salud debe entregar información por escrito para que la persona víctima/sobreviviente y/o su tutor conozcan los puntos claves de las visitas de seguimiento. Si la persona víctima/sobreviviente no sabe leer y escribir, el mensaje debe darse verbalmente y por escrito a una persona de confianza.

Si no se le dio PPE, el seguimiento se llevará a cabo a las 2 semanas y a los 3 meses después de la consulta, pero es flexible de acuerdo con la necesidad médica.

Referencia-Respuesta y seguimiento:

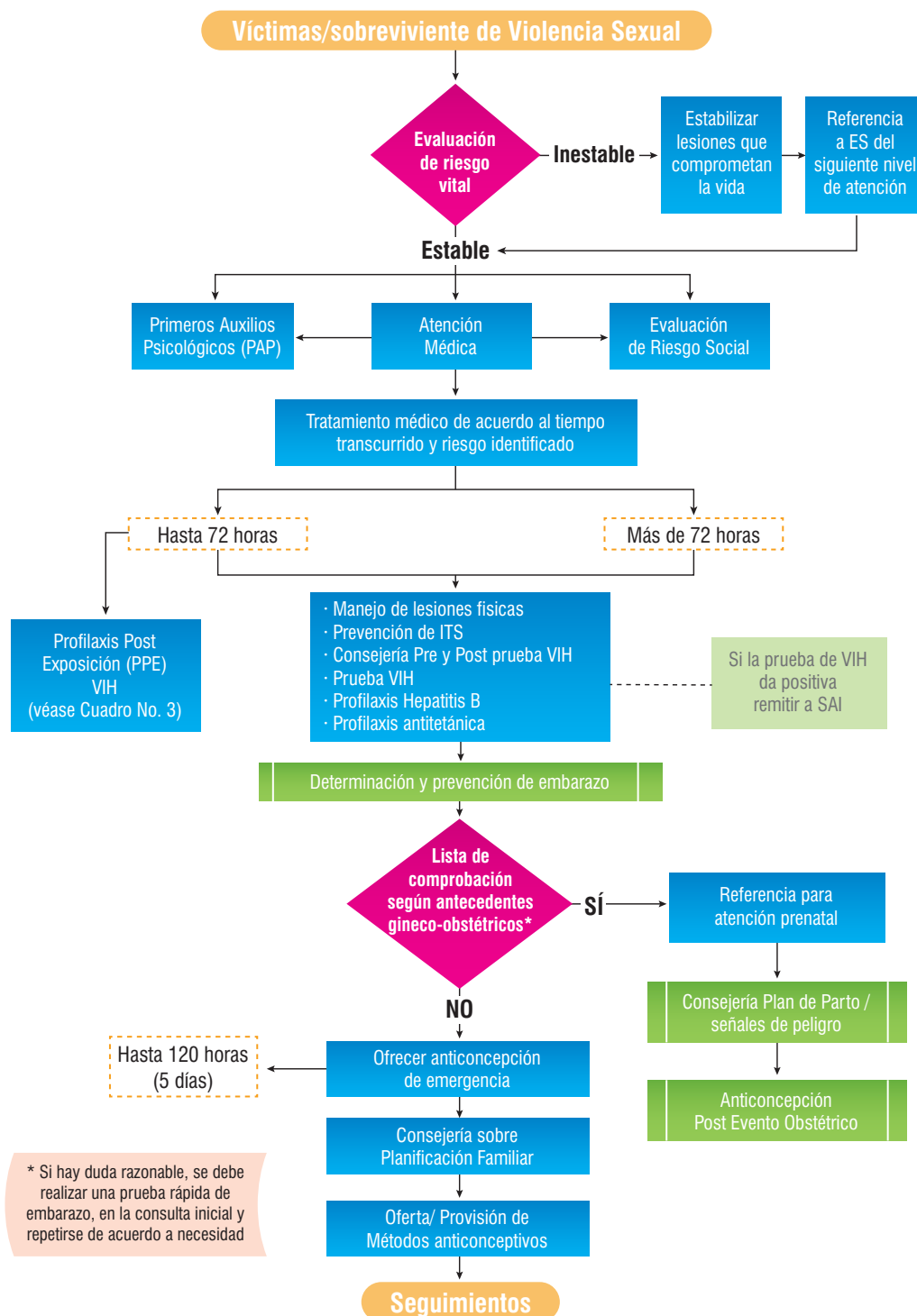
El funcionamiento adecuado de la referencia-respuesta requiere establecer coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales, para identificar los servicios disponibles para la atención especializada y oportuna a las personas afectadas por violencia sexual.

Aplicar la boleta de referencia-respuesta de la SESAL y registrar su actuación en el libro de registro del establecimiento de salud, especificando el lugar hacia donde se remite.

Se establecerá el plan de seguimiento, planificando las interconsultas u otras citas requeridas, según las necesidades de atención de la persona víctima/sobreviviente, el cual será realizado por el equipo de salud que la atendió inicialmente, con la finalidad de conocer la efectividad del tratamiento y asumir la corresponsabilidad por la atención integral.

11. HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD

Herramienta 1: Algoritmo de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual



Fuente: elaborado por el equipo desarrollador.

Herramienta 2: Historia Clínica de Violencia Sexual



SECRETARÍA DE SALUD HISTORIA CLÍNICA DE VIOLENCIA SEXUAL



1. Fecha de llenado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	2. Hora: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	3. Número de expediente: <input type="text"/>
4. Establecimiento informante: <input type="text"/>	5. Código del establecimiento: <input type="text"/>	
6. Procedencia del caso:	6.1 Demanda Espontánea: <input type="text"/>	6.2 Detección por Tamizaje: <input type="text"/>
6.3. Referido: <input type="text"/>		
7. Referido por: <input type="text"/>		

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

8. Nombre: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Según DNI	1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido
8.1 Nombre: <input type="text"/>	<input type="text"/>	8.2. Testigo protegido: <input type="checkbox"/>	
Asumido	1er. Nombre	1er. Apellido	
9. Edad: <input type="text"/>	10. Sexo biológico: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	10.1 Género: Fem <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>	
11. Número de Identidad: <input type="text"/>			
12. Fecha de Nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	13. Procedencia: <input type="text"/>		14. Estado civil: <input type="text"/>
Día Mes Año			
15. Escolaridad: <input type="text"/>	16. Ocupación: <input type="text"/>		17. Teléfono: <input type="text"/>
18. Domicilio: <input type="text"/>			
19. ¿La víctima viene acompañada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
20. Acompañante: <input type="text"/>			
20.1 Parentesco o relación con la víctima: <input type="text"/>			
20.2 Nombre: <input type="text"/>			
1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido

21. Fecha del Incidente: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	22. Hora: <input type="text"/> <input type="text"/>
Día Mes Año	

23. Narración del hecho, según relato de la víctima (qué, cómo, cuándo, en tercera persona: paciente refiere...)

24. Violencia asociada: 24.1 Intimidación o engaño <input type="checkbox"/> 24.2 Uso de fuerza corporal <input type="checkbox"/> 24.3 Agresión con objeto romo <input type="checkbox"/> 24.4 Agresión con arma blanca <input type="checkbox"/> 24.5 Agresión con arma de fuego <input type="checkbox"/> 24.6 Agresión bajo los efectos del alcohol y/o drogas <input type="checkbox"/> 24.7 Agresión con ahorcamiento <input type="checkbox"/> 24.8 Agresión con fuego <input type="checkbox"/> 24.9 Otros: <input type="text"/>	25. Tipo de Violencia Sexual: 25.1 Acoso Sexual <input type="checkbox"/> 25.2 Tocamiento <input type="checkbox"/> 25.3 Intento de violación <input type="checkbox"/> 25.4 Penetración Forzada <input type="checkbox"/> 25.5 Abuso Sexual <input type="checkbox"/> 25.6 No planificación familiar <input type="checkbox"/> 25.7 Posición sexual indeseada <input type="checkbox"/> 25.8 Incesto <input type="checkbox"/> 25.9 Explotación Sexual <input type="checkbox"/>	26. ¿Penetración? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 27. Tipo de Penetración: 27.1 Digital <input type="checkbox"/> 27.2 Peneana <input type="checkbox"/> 27.3 Con objeto <input type="checkbox"/> 27.4 Desconoce <input type="checkbox"/>	28. Área de Penetración: 28.1 Oral <input type="checkbox"/> 28.2 Vaginal <input type="checkbox"/> 28.3 Anal <input type="checkbox"/> 28.4 Desconoce <input type="checkbox"/> 29. ¿Ocurrió eyaculación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/>
30. ¿En qué lugar hubo eyaculación? 30.1 Vulva <input type="checkbox"/> 30.5 Boca <input type="checkbox"/> 30.2 Vagina <input type="checkbox"/> 30.6 Otras superficies del cuerpo <input type="checkbox"/> 30.3 Ano <input type="checkbox"/> 30.7 Desconoce <input type="checkbox"/> 30.4 Recto <input type="checkbox"/> 30.8 No responde <input type="checkbox"/>	31. Uso de preservativo: 31.1 Con preservativo <input type="checkbox"/> 31.2 Sin preservativo <input type="checkbox"/> 31.3 Desconoce <input type="checkbox"/> 31.4 No responde <input type="checkbox"/>	32. ¿Uso de alguna sustancia durante la agresión (lubricantes, gel, espuma, espermicida)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>	
33. Tipo de agresor: 33.1 Pareja <input type="checkbox"/> 33.2 Persona Conocida <input type="checkbox"/> 33.3 Persona Desconocida <input type="checkbox"/> 33.4 Familiar <input type="checkbox"/>	34. Número de agresores: 34.1 Un agresor <input type="checkbox"/> 34.3 Más de 5 agresores <input type="checkbox"/> 34.2 De 2 a 5 agresores <input type="checkbox"/> 34.4 Desconoce <input type="checkbox"/>		
35. ¿Fue agredido/a sexualmente en más de una ocasión? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces? <input type="text"/>			
36. ¿La víctima fue mordida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		37. ¿La víctima mordió al agresor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
38. ¿Amenaza de Muerte? Directa <input type="checkbox"/> Indirecta <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
39. Lugar / contexto donde ocurrió la agresión: 39.1 Hogar <input type="checkbox"/> 39.6 Lugar comercial <input type="checkbox"/> 39.2 Trabajo <input type="checkbox"/> 39.7 Migración <input type="checkbox"/> 39.3 Institución <input type="checkbox"/> 39.8 Desconoce <input type="checkbox"/> 39.4 Vía Pública <input type="checkbox"/> 39.9 No responde <input type="checkbox"/> 39.5 Transporte <input type="checkbox"/> 39.10 Otros: <input type="text"/>	40. Rapto: 40.1 No <input type="checkbox"/> 40.2 Menos de 24 horas <input type="checkbox"/> 40.3 Más de 24 horas <input type="checkbox"/> 40.4 Especificar tiempo: <input type="text"/> 40.5 Desconoce <input type="checkbox"/>		41. Tiempo transcurrido entre la agresión y la atención médica: 41.1 Menos de 72 horas <input type="checkbox"/> 41.2 De 72 horas a 120 horas <input type="checkbox"/> 41.3 De 120 horas a 1 mes <input type="checkbox"/> 41.4 De 1 mes a 6 meses <input type="checkbox"/> 41.5 Más de 6 meses <input type="checkbox"/>
42. Motivo de demora en la atención (mayor de 72 horas): 42.1 No aplica <input type="checkbox"/> 42.6 Falta de acompañamiento <input type="checkbox"/> 42.2 No acceso a servicios de salud <input type="checkbox"/> 42.7 Desconocimiento de existencia de tratamiento <input type="checkbox"/> 42.3 Prioridad de denuncia en MP <input type="checkbox"/> 42.8 Temor al rechazo profesional <input type="checkbox"/> 42.4 Temor a represalias del agresor <input type="checkbox"/> 42.9 Afectación física <input type="checkbox"/> 42.5 Falta de dinero <input type="checkbox"/> 42.10 Afectación emocional <input type="checkbox"/>			

HISTORIA MÉDICA

43. Escriba otros datos de importancia médica obtenidos durante la anamnesis y/o interrogatorio por sistemas:

ANTECEDENTES

44. Vacunación:

44.1 Vacuna contra el Tétanos:

Esquema completo Con carnet Sin carnet Desconoce
Esquema incompleto Con carnet Sin carnet Desconoce

Dosis Aplicadas: 1era. dosis
2da. dosis
3era. dosis
4ta. dosis

Fecha última dosis
Día Mes Año

44.2 Vacuna contra la Hepatitis B:

Esquema completo Con carnet Sin carnet Desconoce
Esquema incompleto Con carnet Sin carnet Desconoce

Dosis Aplicadas: 1era. dosis
2da. dosis
3era. dosis

Fecha última dosis
Día Mes Año

45. Datos Gineco-Obstétricos: 45.1 No aplica

45.2 Gestas: 45.3 Partos: Vaginales: Cesáreas: 45.4 Abortos: 45.5 Desconoce

45.6 Fecha del último parto: Día Mes Año 45.7 Fecha del último aborto: Día Mes Año 45.8 Desconoce

45.9 ¿Alguna vez se ha realizado citología vaginal? Sí No No responde

45.10 Fecha de última citología vaginal: Día Mes Año No aplica

46. Periodos Menstruales: 46.1 No aplica

46.2 ¿Menarquia? Sí No 46.3 Fecha de última menstruación: Día Mes Año 46.4 No sabe 46.5 ¿Amenorrea por uso de método de Planificación Familiar? Sí No

46.6 ¿Menstruación durante la agresión? Sí No

47. Métodos anticonceptivos que usa: 47.1 No aplica 47.2 Ninguno

47.3 Preservativo 47.4 DIU 47.5 Inyectable mensual 47.6 Inyectable trimestral 47.7 Anticonceptivos Orales

47.8 Esterilización 47.9 Métodos basados en el periodo de fertilidad 47.10 Lactancia materna exclusiva

47.11 Tiempo de uso del método: 1 mes 3 meses 6 meses Más de 6 meses

48. Embarazo Actual: 48.1 No aplica

48.2 ¿Está embarazada? Sí No Desconoce 48.3 Edad gestacional:

49. Historia Sexual Actual: 49.1 No aplica

49.2 ¿Vida sexual activa? Sí No No responde 49.3 Fecha de última relación sexual consentida: Día Mes Año Desconoce

50. Antecedentes Patológicos, Quirúrgicos, Alergias: 50.1 Ninguno

50.2 Enfermedades relevantes:

50.3 Tratamiento actual:

50.4 ¿Cirugías previas? Sí No ¿Cuáles?

50.5 ¿Alergia a Penicilina? Sí No Desconoce No responde

50.6 ¿Alergia a otros medicamentos? Sí No Desconoce No responde ¿A cuáles?

50.7 Otros antecedentes de importancia:

51. Diagnóstico previo de VIH: 51.1 Positivo Negativo Desconoce No responde

51.2 ¿Tratamiento Anti-Retroviral? No aplica Sí No Desconoce No responde

52. Antecedente de Agresiones Sexuales: 52.1 Anteriormente, ¿ha sido víctima de violencia sexual? Sí No No responde

52.2 Número de agresiones sexuales anteriores: No aplica Una Dos Tres Cuatro o más Desconoce

52.3 Fecha de la última agresión: Día Mes Año Desconoce

52.4 Tiempo transcurrido en la última agresión y la actual:

52.4 ¿Ha realizado denuncias por agresiones sexuales previamente? Sí No No responde No aplica ¿Cuántas veces?

53. Antecedente de Profilaxis Post-Exposición para Prevención del VIH: 53.1 No aplica

53.2 ¿Alguna vez ha tomado Profilaxis Post-Exposición para prevención del VIH? Sí No No responde

53.3. ¿Cuántas veces ha tomado Profilaxis Post-Exposición para el VIH? 53.4 No aplica

Una vez Dos veces Tres veces Cuatro o más Desconoce

53.5 Fecha de última Profilaxis Post-Exposición para el VIH: Día Mes Año Desconoce

53.6 ¿Finalizó la última Profilaxis Post-Exposición para el VIH?: Sí No

EXAMEN FÍSICO

54. ¿La víctima dió su consentimiento para la realización de examen físico? Si No

55. Estado de conciencia Firma y huella: _____

55.1 ¿Conciente?: Si No Especificar: Somnolenta/o Comatoso

55.2 Orientada/o en: Persona Si No Tiempo Si No Espacio Si No

55.3 Apariencia General: ¿Anormalidades? Si No

56. Estado Emocional:

¿Anormalidades? Si No Llanto Si No Ideación suicida Si No Calmado/a Si No Ansiedad Si No Miedo Si No

57. Signos Vitales y Medidas Antropométricas:

Temperatura: Presión Arterial: Pulso: Frecuencia Respiratoria: Peso en Kilogramos: Talla:

58. Hallazgos durante el examen físico: En caso de anomalía describa en Observaciones.

Cabeza: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Naríz: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Cavidad oral: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Oídos: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Ojos: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Cuello: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Tórax: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
Mamas: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Abdomen: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Genitales: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Glúteos: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Región anal: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Extrem. Superiores: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Extrem. inferiores: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: _____

59. ¿Condición de Riesgo Vital? Si No

59.1 Inconsciencia 59.2 Hipotensión Arterial 59.3 Hemorragia Externa Interna 59.4 Fractura 59.5 Lesión Profunda

59.6 Traumatismo Torácico 59.7 Traumatismo Abdominal 59.8 Traumatismo genital: Sí No Desgarro Vaginal Desgarro Anal

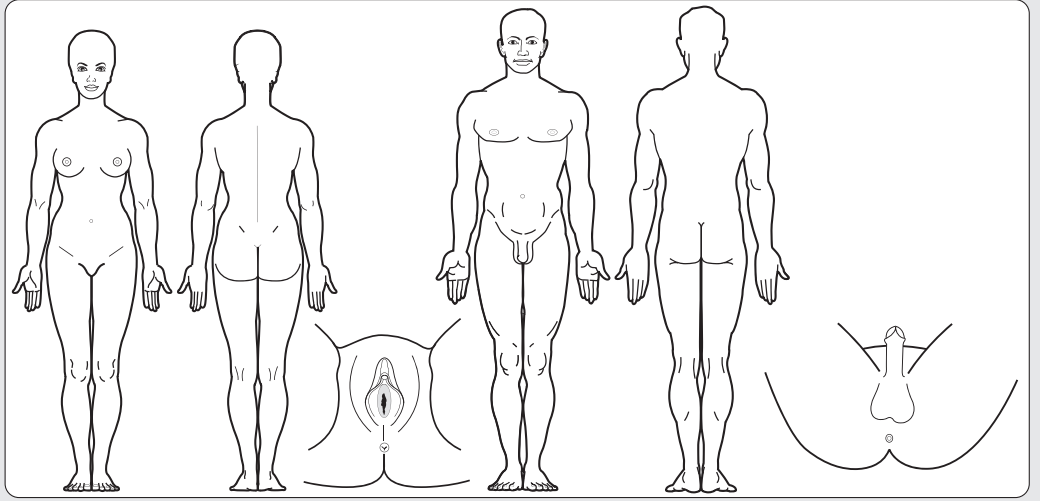
59.9 Emergencia Obstétrica: Sí No Sospecha de: Aborto Parto Pretérmino Sufrimiento fetal

59.10 Emergencia Psiquiátrica: Sí No Ideación Suicida Intento de Suicidio

Otros: _____

ESQUEMAS

Ubicación anatómica de las lesiones identificadas:



LABORATORIO

60. Exámenes Indicados:

60.1 ¿Consejería pre y post para prueba de VIH? Si No

Test	Fecha	Positivo	Negativo	No ofrecido	Rechazado	Pendiente
60.2 Prueba rápida para VIH:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
60.3 Prueba de embarazo:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
60.4 Otros:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

61. Impresiones y Diagnósticos Médicos:

1) _____

2) _____

3) _____

TRATAMIENTO PRESCRITO

62. Medicamentos y manejo de lesiones:

62.1. ¿La víctima dió su consentimiento para la Profilaxis Post-Exposición para VIH?

Observaciones: _____

Tratamiento	Sí	No indicado	Rechazo por parte del paciente	Medicamentos y dosis de pacientes mayores de 30 kg.	Dosis para pacientes menores de 30 kg.	Dosis inicial del tratamiento		
						1 día	3 días	1 semana
Profilaxis Post-Exposición a VIH				<input type="checkbox"/> Tenofovir/Lamivudina/Dolutegravir 300 mg/300 mg/50 mg 1 tableta cada día por 28 días ó <input type="checkbox"/> Zidovudina/Lamivudina 300 mg/150 mg 1 tableta cada 12 horas por 28 días + <input type="checkbox"/> Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg 2 tabletas cada 12 horas por 28 días				

Tratamiento	Sí	No indicado	Rechazo por parte del paciente	Medicamentos y dosis de pacientes mayores de 40 kg.	Dosis para pacientes menores de 40 kg.	Dosis inicial del tratamiento
						1 día
Profilaxis para Infecciones de Transmisión Sexual				<input type="checkbox"/> Ceftriaxona 250 mg IM dosis única		
				<input type="checkbox"/> Azitromicina 500 mg, 2 tabletas, dosis única		
				<input type="checkbox"/> Azitromicina 500 mg, 8 tabletas, dosis única		
				<input type="checkbox"/> Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM dosis única (PPS)		
				<input type="checkbox"/> Tinidazol 2 g, 4 tabletas, dosis única		
				<input type="checkbox"/> Metronidazol 2 g, 4 tabletas, dosis única		

Anticoncepción de emergencia: Sí No indicado Rechazo por parte del paciente Levonorgestrel 1.5 mg dosis única ó Levonorgestrel 0.75 mcg cada 12 horas

Tratamiento	Sí	No indicado	Rechazo por parte del paciente	Vacuna VPH	Sí	No indicado	Rechazo por parte del paciente	1ra. dosis (inicial)	2da. dosis (6 meses)
Vacuna contra el Tétanos								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vacuna contra la Hepatitis B								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Manejo de heridas: Sutura Limpieza Analgesia

Planificación Familiar: Condón ACO Depoprovera DIU Métodos basados en el periodo de fertilidad

Otros Especificar: _____

REFERENCIA, CONSEJERÍA Y SEGUIMIENTO

63. Fecha de próxima cita: / /
Día Mes Año

64. ¿Referencia? Sí No ¿A dónde?

64.1 Hospital: _____

64.2 Centro de Salud: _____

64.3 Otro: _____

64.4 Interconsulta con: Psicología Pediatría Ginecología Trabajo Social Psiquiatría Asesoría Legal Consejería de Familia

64.5 ¿Interés o deseo de interponer denuncia inmediatamente? Sí No Desconoce No responde

64.6 Proceso Legal Externo Medicina Forense Ministerio Público Centro Integrado Fiscalía de la Niñez

65. Constancia médica: Entregada al paciente Archivada en el Expediente No se realizó

66. Nombre del prestador de salud que realiza la historia: _____ 66.1 Profesión: _____ 66.2 Fecha: / /
Día Mes Año

Seguimiento Médico

¿Abandono de esquema profiláctico con ARV? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa de abandono: Efectos secundarios <input type="checkbox"/> Paciente no regresa <input type="checkbox"/>	¿Reinició esquema profiláctico con ARV? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Finalizó esquema profiláctico con ARV? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	--	--	--

67. EXAMENES DE LABORATORIO

67.1. Serología VIH Control	6 semanas	3 meses	6 meses	12 meses	Observaciones
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No aplica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Solicitada sin resultado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Positiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Negativa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechazada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

68. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

68.1. Prueba de Embarazo	Inicial	2 Cita	3 Cita	Observaciones
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No aplica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Solicitada sin resultado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Positiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Negativa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechazada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

68.2. Planificación Familiar	Inicial	2 Cita	3 Cita	Observaciones
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No aplica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Condomes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anticonceptivos Orales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Depoprovera	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dispositivo Intra Uterino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rechazada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

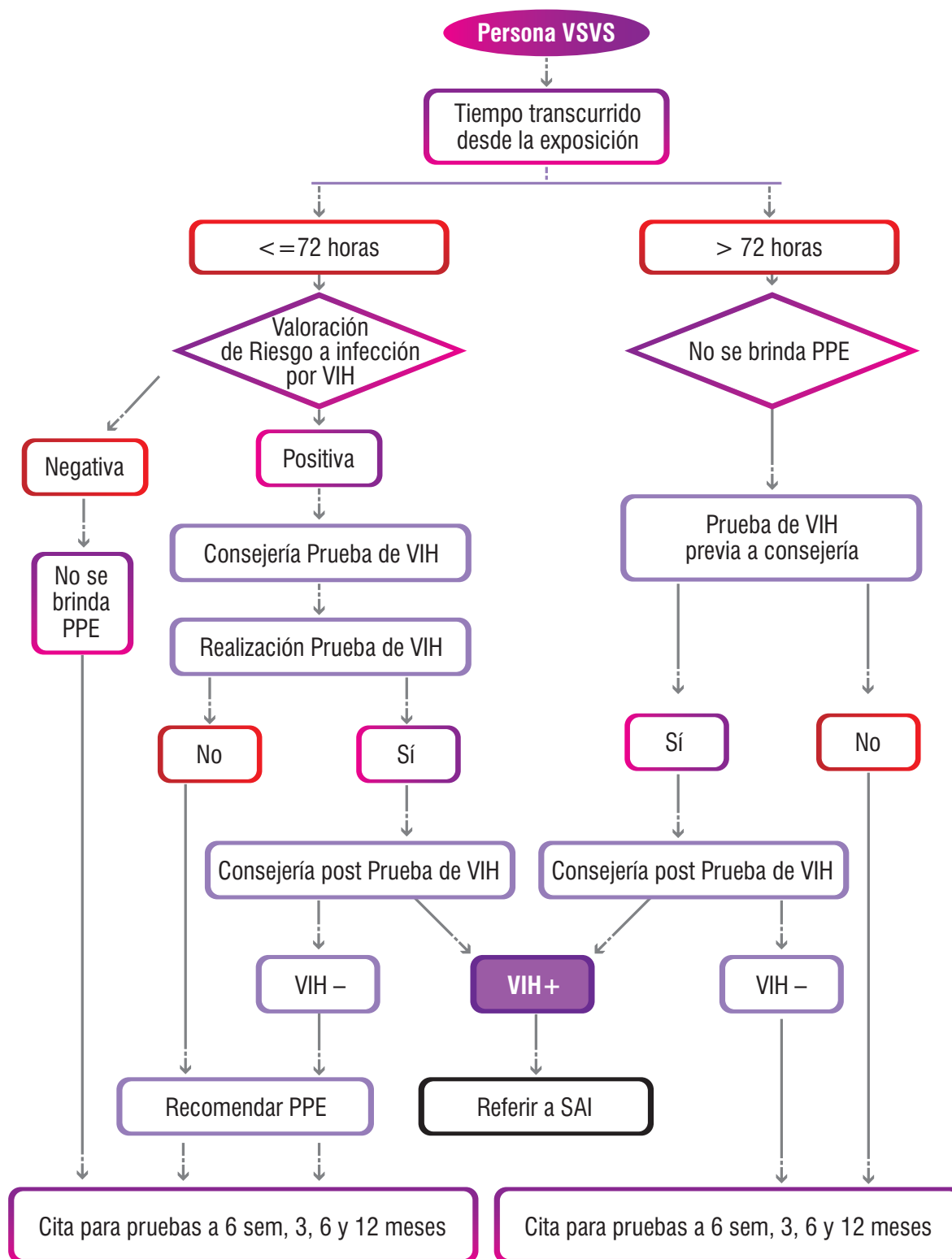
68.3. Consulta en Control Prenatal	Inicial	2 Cita	3 Cita	Observaciones
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No aplica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

68.4. Consulta en Psicología	Inicial	2 Cita	3 Cita	Observaciones
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pendiente cita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

68.5. Consulta en Trabajo Social	Inicial	2 Cita	3 Cita	Observaciones
Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pendiente cita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

69. Observaciones:

Herramienta 3: **Flujograma de atención a víctimas de violencia para la prevención del VIH**



Fuente: elaborado por el equipo desarrollador.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. OPS/OMS. Repercusión de la Violencia en la Salud de las Poblaciones Americanas. 44. O Consejo Directivo 55. A Sesión del Comité Regional. Washington DC. 2003.^a Organización Panamericana de la Salud
2. Observatorio de derechos humanos de las mujeres. Violencia contra mujeres y niñas en Honduras. Tegucigalpa, Honduras. Comunica. 2022.
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [en línea]. Washington, DC: Biblioteca de la OPS; 2003. [fecha de acceso 30 de agosto de 2016].
4. naciones unidas derechos humanos oficina de alto comisionado. Discriminación grupos en situación vulnerabilidad.2015
5. Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia Sexual. [en línea]. Washington, DC: 2013. [fecha de acceso 30 de agosto de 2016]. URL disponible en
6. CEPAL. Rico, María Nieves. Violencia Genero: un problema derechos humanos. julio 1996
Rico, Nieves. Violencia Genero: un problema derechos humanos. 1996. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5855/1/S9600674es.pdf>
7. IUDPAS. Observatorio de la violencia mortalidad y otros. Boletín enero a diciembre septiembre 2021.
IUDPAS. Boletín Nacional enero a diciembre 2021. 2022. Disponible en: <https://iudpas.unah.edu.hn/dmsdocument/13998-boletin-nacional-ene-dic-2021-ed64>
8. Secretaria de Salud de Honduras SESAL. Modelo Nacional de Salud. Tegucigalpa M.D.C; Mayo 2013 https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/honduras/modelo_nacional_de_salud_secretaria_de_salud_mayo_2013_version_21-05-13.pdf
9. Naciones Unidas Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado. Declaración sobre la utilización del progreso científico y tecnológico en interés de la paz y en beneficio de la humanidad. [Internet] Naciones Unidas. 1975 [Actualizada 2017, acceso 30 de enero de 2017].
10. Sistema de Naciones Unidas en Honduras. Objetivos de desarrollo del Milenio 2010: tercer informe de país. Tegucigalpa: ONU; 2010. [fecha de acceso 19 de octubre de 2016]. U

11. Congreso Nacional Honduras. Constitución de la República de Honduras: Título I: del Estado. Capítulo III de los derechos sociales, Tegucigalpa: Congreso Nacional. 1982.
12. OEA. Avances y Desafíos hacia el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI en las Américas.2018
13. Glosario básico en género y salud : [Internet]. Bvsalud.org. Disponible en: <http://genero.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=30&item=5>
14. Médicos sin Fronteras. Honduras: Atención en salud mental para víctimas de la violencia. [Internet] Mexico: MEF; 2017 [Actualizada 2017, acceso 21 febrero 2017] disponible en: <http://www.msf.mx/article/honduras-atencion-en-salud-mental-para-victimas-de-la-violencia>.
15. Lisker, R. Aspectos éticos. Confidencialidad y consentimiento informado. Gaceta médica. Página 75-77. México. 1997.
16. ONU.CONCEPTOS BASICOS DE LOS DERECHOS HUMANOS. <https://oacnudh.hn/conceptos-basicos/#:~:text=Son%20inherentes%20a%20todos%20los,proteger%20efectivamente%20los%20derechos%20humanos>.
17. Secretaría de Salud, Honduras. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Tegucigalpa: SESAL.2016.
18. Euroinnova Business School. ¿Qué es urgencia y emergencia según la OMS? - Euroinnova [Internet]. Euroinnova Business School. 2020 [citado el 5 de diciembre de 2022].
19. Organización Mundial de la Salud: Equidad de Género y Salud, Glosario Género y salud:1997.Roma.OPS. [fecha de acceso 18 de noviembre de 2016]. URL disponible en <http://genero.bvsalud.org/dol/docsonline/7/8/287-166-Glosario.htm>.
20. [OMS] Nota descriptiva N°244 - Anticoncepción de emergencia [Internet]. Promsex. 2016. Available from: <https://promsex.org/oms-nota-descriptiva-n-244-anticoncepcion-de-emergencia/>
21. Hondureña del Sector Salud .NTHSS O4: 2014. Atención integral a la población. Promoción,Prevención, atención integral a las personas, vigilancia epidemiológica e investigación relacionada con el virus de la Inmunodeficiencia Humana(VIH)-Requisitos para la armonización. Tegucigalpa. SESAL.Julio,2015

22. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. posterior a la exposición. 27nov2018
23. Gutiérrez de Piñeres C, Coronel E, Pérez C. Revisión teórica del concepto revictimización. 2009, Jun. [citado el 8 de Junio de 2015]; 15(1): pp. 49-58. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272009000100006
24. Asociación para la eliminación de la prostitución pornografía turismo tráfico sexual de niñas y adolescentes 2010 revictimización que es y como prevenirla
25. Organización Mundial de la Salud. Paquete de servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia. Elementos centrales y directrices relativas a la calidad de la atención. Módulo 2. Salud. Página 9
26. Claudio Nash rojas, Reparación ante el comité interamericana de derechos humanos 1988-
27. Sexual Violence Research Initiative. Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual. [en línea] Sudáfrica. 2010. [fecha de acceso 30 de agosto de 2016]. URL disponible en: <http://goo.gl/ggecBf>
28. Secretaria de salud Honduras. manual de atención de adulto y adolescente con VIH/sida. 2020
29. SESAL. Manual para el manejo clínico de las infecciones de transmisión sexual. 2021
30. Ministerio de Salud. Colombia. Instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual. Colombia; MSC. 2012
31. Ministerio de Salud. Colombia. Instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual. Colombia; MSC. 2012
32. Comisión Nacional de Prevención de la violencia Intrafamiliar y de las mujeres. Protocolo de Atención a Víctimas, Sobrevivientes de Violencia Sexual. [en línea]. Guatemala: CONAPREVI. 2009. [fecha de acceso 30 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.sosmujeres.com/wp-content/descargas/protocolovmsmpas.pdf>.
33. Guía Clínica y terapéutica de MSF 2019, Medicamentos Esenciales de MSF para la analgesia, Guía de MSF-OCBA para el tratamiento clínico de los supervivientes de tortura con dolor persistente (OBCA Guidance for the Clinical Management of Survivors of Torture with Persistent Pain).

34. Organización Internacional del Trabajo. Directrices Mixtas de la OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/Sida. Ginebra: OIT; 2005.
35. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Protocolo para el abordaje de la violencia sexual desde el sector salud. Bogotá: INMLCF;2008
36. PROTOCOLO DE PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN A LA INFECCION POR VIH Y OTRAS ITS. SESAL. 2017 Pag. 35.
37. Organización Internacional del Trabajo. Directrices Mixtas de la OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/Sida. Ginebra: OIT; 2005.
38. SESAL. GUÍA DE CONSEJERÍA INTENSIFICADA EN ADHERENCIA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SUPRESIÓN VIRAL EN PERSONAS CON VIH.2020
39. SESAL.MANUAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL.2021 Pag. 90.
40. Parrado, Ralph. "Empleo De Metronidazol Durante El Primer Trimestre De Embarazo: Revisión Bibliográfica." Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología 54, no. 1 (2003).
41. Purizaca Ramos, Nora Luz. EFECTIVIDAD DEL ESQUEMA ACELERADO CONTRA LA HEPATITIS B COMPARADO CON EL ESQUEMA ESTANDARIZADO PARA LA SEROCONVERSIÓN EN POBLACIÓN DE RIESGO. 2018.
42. Norma de PAI Este esquema está incluido en la Actualización de la Norma de Vacunación con Hepatitis B del Programa Ampliado de Inmunización PAI-Honduras 2013. Pag. 49 (Oficio Circular No. 93-PAI-2013)
43. Raul Artal-Mittelmark MD, Saint Louis University School of Medicine Evaluación de la paciente obstétrica.
44. Secretaría de Salud Honduras. Protocolo para la atención en planificación familiar. Honduras. 2019. Pag. 22
45. Organización Mundial de la Salud. Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. Suiza. 2012. Pag. 17.
46. Lineamiento de Atención en Salud Mental y apoyo Psicosocial a Víctimas Sobrevivientes de la Violencia en todas sus Formas de la Secretaría de Salud, 2022

12. ANEXOS

ANEXO 1

NOTIFICACIÓN INSTITUCIONAL CASO SOSPECHOSO DE VIOLENCIA SEXUAL

Fecha: _____

El centro de salud o Nombre de otra estructura de salud: _____

Notifica a las oficinas correspondientes de:

Ministerio Público (marque las instancias que correspondan):

A. Fiscalía de la niñez

B. Fiscalía de la Mujer

C. Fiscalía de turno

D. Otras instancias _____

Sobre un caso sospechoso de violencia sexual, ubicado en archivo confidencial de:

• Servicio de Atención Integral (SAI):

• Unidad Médica Integral de Enfermedades de Transmisión Sexual (UMIETS):

• Vigilancia Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS):

• Enfermería:

• Clínica médica:

Con el número de expediente:

Firma y sello Representante de Salud

Nombre y sello de quien recibe la notificación: _____

Fecha y hora de recibo de notificación: _____

ANEXO 2

Lista de comprobación según antecedentes gineco-obstétricos

PREGUNTAS PARA ESTAR RAZONABLEMENTE SEGURA/O
DE QUE UNA MUJER NO ESTA EMBARAZADA

NO	PREGUNTAS	SI
	¿La menstruación le comenzó en los últimos 7 días?	
	¿Ha tenido un parto en las últimas 4 semanas?	
	¿Está amamantando en forma exclusiva (o casi exclusiva) y tuvo el parto hace menos de 6 meses y aún no ha tenido la menstruación?	
	¿Ha tenido un aborto espontáneo o inducido en los últimos 7 días?	
	¿No ha tenido relaciones sexuales desde su última menstruación?	
	¿Ha estado usando un método anticonceptivo efectivo de manera consistente y correcta?	

Si la víctima o sobreviviente de violencia sexual contesta Sí a cualquiera de las preguntas anteriores podemos descartar un embarazo previo y se debe proceder a proveer a la mujer, niña o joven en edad fértil prevención de embarazo.

ANEXO 3

Aspectos para tener en cuenta para elaboración de Plan de seguridad para víctimas y sobrevivientes de violencia sexual

Si la persona víctima/ sobreviviente está en casa y está bajo amenaza o ataque en el hogar	Protegerse fuera de casa	Protegerse en su lugar de trabajo o estudio.	En el caso de niños y niñas
<ul style="list-style-type: none"> ● Contar con compañía que esté enterada del proceso. ● Analizar rutas de escape o posibilidad de apoyo con vecinos cercanos de confianza. ● Contar con un directorio telefónico de vecinos, autoridades que la han atendido o familia. ● Mantenerse lejos de la cocina (aquí hay armas corto punzantes). ● Mantenerse lejos de baños, armarios, o áreas pequeñas donde pueda quedar atrapada (o). ● Irse a una habitación que tenga una puerta o ventana para escapar. ● Tener una maleta con lo básico, documentos personales, documentos de menores de edad, ropa, medicamentos, recetas. Que sea discreta. ● Si quien perpetró el abuso se ha mudado de domicilio, considere cambiar las cerraduras. ● Planifique una ruta para escapar de casa enséñela a sus hijos/hijas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cambie regularmente su rutina de viaje. ● Trate de conseguir transporte con distintas personas de confianza. ● Haga sus compras y transacciones bancarias en lugares distintos. ● Mantenga una copia de denuncia, constancia u orden de protección y directorio telefónico de emergencia siempre con usted. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mantenga una copia de documentos personales, su denuncia o constancia de lo sucedido en su lugar de empleo o estudio. ● Brinde al personal de seguridad una foto del abusador. ● Permanezca acompañada ● Pida a la persona de seguridad del lugar de estudio o trabajo, le acompañe en su transporte público. ● Si quien abusó de usted le llama o le envía mensajes, guárdalos. ● Realiza una captura de los mensajes enviados para enviarlo a una persona de su confianza ● Solicite apoyo con su empleador o institución educativa 	<ul style="list-style-type: none"> ● Asegurar que exista permanentemente un acompañante de confianza. ● Cambiar los horarios de manera rotativa para realizar sus actividades fuera del hogar. ● Identificar la respuesta institucional para niñas, niños, adolescentes y darle a conocer a persona acompañante. ● Prevalecerá el interés superior del niño garantizando su integridad física y mental, se debe notificar a las autoridades competentes.

ANEXO 4

INTERVENCIONES ANTES Y DESPUÉS DE LAS PRIMERAS 72 HORAS

Intervención		<72 horas	>72 horas
1	Profilaxis Post Exposición al VIH	Si	No
2	Profilaxis para infecciones de transmisión sexual	Si	Si
3	Determinación y Prevención de Embarazo	Si	Si (hasta 120 horas)
4	Profilaxis antitetánica	Vacunación de acuerdo a Normas del PAI.	
5	Profilaxis para Hepatitis B	Vacunación de acuerdo a Normas del PAI.	
6	Lesiones físicas	Limpiar/suturar heridas. Referir en caso de: Riesgo Vital y/o fistulas postraumáticas	
7	Planificación Familiar	Consejería Métodos de Planificación Familiar	
8	Prevención de ITS y VIH	Ofrecer prueba de VIH previa consejería y seguimiento a las 6 semanas, 3, 6 y 12 meses después de la exposición. PPE Profilaxis para ITS Recomendar el uso de preservativos en los primeros 3 meses de la agresión sexual.	

EQUIPO ELABORADOR

Clara López

Coordinadora de Género
Secretaría de Salud

Ivo Flores

Dirección de Normalización
Secretaría de Salud

Arcenia Roxana Diaz López

Médico Forense - Técnico de la UVS
Secretaria Salud

Maritza Gallardo

Subsecretaría de Estado
Secretaría de Asuntos de la Mujer

Migdonia Ayestas

Coordinadora ONV – IUDPAS
Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Luz Lagos

Especialista del ONV – IUDPAS
Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Ligia Chinchilla

Ginecóloga y Obstetra - Salud Sexual y Reproductiva
Instituto Hondureño de Seguridad Social

Adriana Arita

Asistente Técnica de Dirección Ejecutiva
Instituto Hondureño de Seguridad Social

Karla Castro

Ginecóloga y Obstetra
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras

Tess Hewett

Oficial de Asuntos Humanitarios
Médicos sin Fronteras

Stella Aprille
Project medical Referent
Médicos sin Fronteras

Regina Fonseca
Directora de Incidencia
Centro de Derechos de Mujeres

Evel García
Abogada
Centro de Derechos de Mujeres

Silvia Padilla
Asesora Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y PF
Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas

José Zepeda
Coordinador Subcluster SSR
Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas

Jinna Rosales
Coordinadora
Grupo Estratégico por las PAE

Ligia Destephen
Coordinación, integrante de GEPAE
Grupo Estratégico por las PAE

Amalia Ayala
Asesora en salud familiar, promoción, de la salud y curso de vida (FPL)
OPS/OMS Honduras

CONDUCTOR DE LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Dra. Annell Nicole Banegas
Técnico Dirección General de Normalización
Secretaría de Salud

REVISIÓN TÉCNICA DEL DOCUMENTO

Equipo Unidad de Gestión de Documentos Normativos
Secretaría de Salud



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS

