

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A VIOLENCIA SEXUAL

**CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA DE UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN
INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.**

ELIANA MARITZA MORALES GARZÓN

Directora de trabajo de grado

MARIA ADELAIDA ARBOLEDA

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

SANTIAGO DE CALI

2019

Contenido

1. Introducción	1
2. Justificación	4
3. Objetivos	7
3.1. General	7
3.2. Específicos	7
4. Marco Normativo.....	8
4.1. Marco Normativo: Conflicto armado y victimización sexual.	19
5. Marco Teórico.....	23
5.1. Concepto Violencia Sexual	24
5.2. Tipos de Violencia Sexual	28
5.3. Factores Asociados a la Violencia Sexual	30
5.4. Efectos/Consecuencias del Abuso Sexual y Sintomatología Asociada	34
5.5. Abordaje integral e institucional de la Violencia Sexual	37
5.6. La Planeación Participativa Como Modelo de Intervención en la Violencia Sexual	39
5.7. Dispositivos Comunitarios.....	43
6. Propuesta de Intervención.....	44
6.1. Descripción de la Propuesta.....	44
6.2. Contexto De La Intervención.....	44
6.2.1. Población.	44
6.2.2. Marco institucional.....	46
6.3. Metodología	50
6.3.1. Enfoque metodológico.	50
6.4. Etapas de las Propuesta de Intervención.....	51
6.4.1. Etapa 1: Diagnóstico.	51
6.4.2. Etapa 2: Construcción de un nuevo proceso de atención a población con Violencia sexual.	53
6.4.3 Etapa 3: Sensibilización.	54
6.4.4. Etapa 4: Dispositivos comunitarios.	54

7. Referencias.....	57
8. Anexos.....	66
Anexo 1.....	66
Anexo 2.....	71
Anexo 3.....	72
Anexo 4.....	73
Anexo 5.....	74
Anexo 6.....	90
Anexo 7.....	91
Anexo 8.....	96

1. Introducción

En Cali, según el informe del Instituto Colombiano de Medicina legal, en el año 2017 se realizó 1120 exámenes medico forenses por delitos sexuales, de los cuales 951 fueron de mujeres y 169 hombres; del total de ellos, un 85% fueron menores de edad; en este mismo año en los servicios de atención en salud de la Red de Salud Ladera los equipos psicosociales realizaron 361 atenciones de primera vez por sospecha de Violencia sexual¹, 71 de estos se atendieron en los servicios de la Comuna 20

En Colombia la Resolución 459 de 2012 define el Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual, en esta resolución se plantea los lineamientos generales de atención a las víctimas de violencia sexual, se establecen los protocolos de atención clínica según el nivel de complejidad, define los sectores que intervienen en la atención, sus competencias institucionales y las rutas interinstitucionales que se deben seguir.

En La Red de Salud Ladera se tiene establecida un protocolo de atención a víctimas de violencia sexual que tiene como objeto “Detectar y brindar atención oportuna a víctimas de violencia sexual con un enfoque integral, interdisciplinario e intersectorial” a cargo de Medico, Enfermería, Psicología y Trabajo Social.² El equipo del servicio de urgencias del Hospital de Siloé, se encuentra capacitado y permanentemente actualizado en lo concerniente a la atención a víctimas de violencia sexual, sin embargo en la práctica se observa como el proceso de atención integral se da de forma desarticulada, cada profesional se ocupa de una dimensión del ser, es decir para cada uno, el individuo es un sujeto distinto, el medico realiza una valoración de orden

¹La OMS y OPS (2003) definen la violencia sexual 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..."

²Guía de violencia sexual Red ladera 2016

biológico, el psicólogo evalúa el estado mental y el trabajador social lo relacional, las interacciones se dan por separado con registros en historias clínicas distintas que en muchas ocasiones no son leídas entre sí por los diferentes profesionales y a esto se reduce la atención biopsicosocial. Esta desarticulación genera un trato poco humanizado que permite la victimización de los individuos y los aleja de dar continuidad a los proceso de atención y reparación.

En la práctica dentro de la Red de Salud Ladera se ha evidenciado que a pesar de contar con procesos de capacitación continuada, persiste el desconocimiento de las competencias y el rol que debe ejercer cada profesional en la atención, lo cual hace que el proceso de atención sea lento y poco reparador para la víctima, en muchos de los casos esta lentitud provoca que las víctimas desistan a su derecho a ser asistidas y reparadas, sin considerar la severidad de los daños que causa la violencia sexual a corto, mediano y largo plazo. En los relatos principalmente de niñas y mujeres que acuden a los servicios de salud tiempo después de los hechos victimizantes, se evidencia que en algún momento intentaron narrar su situación pero no se sintieron seguras en los servicios de salud; en otros casos, al revisar historias clínicas de consultantes con situaciones de violencia sexual crónica, se ha encontrado antecedentes de consulta repetitivas por síntomas que podrían indicar violencia sexual y los profesionales no lograron identificar estos indicadores pasando por alto la situación; o casos de mujeres que llegan con patologías de salud mental por el sufrimiento emocional causado por antecedente de violencia sexual en la niñez, sin la atención integral requerida de manera oportuna.

La ausencia de una estrategia de Atención Primaria en Salud mental para la atención a víctimas de violencia sexual estructurada y bien aplicada, provoca atenciones fragmentadas que ocasionan daños y pueden acrecentar los efectos negativos que causa el fenómeno de la violencia

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A VIOLENCIA SEXUAL

en el individuo, es así como se hace necesario una propuesta que permita el encuentro, en un mismo escenario, de los diferentes sectores y actores que participan en el modelo de atención a víctimas de violencia sexual, y a partir de sus experiencias construir estrategias para una atención amigable, que contemple la construcción de rutas efectivas y se logre una atención integral e integradora.

2. Justificación

La Red de Salud de Ladera E.S.E. se encuentra ubicada al occidente de la ciudad de Santiago de Cali, Colombia, hace parte de una de las cinco Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) responsables por la prestación de los servicios de salud de la población de la ciudad; esta empresa está compuesta por 39 instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S), en el primer nivel de atención; una de ellas es el Hospital de Siloé, llamado Hospital Siglo XXI a partir de enero de 2017. Este hospital tiene como principal zona de influencia a la población de la Comuna 20 de Cali, ubicada en la zona de la ladera de la misma ciudad.

La Red de Salud de Ladera cuenta con un modelo de atención psicosocial desde el año 2015, enmarcada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, reconocida por los planes de salud pública y de nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En la práctica se percibe que los profesionales que conforman el equipo desconocen los lineamientos y conceptos presentes en el documento del modelo de atención psicosocial, principalmente el concepto de Atención Primaria en Salud.

En cuanto al modelo de atención a víctimas de violencia sexual, se siguen los lineamientos establecidos en la Resolución 459 de 2012. La cual plantea:

La atención integral a una víctima de violencia sexual 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 victimizantes se busca garantizar desde el sector salud que la persona víctima de violencia sexual reciba una atención de calidad que le ayude a restaurar su autonomía y dignidad y que le ayude en su recuperación física y emocional. (p.18)

Este documento responde a la necesidad de lograr una atención que involucre a los diferentes sectores e instituciones de manera coordinada, ofreciendo una atención de calidad y con calidez a la víctima, evitando a toda costa la re victimización.

En la práctica, la implementación de este modelo en el Hospital Siglo XXI, no logra resolver esta necesidad. Aún se presentan atenciones mecanizadas, fragmentadas y estandarizadas, pasando por alto que cada caso cuenta con particularidades únicas enmarcadas en un contexto determinado; esta atención puede determinar de manera positiva o negativa el futuro de la salud mental del individuo, por tanto, es necesaria una atención minuciosa, en concordancia con los otros profesionales y por supuesto con otras instituciones.

En el contexto comunitario e intersectorial, la realidad no es mejor. En los últimos años, en vista del aumento de casos de violencia sexual, se ha logrado poner el tema en la agenda comunitaria, con charlas educativas, proyectos de prevención, fortalecimiento de redes sociales, sumado a las frecuentes noticias referentes a este fenómeno en los diferentes medios de comunicación, sin embargo, no se percibe un cambio cultural al respecto; encontramos que aún se sigue invisibilizando la problemática y en el momento de enfrentarse a un evento de violencia sexual, hay un desconocimiento respecto a lo qué se debe hacer, respecto a los derechos de las víctimas; se percibe una resistencia a acceder a los servicios de atención, en la mayoría de los casos esta resistencia se asocia a una percepción negativa hacia las instituciones que participan en la ruta de atención, algunos incluso, desisten al derecho de la atención.

Es así como esta propuesta, la de construir de manera participativa, una estrategia de atención primaria en salud mental para la atención a víctimas de violencia sexual se hace necesaria para mitigar los daños causados por este fenómeno al individuo, esta propuesta busca poner en un mismo escenario a los diferentes sectores y actores que participan en el modelo,

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A VIOLENCIA SEXUAL

darle un lugar a sus experiencias y a partir de allí construir las estrategias para que la atención sea amigable, para que las rutas sean efectivas y se logre una atención integral e integradora y no más de manera fragmentada como ocurre en la actualidad.

3. Objetivos

3.1. General

- Construir de manera participativa una estrategia de atención a víctimas de violencia sexual en el Hospital Siglo XXI.

3.2. Específicos

- Conocer la percepción que tienen los funcionarios y usuarios, sobre el proceso de atención a víctimas de violencia sexual que se implementa en el Hospital Siglo XXI.
- Diseñar una propuesta en conjunto con los funcionarios, para reformar el proceso de atención a víctimas de violencia sexual.
- Sensibilizar a los funcionarios de las diferentes áreas de la institución, respecto a la atención humanizada de víctimas de violencia sexual.
- Construir dispositivos comunitarios que permitan la participación de la comunidad en el proceso de atención de violencia sexual en la Comuna 20.

4. Marco Normativo

Para entender la normatividad actual que existe en Colombia en relación al tema de la violencia sexual, es preciso revisar la historia para tener una mirada más amplia de cómo se ha desarrollado la problemática y la intervención que ha recibido por parte del Estado y la sociedad. Para esto, se realiza una breve historia de la prevención de la victimización sexual en Colombia. Posteriormente, se establece la normatividad que regula el abuso sexual y los mecanismos, modelos y herramientas con que cuenta la Justicia y las víctimas en Colombia, las concepciones de sujeto que se han construido en diferentes momentos, tanto de víctima como victimario, victimización y re victimización. Es importante prestar atención a las definiciones jurídicas del abuso sexual porque son las que se trabajan en esta propuesta.

La sexualidad y los temas relacionados a este aspecto de la vida han tenido gran influencia por parte de la Iglesia, y principalmente por parte del pensamiento e influencias religiosas que han constituido imaginarios en el país. Desde estas posturas, el comportamiento sexual de las personas se relaciona con creencias y principios morales específicos, impartidos por la autoridad o ideología religiosa, reproducidas especialmente desde la escuela y la familia, instituciones de socialización primaria y de educación del sujeto en su proceso de humanización y adquisición de normas, valores, imaginarios y representaciones sociales, reafirmadas o modificadas por cada sujeto a partir de su experiencia de vida particular y de su relación con las instituciones sociales y el entorno cultura, como lo establecen Berguer y Luckmann (1968) en su texto.

Las constituciones políticas promulgadas en Colombia entre 1830 y 1886 no consagraban en sus párrafos el reconocimiento de los derechos de los menores de edad, y las mujeres tampoco gozaban del reconocimiento de algunos derechos. Según Torres y Buenahora (2018), desde un

punto de vista jurídico, los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) eran vistos como sujetos del *deber ser*, no eran reconocidos como sujetos del presente, en consecuencia no eran tenidas en cuenta sus posiciones ideológicas, percepciones y pensamientos. La transformación de esta concepción de sujeto hacia una basada en el reconocimiento de los derechos se inició a partir de la promulgación de la Ley 83 de 1946, o Ley orgánica de la defensa del niño. Siguiendo a Torres y Buenahora (2018), sobre esta ley, se establece que: “La normatividad de esta ley reglamentó el procedimiento en los aspectos penales, laborales y civiles, para procurar por sus derechos naturales y esenciales” (p.25). Posteriormente, fue promulgada por el Estado colombiano la Ley 75 de 1968, mediante la cual se creó el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), como entidad que centraliza los servicios de atención y protección del menor y la familia, implementándose la figura del defensor de menores, posteriormente conocida como el defensor de familia. Luego de esta fecha, y con un trabajo focalizado llevado a cabo por el ICBF en la protección de los menores, se promovió la Ley 7 de 1979 mediante la cual se establecía la niñez como: “parte fundamental de toda política para el progreso social” (p.25). Esta norma reconocía al niño, o menor de edad, un estatus preferente frente a los derechos de los demás; sin embargo, la materialización de estos solo inició paulatinamente años más tarde, con el Código del Menor, Decreto 2737 de 1989.

Para Banguero (2017), citando al Ministerio de la Protección Social (2011), fue hasta mediados del siglo XX que los médicos y sacerdotes eran la autoridad a la que las personas recurrían para solucionar sus inquietudes frente a la sexualidad y las prácticas sexuales. Para la década de los setenta, fue integrada por el Ministerio de Educación Nacional al pensum académico de los grados superiores de educación básica secundaria la materia “Comportamiento y Salud”, estableciendo en los contenidos del curso sobre anatomía, fisiología del sistema

reproductor y valores, una visión médico-religiosa. En 1989 fue promulgado el Código del Menor a partir del Decreto 2737, que establecía una protección especial de los menores de edad dando inicio a la materialización de los derechos sustanciales de los menores de forma integral, por medio de principios como el principio preferente frente a los derechos de los demás, el interés superior del niño y la protección del menor. Según Torres et al., (2018):

Estos principios cobran relevancia con la promulgación de la Constitución de 1991, por medio de la acción de tutela, la cual desarrolla la evolución de los conceptos a escala jurisprudencial y permite la protección de las víctimas de delitos sexuales. (p.25)

Aunque el Código del Menor no menciona situaciones jurídicas donde se establezcan procedimientos especiales para un menor víctima de agresión sexual, para estos autores, desde una interpretación sistemática, identifican una protección intrínseca a través del proceso administrativo de restablecimiento de derechos de las víctimas de esta tipología de violencia.

Solo hasta la década del 90, la promoción de la salud sexual fue integrada al Plan de Atención Básica del Sistema de Seguridad Social que estaba en surgimiento, generando la necesidad de reajustar los objetivos y metodologías tradicionales y abordar la educación sexual desde un enfoque de calidad de vida de las personas.

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño de la Asamblea General de las Naciones Unidas fue adoptada a través de la Resolución 44/25 de 20 de Noviembre de 1989; en Colombia comenzó a regir a partir del 28 de enero de 1991 en virtud de la Ley 12; en su artículo 24 reconoce que los Estados que la suscribieron, están obligados a garantizar y adoptar medidas para proteger al niño de todas las formas de explotación y abuso sexuales. En igual sentido, la Constitución Política de 1991 en su artículo 44 estableció que:

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A VIOLENCIA SEXUAL

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las Leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

En 1993 fue impulsado el Plan Nacional de Educación Sexual por el Ministerio de Educación, a través del Viceministerio de la Juventud, ejecutando actividades como capacitación a docentes, diseño de paquetes pedagógicos, desarrollo de investigación e infraestructura administrativa a nivel Departamental y Municipal.

Banguero (2017), refiere que en 1994 se realizó la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en la ciudad del Cairo, Egipto, donde

El Gobierno Nacional de Colombia, asume el compromiso de adoptar las políticas relacionadas con la educación sexual y la salud reproductiva, orientadas de acuerdo a los objetivos de la Conferencia a las acciones de planificación familiar y los servicios integrales, con el fin de abordar los problemas de sexualidad; incluyendo a los hombres y buscando la satisfacción de las necesidades de los adolescentes, dando lugar al programa conocido como *Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes*. (p.34)

En 1994, se implementó el modelo de Servicios de Salud Amigables, agenciado por el Ministerio de Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, ofreciendo pautas metodológicas para el diseño e implementación de los servicios, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, adecuando las necesidades de los servicios de salud a los colombianos.

En 1995 se llevó a cabo la Conferencia Mundial sobre Mujer en Beijing, China. “El gobierno colombiano asumió el compromiso de incorporar la perspectiva de género a todas las políticas y programas del sector salud, impulsar la expedición de una Ley sobre salud sexual y reproductiva, mejorar los servicios de salud preventiva y curativa” (Banguero, 2017, p.35). También el tema de planificación familiar, salud reproductiva y el diagnóstico rápido de enfermedades que presentan las mujeres.

En 1997 el Ministerio de Salud, publicó unos Lineamientos de Educación Sexual para el Sector Salud (Ministerio de la Protección Social, 2011) donde se trazaron directrices de tipo conceptual y metodológico para orientar las acciones de promoción del Plan de Atención Básica (PAB) y el Plan Obligatorio de Salud (POS). Como afirma Banguero (2017), la finalidad de este documento fue organizar programas de información y educación, desarrollar acciones de carácter individual y colectivo, para disminuir los problemas relacionados con el comportamiento sexual y la promoción de la salud.

A inicios del siglo XXI, siguiendo a Sampedro, Suel, Quiñones y Colorado (2014), la Corte Constitucional marcó la historia con la Sentencia C-228 del 3 de abril de 2002, en materia de reconocimiento de los derechos fundamentales de las víctimas en Colombia, definiendo que el proceso penal debe ser un escenario para que las víctimas consigan tres garantías: el derecho a la

verdad, el derecho a la justicia y el derecho a la reparación. En el año 2003 el Ministerio de Protección Social promueve una política nacional de salud sexual y reproductiva.

Estos mismos autores, refieren que mediante la sentencia T-453 de 2005 la Corte Constitucional reconoció los derechos de las víctimas de delitos sexuales: a que se adopten medidas para evitar injerencias innecesarias en la vida íntima de la víctima; a solicitar a las autoridades judiciales que se abstengan de ordenar la práctica de pruebas o excluyan las ya practicadas que conlleven una intromisión innecesaria, o desproporcionada de su derecho a la intimidad; y a que se entienda que no hay consentimiento real y libre de presiones, por la simple ausencia de rechazo físico o de expresiones que lo exterioricen.

Con la adopción de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Constitución de 1991 se cambiaron concepciones y se determinaron derechos de los NNA que anteriormente no estaban caracterizados, pero también se abrió una etapa en el desarrollo de los derechos de los menores de edad, visualizando limitaciones del Código del Menor que requería un cambio para poder responder efectivamente a las necesidades que el escenario histórico-cultural de la época demandaba. Luego de 15 años que duró la visibilización de este cambio, como afirman Torres et al., (2018), se promulgó el Código de Infancia y Adolescencia, Ley 1098 de 2006.

En su Artículo 3, define los sujetos titulares de derechos a la protección, es decir todas las personas menores de 18 años de edad, entendiendo como niño o niña a las personas entre 0 y 12 años y por adolescente a las personas entre 12 a 18 años. La Corte Constitucional, mediante sentencia C-092 de 2002, consideró que es niño en Colombia todo ser humano menor de 18 años, con una mirada garantista y proteccionista para evitar múltiples interpretaciones en relación a los diferentes puntos de vista que existen sobre cuándo se es niño y cuando adolescente. En este sentido, Torres et al. (2018) expresan “con la promulgación del Código de Infancia y

Adolescencia se materializaron los principios de protección integral, del interés superior, de prevalencia de los derechos y pro infans” (p.27).

La Ley 1098 de 2006 establece que: los niños, niñas y adolescentes serán sujetos de protección especial, frente a: la violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de la persona menor de edad, el secuestro, la venta, la trata de personas y el tráfico y cualquier otra forma contemporánea de esclavitud o de servidumbre, las guerras y los conflictos armados internos (Artículo 20)

Desde esta Ley definen el maltrato infantil como “toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y en general toda forma de violencia o agresión” (Ley 1098 de 2006, p.5, citado de Uribe, 2011, p.187).

Se puede observar que la violencia sexual contra un menor de edad en Colombia es catalogada como una forma de maltrato infantil según la Ley 1098 de 2006. El mandato impartido por el Código de Infancia y Adolescencia otorga importancia central al NNA, a su relato y su historia de vida, para ser escuchado y creído. En el Artículo 26 se establece que “en toda actuación administrativa, judicial o de cualquier otra naturaleza en que estén involucrados, los niños, las niñas y los adolescentes, tendrán derecho a ser escuchados y sus opiniones deberán ser tenidas en cuenta” (p.4).

Posteriormente, se promulgó la Ley 1146 de 2007 por la cual se creó el Comité Interinstitucional consultivo para la prevención de la violencia sexual y atención integral de las víctimas de abuso sexual, instancia encargada de apoyar, asesorar y orientar a las entidades del Estado en la ejecución de la política pública en relación al funcionamiento de la Ruta de

Atención de la Violencia Sexual. Esta Ley también dispone la realización de campañas publicitarias de promoción de la salud sexual y reproductiva, y protocolos de atención y denuncia del abuso sexual.

Como complemento del Código de Infancia y Adolescencia, la Ley 1146 de 2007, define la violencia sexual como “todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre una persona, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor”(p.1). Como afirman Sampedro et al. (2014), la Ley estableció el comité interinstitucional consultivo para la prevención de la violencia sexual y atención integral de las víctimas del abuso sexual (artículo 3); y definió que, para hacer frente a este tipo de delitos, el Sistema General en Salud está en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud, mediante profesionales y servicios especializados; y, en consecuencia, debe otorgar a los menores de edad atención preferente, adelantar el examen y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual adquiridas, proveer antirretrovirales y realizar evaluación física y psicológica (artículo 9).

En esta misma Ley se determina que los establecimientos educativos deben incluir elementos que contribuyan a la identificación temprana, prevención, protección, detección y denuncia del abuso sexual y las instituciones educativas de educación media y superior incluir cátedra sobre educación para la sexualidad, impartida por personas capacitadas en el tema.

El Título IV del Código Penal colombiano dicta los delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales, en el capítulo segundo sobre actos sexuales abusivos: acceso carnal abusivo; actos sexuales; acceso carnal o acto sexual abusivos con incapaz de resistir; acoso sexual.

El acceso carnal se entiende como la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto. Esta normatividad hace parte de del Nuevo Código Penal y de Procedimiento Penal (Ley 599 de 2000 y Ley 906 de 2004) del nuevo sistema penal acusatorio de Colombia.

En el artículo 132, se definía como víctima a las personas naturales o jurídicas y demás “sujetos de derechos que individual o colectivamente hayan sufrido algún daño directo como consecuencia del injusto” (Ley 906, 2004, p.33). Pero esta definición fue modificada por la Corte Constitucional en Sentencia C-516 de 2007, excluyendo del ordenamiento jurídico la palabra *directo*. La Corte estableció que la determinación de la calidad de víctima debía partir de la existencia de un daño *real, cierto y concreto*, según Sampredo et al. (2014). Se puede concluir entonces que, en Colombia se considera como víctima sexual a toda persona que haya sufrido un daño real, cierto y concreto, con ocasión de las conductas previstas en el Título IV del Libro II del Código Penal, sobre las infracciones contra la libertad, integridad y formación sexuales.

Se entiende la victimización como “el proceso por el cual una persona sufre las consecuencias de experimentar un hecho traumático la ocurrencia de un delito: consecuencias directas, indirectas y las que son posteriores al hecho (físicas, psicológicas, jurídicas, judiciales, sociales, culturales, económicas)” (Sampredo et al., 2014, p.280). Siguiendo a estos mismos autores, desde la teoría victimológica, se apela a categorizar el concepto en tres aspectos: la victimización primaria, victimización secundaria y terciaria.

La primera, refiere a los daños que sufre la víctima producto de la comisión de un delito, la secundaria, se refiere a las diferentes instancias sociales e institucionales relacionadas con la víctima después de la ocurrencia del delito (se incluyen los medios de comunicación y el sistema

familiar), que infringen en la víctima un daño adicional al primero. Son consecuencias negativas asociadas a una mala praxis en la administración de justicia penal que causa un *segundo daño*.

La victimización terciaria se relaciona con procesos sociales y familiares que suceden luego del hecho delictivo. El estigma social, la discriminación por ser víctima, el rechazo o incompreensión por parte del entorno social de la persona en situación de victimización.

Para el 2008 se reglamentó la Ley 1257 que dictó normas de sensibilización, prevención y sanción de los diferentes tipos de violencia (física, sexual, psicológica, económica, patrimonial) contra las mujeres y en general contra toda violencia basada en el género. El Estado es el responsable de atender, seguir, velar y sancionar los casos de violencias basadas en género. En este mismo año, se expidió la Resolución 425 donde se estableció el Plan de Salud Territorial y Plan de Intervenciones Colectivas, que promueven “la salud y la calidad de vida, prevención y el control de riesgos y daños de alta externalidad, complementarias a las acciones previstas en el POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Banguero, 2017, p.36). También se implementaron acciones de tipo extramural lideradas por el sector salud sobre prevención de la violencia sexual desde lo territorial de acuerdo a las necesidades sociales. En este mismo año se promulgó la Ley 1236, que modificó el quantum punitivo de los tipos penales correspondientes a conductas de acceso carnal violento y abusivo, acto sexual violento y abusivo, acceso carnal violento y acto sexual con incapaz de resistir, inducción a la prostitución, pornografía con menores, utilización o facilitación de medios de comunicación para ofrecer actividades sexuales con personas menores de 18 años, aumentando la pena mínima y máxima en un aproximado de 80%. La Ley 1329 de 2008 incluyó tipos penales tipificando los delitos de: demanda de explotación sexual comercial y utilización o facilitación de medios de comunicación para

ofrecer actividades sexuales con personas menores de 18 años, y aumentando el quantum punitivo de la conducta de pornografía con NNA.

En el 2011 fue desarrollado por el Ministerio de Protección Social con apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNFPA, el Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual, promoción y prevención. Se propuso una serie de herramientas y técnicas desde lo conceptual y lo metodológico para la atención, prevención y promoción del abuso sexual en Colombia. Fue adoptado como protocolo mediante Resolución 0459 de 2012. Siguiendo a Torres y Buenahora (2018),

Estos protocolos plantean, desde el área de salud, que las víctimas de delitos sexuales debe ser valorada por un profesional médico o médico legista, con el fin de tomar muestras y determinar las lesiones, elementos que deben reposar en el informe de examen sexológico forense (p.19)

La Ley 1542 de 2012, “por la cual se reforma el artículo 74 de la Ley 906 de 2004 (Código de Procedimiento Penal), “permite la denuncia por parte de un tercero de la violencia intrafamiliar y la insistencia alimentaria, sin que sea necesario que la propia víctima realice la denuncia” (Ley 1542, 2012). Este aspecto es una herramienta pensada en casos donde las víctimas no realizan la denuncia por desinformación o por miedo, y se da cuando un tercero conoce del caso y puede realizar la denuncia. Es una Ley que establece la responsabilidad de cada persona y de la sociedad de denunciar todas las formas de violencia.

Con la Ley 1652 de 2013 se regularon las entrevistas y testimonios en procesos penales de víctimas de delitos sexuales. Se definió que estas declaraciones deben adelantarse por personal especializado del Cuerpo Técnico de Investigación de la Fiscalía, previa revisión del

cuestionario por parte del Comisario de Familia, en un espacio físico adecuado a la edad y etapa evolutiva de la víctima (Sampedro, 2014).

En 2014 se estableció la Ley 1719 donde se adoptaron medidas para garantizar el acceso a la justicia y atención prioritaria de las necesidades de NNA y mujeres, como población vulnerable, víctimas de la violencia sexual, con especial atención a las víctimas asociadas al conflicto armado interno. Fortalece el Código Penal al adicionarle su artículo 11, Art. 212^a en el Código Penal, refiriéndose al acceso carnal o actos sexuales ejecutado mediante la violencia, como el uso de la fuerza; la amenaza del uso de la fuerza; la coacción física y psicológica, como la causada por el temor a la violencia, la intimidación; la detención ilegal; la opresión psicológica; el abuso de poder, la utilización de entornos de coacción y circunstancias similares que impidan a la víctima dar su libre consentimiento.

4.1. Marco Normativo: Conflicto armado y victimización sexual.

La Ley 975 de 2005 o Ley de justicia y paz, fue dirigida a los grupos paramilitares (Autodefensas Unidas de Colombia – AUC) estableció pautas de acción para garantizar la verdad, justicia y reparación de las víctimas. La Corte Constitucional en el Auto 092 del 4 de abril de 2008 ratificó especial protección constitucional para las mujeres, debido a su condición de vulnerabilidad. Se reconoció que la violencia sexual era utilizada por actores armados como un medio para dominar, controlar y generar terror, especialmente en las mujeres por su condición de género. De igual forma, los NNA, personas en situación de discapacidad y personas de la comunidad LGBTI son considerados grupos vulnerables de especial atención.

La violencia sexual en el marco de la guerra ha sido catalogada como una violación de los derechos humanos, “es empleada como arma de guerra por los grupos armados (fuerzas militares del Estado, paramilitares y grupos guerrilleros). El objetivo es sembrar el terror en las

comunidades usando las mujeres para conseguir sus fines militares” (Oxfam Internacional, 2009, p.11, citado de Paredes, Guachetá, Paredes-Londoño, 2017, p.90). Para la ONU este tipo de violencia es un delito internacional de lesa humanidad.

Colombia ha firmado y ratificado diferentes tratados internacionales que fortalecen la lucha contra la violencia sexual y la violencia sexual en el marco del conflicto armado interno. El Estatuto de Roma establece en el artículo 7 que: la violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada o cualquier otra forma de violencia sexual de gravedad comparable (Estatuto de Roma, 1998), son crímenes de lesa humanidad. Por otra parte, en el IV Convenio de Ginebra de 1949, en el título III se habla de las personas protegidas, específicamente en el artículo 27 inciso 2, haciendo alusión a la violación, la prostitución forzada y todo atentado contra el honor de las mujeres. Paredes et al. (2017), afirman que:

El protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 establece lineamientos de la protección de las víctimas en los conflictos armados cuando no es de carácter internacional. El título II en su artículo 4 sobre el trato humano contiene las garantías fundamentales, entre las cuales podemos destacar el literal e) que condena “los atentados contra la dignidad personal, en especial los tratos humillantes y degradantes, la violación, la prostitución forzada y cualquier forma de atentado al pudor” (p.92)

Siguiendo a Paredes et al. (2017), la Resolución 1325 de 2000 del Consejo de Seguridad de la ONU, sobre mujeres y paz, establece responsabilidades para los Estados para poner fin a la impunidad y enjuiciar a los victimarios que hayan cometido genocidio, crímenes de lesa humanidad y de guerra, principalmente la violencia sexual y otros delitos contra las mujeres y los NNA.

En el Código de Procedimiento Penal Colombiano se define víctima como “la persona natural o jurídica, sujeto de derechos que individual o colectivamente hayan sufrido algún daño como consecuencia del injusto” (Art. 132, Ley 906 de 2004, citado por Paredes et al. 2014, p.95). Y el concepto de víctima enmarcada en el conflicto armado desde la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, refiere:

Toda persona que individual o colectivamente haya sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del primero de enero de 1985, como consecuencia de las infracciones al Derecho Internacional Humanitario o las violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, con la característica esencial de que debe ocurrir con ocasión del conflicto armado interno. (Ley 1448, 2011).

En Colombia, a raíz de sus condiciones socio-políticas y de violencias, se ha hecho necesario generar una serie de normas y medidas jurídicas para garantizar la protección de los derechos de las víctimas de violencia sexual. Tanto la Ley 1448 de 2011 como la Ley 1719 de 2014 establecen mecanismos de protección para garantizar a las personas víctimas el acceso a la administración de justicia, atención gratuita en salud, atención psicológica y otras medidas, que a pesar de los esfuerzos, no han logrado la total protección y eliminación de la victimización sexual, especialmente la dirigida a NNA y las mujeres. El acceso a la administración de justicia es determinante para las víctimas porque permite el reconocimiento y materialización de los derechos con un criterio de priorización de recibir atención prioritaria por entidades como: la Fiscalía General de la Nación, Medicina Legal y los Jueces de la República.

Por su parte, en el Acuerdo de Paz firmado entre el Gobierno colombiano y la antigua guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia FARC-EP, ahora partido político Fuerzas Alternativas del Común, se tienen en cuenta a las víctimas como sujetos centrales del

proceso. Las víctimas son vistas desde un enfoque de género que busca la igualdad en materia de derechos especialmente las mujeres, donde participen activamente en su proceso de justicia y reparación, tomando decisiones desde el conocimiento. En este acuerdo se establece una responsabilidad triple en cuanto al tema de la victimización sexual, donde se encuentra el Estado colombiano por medio de sus entidades de orden nacional, departamental y local. En segundo lugar, los victimarios o personas responsables de ejecutar las acciones delictivas. Por último, la responsabilidad social que involucra a todas las personas que participan en el proceso.

También establece que se contará con personal cualificado para la atención de este tipo de hechos y con atención diferencial que responda a las necesidades y circunstancias de las víctimas que no estaban presentes en la legislación previa. Es importante el tema del abuso sexual en el marco del conflicto armado porque la Comuna 20 cuenta con un alto porcentaje de población desplazada o despojada a consecuencia de la guerra, que han llegado a la ciudad de Cali y a la Comuna buscando un lugar de asentamiento. Por este motivo, hay víctimas de la violencia del conflicto armado de diferentes regiones y departamentos del país, y muchas de ellas pertenecientes a la población NNA, mujeres y comunidad LGBTI.

5. Marco Teórico

Las teorías, posturas, y conceptos utilizados para definir y caracterizar los trabajos académicos y de investigación, parten tanto del pensamiento individual y subjetivo de los autores que los producen y reproducen, pero también del contexto histórico, social, político y cultural que enmarcan la producción o reproducción de este conocimiento situado. Siguiendo a De la Hermosa y Polo (2018), quienes en relación al concepto de conocimiento situado, resaltan la necesidad de que cada vez que se expresen ideas que puedan influir en un receptor es preciso explicitar el lugar desde el que se hacen para no dar la impresión de que se emiten desde un lugar neutral, porque en cada discurso hay una intencionalidad y un contexto que lo precede y le da sentido, puesto que se reconoce que para cada discurso existe un universo simbólico que lo soporta.

Desde la presente propuesta de intervención, se hace una revisión conceptual de diversas corrientes teóricas y epistemológicas, como de distintas ideas de autores que han trabajado los conceptos de violencia sexual y abuso sexual, atención primaria en salud, atención integral, planeación participativa. Se realizará un recorrido por distintas definiciones de los conceptos, resaltando las principales características y aportes, para poder establecer cómo se definen cada uno de los conceptos en esta propuesta de intervención psicosocial. Esta propuesta está pensada desde mi rol como trabajadora social en una institución de salud que hace parte de la ruta de atención de violencia sexual, con responsabilidad en la prevención, atención y seguimiento, de los casos de personas en situación de violencias sexual, teniendo cuenta las singularidades y complejidades en el contexto de la Comuna 20 de la ciudad de Cali.

La violencia sexual es un problema social que ha sido definido de distintas maneras a lo largo de la historia de la humanidad y que puede decirse tiene un carácter polisémico. A

continuación, se plantea la definición de violencia sexual, los factores asociados a ésta, sus efectos, síntomas y consecuencias, las concepciones de sujeto, víctima, victimario y comunidad, la planeación participativa como modelo de intervención, los dispositivos comunitarios y el diagnóstico y atención integral de la violencia sexual.

5.1. Concepto Violencia Sexual

No existe una definición universal sobre la violencia o abuso sexual, esto debido a las diversas interpretaciones y conceptualizaciones del término y los usos que le han dado las sociedades y culturas que lo han usado para tratar el problema de salud pública.

Para la Academia de Pediatría, citada por González et al., (2016), abuso sexual es “la práctica de un contacto físico o visual, cometido por un individuo en el contexto sexual, con violencia engaño, o seducción, ante la incapacidad de un sujeto para consentir, en virtud de su edad y diferencia de poder” (p.2). Se resaltan dos aspectos, que la situación ocurre por la incapacidad de dar consentimiento, que está mediado por la seducción, obligación o amenaza de otro sujeto que se aprovecha de la diferencia de edad (desarrollo cognitivo) y de la situación de poder. Este abuso se enmarca dentro de la problemática global del maltrato (Rodríguez, 2003). Dallos, Pinzón, Barrera, Mujica y Meneses (2008), recogen el concepto de violencia sexual como

Toda acción u omisión, voluntaria o involuntaria, protagonizada por un hombre o una mujer, contra otro hombre o mujer que causa daño físico o emocional, vulnera los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de sus necesidades sexuales e inhibe el pleno desarrollo de su sexualidad” (p.57).

En Cohen et al., (2019), refieren que según la Organización Mundial de la salud OMS (2000) la actividad sexual es “cualquier acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no

deseados, la acción de comercializar la sexualidad” (p.55). Es preciso aclarar que dentro de su definición, una persona puede ser abusada sexualmente no sólo por un acto carnal violento (penetración) sino también por actos sexuales que se realicen sin el consentimiento y bajo una situación de poder.

Salazar y Vega (2017), en su texto recogen la declaración de la reunión de Estocolmo con motivo del Primer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Infantil (1996) donde definen:

Como el abuso sexual por adultos y la remuneración en metálico o en especie al niño o niña y a una tercera persona o varias. El niño es tratado como un sujeto sexual y una mercancía. La explotación sexual comercial de los niños constituye una forma de coerción y violencia contra los niños, que puede implicar el trabajo forzoso y formas contemporáneas de esclavitud. (p.194-195)

Diferentes convenios internacionales, convenciones, Congresos y Simposios han establecido parámetros de entendimiento alrededor del tema de la victimización sexual. Sobre las relaciones sexuales a cambio de dinero, regalos, favores u otros, según el protocolo facultativo de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 2000), se describe esta modalidad como la utilización de la persona en actividades sexuales a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución; sobre la utilización de niños/as en la pornografía (imágenes sexuales abusivas), en esta misma convención, se consideró que:

Toda representación, por cualquier medio, de niño/a o adolescente dedicados a actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o toda representación de las partes genitales de un niño, con fines primordialmente sexuales. Incluye las actividades de

producción, tráfico, difusión, comercialización, producción o almacenamiento de este tipo de materiales (p.195)

Por otro lado, para Aguilar y Salcedo (2008), el abuso sexual se diferencia de otras formas de maltrato por las repercusiones psicológicas que tiene en el sujeto víctima. Estas son más fuertes que el daño físico, dejando secuelas que pueden repercutir negativamente en el desarrollo psicosexual, afectivo, social y moral de la víctima, con posibilidad de permanecer o reactivarse en el transcurso de la vida de la persona abusada.

El abuso sexual puede presentarse a nivel intrafamiliar (incesto) como a nivel extrafamiliar (conocidos de la familia y personas de confianza) o personas extrañas (Vargas et al., 1995, citado por Rodríguez, 2003).

Desde una postura que tiene en cuenta los aspectos culturales y estructurales de la violencia sexual, las creencias culturales que se fundamentan en la estructura patriarcal conducen a las mujeres y a los niños a que sean más vulnerables, puesto que son valorados como posesiones, sobre las cuales los hombres pueden decidir. Por esta razón, “la relevancia que se le otorga al deseo sexual masculino, como algo incontenible e inaplazable, conlleva a justificar conductas como el abuso sexual” (Finkelhor, 1985, citado por Banguero, 2017, p.26). Existen actitudes y creencias que legitiman y sirven para justificar las agresiones sexuales que se cometen.

De la Hermosa et al., (2018), realizan una interesante conceptualización de las posturas desde el feminismo en relación al tema de la victimización sexual. Afirman que han sido principalmente las pensadoras feministas las que han tratado la cuestión de una forma teórica desde dos aspectos centrales: la agresión y la sexualidad. Desde el feminismo de los años 70, se puso la violencia sexual en relación con la subordinación general de las mujeres, que genera

miedo y subordinación hacia los hombres. Desde esta postura, Catharine MacKinnon (1979) propone que la propia construcción de la sexualidad lleva implícita una estructura de poder traducida en violencias de las relaciones sexuales heteropatriarcales. Kate Millett (1970), profundiza en la violación o acceso carnal violento como una cuestión política de orden sexual. Desde esta postura, “se reconoce la sexualidad en sí misma como una estructura de poder, así como también se perciben las violencias generadas en el acto sexual heterosexual normativo” (De la Hermosa et al., 2018, p.350).

Desde otras posturas feministas, específicamente desde perspectivas transfeministas, se propone que si se continúa centrando la educación sexual en el miedo, la anticoncepción y la ETS y no en el placer, deseo y el consentimiento, la pedagogía sexual de los jóvenes estará relegada a la pornografía convencional, a los imaginarios sociales que promueve y a los riesgos que esto implica. Esto da pie para mencionar lo referido por Manuel Vicente C. (2017), que existen formas posmodernas, llegadas de la mano de las nuevas tecnologías de la comunicación, por las que se pueden vulnerar los derechos de los NNA y las mujeres. Desde este sentido, una persona se puede hacer pasar por otro sujeto y realizar solicitudes en la web. El ciber acoso, el sexting, la ciberdependencia, el grooming y la pornografía infantil son algunas prácticas posmodernas de abuso sexual.

Con base en lo anterior, desde esta propuesta de intervención se entiende la violencia sexual como un fenómeno psisocial, donde existe contacto físico, visual o acción verbal de tipo sexual ante la incapacidad de un sujeto para consentir (sea por la diferencia de edad o por la posición de poder), protagonizado por un hombre o por una mujer que cause daño físico o emocional, que vulnere los derechos sexuales de otra persona, le impida o limite la satisfacción de las necesidades sexuales inhibiendo el pleno desarrollo de la sexualidad y la identidad. El

daño producido por estas acciones, tiene repercusiones físicas y psicológicas que pueden constituirse a largo plazo. El abuso sexual puede presentarse en un nivel intrafamiliar como a nivel extrafamiliar.

Es importante resaltar, que es un fenómeno que debe ser entendido como producto de condiciones o causas culturales, como creencias culturales que se fundamentan en la estructura patriarcal y machista, donde existe subordinación general de las mujeres y los NNA que genera miedo y subordinación hacia los hombres; estructurales, por ejemplo con condiciones como el hacinamiento en que viven las personas de la Comuna 20 y subjetivas, relacionadas con la estructura psicológica del victimario. Debe ser abordado desde estos aspectos para que pueda haber una transformación de las condiciones que producen la victimización sexual, siguiendo a Martín-Baró, porque de lo contrario, si se atiende la violencia sexual como meramente un asunto patológico, o como un aspecto sólo cultural, el trauma se perpetúa.

5.2. Tipos de Violencia Sexual

Para González et al., (2016), la clasificación del abuso sexual se realiza en dos categorías, el abuso sexual agudo (violación) y abuso sexual crónico. El primero se caracteriza como un evento agudo, generalmente por desconocidos, siendo la penetración vaginal, anal u oral la agresión más frecuente, junto con la agresión física. Ante este tipo de violencia se deben tomar muestras de secreciones orales y/o anogenitales para cultivo y búsqueda de espermatozoides, administrar esquema profiláctico antimicrobiano contra ETS y anticoncepción de urgencia.

Por su parte, el abuso sexual crónico se caracteriza porque usualmente han pasado semanas, meses o años para conocer la agresión. Las agresiones se repiten con frecuencia, generalmente por familiares o conocidos; los tocamientos o el exhibicionismo son los tipos más frecuentes, se utiliza el engaño, la seducción, las amenazas como estrategias de los victimarios

para violentar a la víctima, la toma de muestras no siempre es necesaria y deberá individualizarse en cada caso.

Existe también otra categoría específica en relación a la violencia sexual infantil que es la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, según González et al., (2016). En estos casos, tienen la dinámica de que el victimario convierte al NNA en un “objeto sexual, mercancía negociable a cambio de una transacción monetaria o en especies” (Ministerio de Protección Social, 2011, p.31) en la que muchas veces el sujeto no reconoce su victimización y la sociedad tampoco.

En un plano más concreto, existen tipos específicos de violencia sexual o sub-categorías. Para la tipología del abuso sexual sin contacto físico se encuentran: la masturbación delante de una persona o la realización de actos sexuales de otras personas frente de un NNA, el exhibicionismo, la observación de una persona desnuda, la narración o proyección a un menor de edad de historias con contenido erótico o pornográfico. Los piropos o comentarios con connotación sexual o las opiniones sobre el cuerpo que no son solicitados o se den entre personas que no se conocen o no tienen una relación de confianza; los chantajes y las amenazas para cualquier fin, la violencia psicológica.

Algunas de estas definiciones pueden encontrarse en la página web <http://redpapaz.org/prasi/> de la Red de Padres y Madres RedPaPaz, una Corporación sin ánimo de lucro fundada en 2003 con propósito de contribuir en la protección de los derechos de los NNA en Colombia, quienes junto con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) crearon este dispositivo como un instrumento de prevención y manejo de riesgo de abuso sexual en línea.

En relación al abuso sexual con contacto físico, se encuentran los tocamientos, la masturbación, los contactos bucogenitales, la penetración. Los tocamientos y caricias se presentan con o sin ropa; cuando el victimario besa a la víctima similar a como ocurre en una relación sexual; la penetración se presenta también con objetos. Otro tipo es obligar a que la persona toque o use los órganos sexuales del abusador. Cuando estas acciones y las tipologías de abuso sexual sin contacto físico se realizan con el fin de obtener dinero o bienes, se enmarcan en la Explotación sexual comercial.

5.3. Factores Asociados a la Violencia Sexual

En la literatura académica pueden encontrarse diferentes factores asociados a la violencia sexual, ya sean factores de riesgo o predisponentes para que se presenten situaciones de violencia de este tipo. En esta parte del texto, se revisan los planteamientos de diferentes autores desde sus propias investigaciones en contextos específicos y desde las revisiones teóricas que han realizado, para establecer los factores individuales, familiares, sociales/comunitarios, culturales y estructurales que tienen relación con la victimización sexual.

No existen unas causas o unos factores asociados que siempre se presenten en los casos de violencia. Cada caso tiene un contexto particular, unas características propias y una singularidad que deben ser abordados en un diagnóstico, atención y seguimiento integral en Salud con enfoque psicosocial. Sin embargo, la experiencia laboral y académica de profesionales e investigadores ofrece información importante para entender o contribuir con este fin, a la comprensión de las causas de este fenómeno para pensar estrategias preventivas que ataquen las causas asociadas a la violencia sexual desde diferentes ámbitos.

Quintero, Bonilla, Otero y Campo (2013), refieren que Colombia reúne varios factores establecidos para el riesgo de abuso sexual, entre los que se encuentra la violencia intrafamiliar, el

abandono, el estrés, las situaciones de crisis y las disfunciones familiares. Igualmente, incluyen que existe alto riesgo cuando los menores de edad sufren o tienen en su ambiente cercano adicciones, especialmente sustancias psicoactivas que generan alta dependencia.

La baja escolaridad también se ha demostrado asociada a mayor número de abusos sexuales. “Algunas personas son más vulnerables al abuso, las que presentan discapacidades, en situaciones de negligencia, los internalizados por condiciones especiales de salud y los menores de edad cuyos padres biológicos están separados (el perpetrador puede ser un progenitor, padrastro, madrastra u otro)” (Quintero et al., 2013, p.234)

Estos autores hacen alusión al tema del conflicto armado interno colombiano, y establecen que en el marco de este conflicto hay un alto grado de vulnerabilidad, esto debido a factores asociados como el desplazamiento forzado y la pobreza consecuencia de la situación de guerra.

Se puede observar que Quintero, Bonilla, Otero y Campo (2013) enfocan la relación del fenómeno con el ámbito familiar, a excepción de los hechos en el marco del conflicto armado. Pero la familia es un espacio/institución de socialización, según Berger y Luckman (1968), fundamental en la ocurrencia y prevalencia de las violencias.

En Cohen et al. (2019), la complicidad, la diferencia de edad y la falta de estructura en el hogar son asociados a la violencia sexual. En este caso, la diferencia de edad es un factor individual entre la víctima y el victimario, la complicidad un factor social y la falta de estructura en el hogar se clasifica como familiar. Este último, genera condiciones de riesgo porque se relaciona con situaciones de disfunción marital, la violencia doméstica, la utilización de la violencia como método educativo, los extensos horarios laborales de los padres y “el hecho de

que se asume como natural o normal los actos de abuso sexual debido a la repetición de los mismos y la ausencia de reporte” (Cohen et al., 2019, p.56).

Por su parte, Salazar y Vega (2017), en su texto estudian diversas perspectivas que han incorporado en el análisis de la problemática diversos factores (individuales, contextuales, familiares). Desde su entendimiento, hablan de factores predisponentes aludiendo a aquellas condiciones que propician la ocurrencia de las violencias, y, factores precipitantes, en relación con las condiciones medioambientales e individuales, que empujan a los sujetos a situaciones victimizantes.

En el ámbito sociocultural y medioambiental, los factores predisponentes según estos autores son:

La violencia y falta de reconocimiento de los derechos, el modelo educativo y cultural machista, la erotización del cuerpo con fines comerciales, el desarrollo de tecnologías de comunicación e información, la explotación económica laboral temprana, la existencia de mitos sobre la violencia sexual, la pobreza, la migración, el hacinamiento y el desplazamiento, la expulsión y exclusión escolar. Como factores precipitantes, la presencia de agentes inductores y explotadores. (Salazar y Vega, 2017, p.196).

Estos mismos autores plantean que en el ámbito familiar, los factores predisponentes son:

Las relaciones de inequidad, el hacinamiento, la violencia infantil, figura negativa del padre/madre, ausentismo paterno y violencia, abandono y maltrato, falta de documentos de identidad. En cuanto a los factores precipitantes, la expulsión o desvinculación del hogar y la presión directa de los padres para que se presente la situación. (Salazar y Vega, 2017, p.196).

En el ámbito individual, como factores predisponentes están:

El establecimiento de relaciones sexuales precoces, la baja autoestima y búsqueda exagerada de aprobación, búsqueda de la identidad sexual, no elaboración emocional del abuso sexual, ignorancia e inseguridad, distanciamiento de padres o familiares, consumo de drogas Y los factores precipitantes, como el uso/abuso de sustancias psicoactivas, un estado de alta vulnerabilidad emocional” (Salazar y Vega, 2017, p.196).

Igualmente, estos autores determinan la situación económica precaria como factor relacionado al tema porque la mayor parte de las víctimas se encuentra en estratos socioeconómicos pobres, citando a Sanders (2001), quien refiere que, en investigaciones realizadas en Inglaterra, se reportó que la pobreza se correlaciona positivamente con una gran cantidad de vulneraciones a NNA. También incluyen en su caracterización el consumo de alcohol, el historial de abuso y la situación y/o larga permanencia de calle.

Pino, Cortes y Salcedo, (2018), siguiendo el modelo ecológico que reconoce la existencia de niveles del entorno en el cual se desenvuelven la víctima, el agresor y la comunidad, afirman que los factores de riesgo a nivel individual son la edad, el consumo de alcohol o uso de sustancias psicoactivas (tanto por la víctima como por el agresor), bajos niveles de escolaridad y condición económica. En el nivel interpersonal/relacional, están los antecedentes por violencia intrafamiliar, el maltrato, las agresiones en la infancia y la cercanía del agresor al núcleo familiar. A un nivel comunitario, identifican el apoyo familiar, y el comunitario, el tipo de relación que tenga la víctima con el supuesto agresor, la pobreza y las actitudes comunitarias tolerantes frente a estos actos. En el texto, también trabajan el nivel de Sociedad y de Estado, en un sentido estructural, como la subordinación de las mujeres, la cultura machista, la ausencia de justicia material y falta de aplicación de leyes y políticas de prevención, protección y castigo de las violencias. Como dato adicional, Pino et al. (2018), citando a Breiding y col., manifiestan que

hay un mayor riesgo a sufrir victimización sexual en la infancia entre niñas cuya relación con sus madres biológicas no es muy cercana, realizando la sugerencia de que una fuerte relación materna podría ser un factor de protección importante para tener en cuenta.

Existen diferentes factores de riesgo asociados a la violencia sexual que deben ser analizados con detenimiento, entendiendo cada caso desde sus particularidades, pero es importante determinar que este tipo de violencia puede ser sufrido por cualquier persona y más en contextos socio-culturales como el colombiano, marcado por el patriarcado en el marco de una cultura machista.

5.4. Efectos/Consecuencias del Abuso Sexual y Sintomatología Asociada

Las situaciones de violencia sexual contra una persona generan consecuencias o efectos que se manifiestan en síntomas y respuestas del sujeto para afrontar la victimización. Algunos se relacionan con secuelas de tipo físico, pero también de tipo psicológico. Cada caso tiene su sintomatología específica y tiene formas particulares de afrontamiento por parte de la víctima. A continuación, se presentan, a partir de los trabajos de distintos autores, una conceptualización de los efectos asociados al abuso sexual infantil.

Según Cohen et al., (2019), el delito de abuso sexual presenta consecuencias como problemas psicológicos, biológicos y sociales. Refieren que más de la mitad de los casos estudiados por ellos han sido diagnosticados con trastorno oposicional desafiante, trastorno de ansiedad, depresión, fobia, déficit intelectual y social, trastornos del sueño y de estrés post traumático. Especialmente la depresión, la ansiedad y el suicidio son consecuencias frecuentes de este tipo de victimización, asociados a sentimientos de desmoralización y desvalorización personal a raíz de la baja autoestima que presentan algunos sujetos. Para estos autores, también hay una relación significativa con el abuso de sustancias psicoactivas o consumo de alcohol a

temprana edad, disfunción en las relaciones sexuales, trastornos de la identidad, personalidad limítrofe y trastorno disociativo. Desde el psicoanálisis, Kuirca, Berezin y Felbarg (2011), afirman que:

Las experiencias de sobreestimulación de zonas erógenas para un Yo corporal primario (Niñas y Niños) y en desarrollo, la concreción del incesto y la desprotección que caracteriza el estilo vincular, determinan lo traumático del abuso sexual en la constitución del Self infantil. (p.292)

Para estos autores, la violencia sexual produce secuelas en la subjetividad que marcan la constitución del Yo.

Por su parte, Manuel Vicente C. (2017), realiza un listado de efectos producidos por situaciones de violencia sexual enmarcados en 5 categorías: cognitivos, físicos, conductuales, psicológicos y sociales.

En lo cognitivo, los efectos que se identifican son “retrasos en el desarrollo, retraso en el aprendizaje, déficit atencional”, los físicos se manifiestan en “dificultad para caminar y sentarse, alteración en área anogenital como dolores, picores, hemorragias, desgarros, hematomas, infecciones genitales y del tracto urinario, enfermedades de transmisión sexual, embarazo”, la categoría conductuales incluye, “conductas sexuales como masturbación compulsiva, conductas sexualizadas con otros niños, conocimientos sobre sexualidad que no son frecuentes a esa edad, negativa a ir con una determinada persona, cambios bruscos de conducta y la retractación” (el menor afirma que ha sido víctima y luego lo niega) y, por último, los síntomas psicológicos como “alteraciones del sueño y de la alimentación, enuresis, encopresis, depresión, conductas autolíticas, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés pos-traumático,

sentimientos de culpa, y los efectos sociales, como aislamiento social, abuso de otros menores, desconfianza y consumo de tóxicos” (C, Manuel, 2017, p.44).

Siguiendo a Dallos et al., (2008), manifiestan que existen síntomas de trastorno del comportamiento asociados al abuso sexual consistentes en cambios bruscos en la conducta como: miedos excesivos, fobias, temor a dormir solos, terrores nocturnos, trastornos del sueño, pesadillas, sobre excitación, comportamientos agresivos, fugas del hogar, aislamiento social, mal rendimiento o abandono escolar y tendencias suicidas. Refieren también que pueden presentarse síntomas inespecíficos como: anorexia, dolor abdominal, disuria, rectalgia, flujo vaginal, secreción uretral e incluso ligeras lesiones en el área genital.

Por su parte, para Rivera et al. (2006) la experiencia de abuso físico o sexual sufrido durante la niñez provoca resultados negativos en diversos ámbitos de la vida adulta. En la salud física, padece fatiga crónica o enfermedades gastrointestinales; en la salud mental, baja autoestima, depresión, ideación suicida, intentos de suicidio, adicciones. También otras consecuencias como embarazos no deseados, comportamientos que implican riesgos como tener múltiples parejas sexuales sin protección y Enfermedades de Trasmisión Sexual. Rivera et al. (2006) afirman que “las mujeres que son víctimas de violencia física en etapas tempranas de su vida tienen mayor probabilidad de ser víctimas de este tipo de violencia en etapas posteriores de su vida, en las que el principal agresor suele ser la pareja masculina” (p.269), puesto que ha existido una normalización de la violencia sufrida por el sujeto, relacionada con el imaginario de que es normal recibir determinados tipos de victimización durante la vida que deben ser recibidos con sumisión por ser algo cultural, que dentro de la corriente cognitivo-conductual puede determinarse como la indefensión aprendida, concepto desarrollado por Seligman (1986).

5.5. Abordaje integral e institucional de la Violencia Sexual

El diagnóstico de los casos de violencia sexual es un aspecto central en el proceso de atención a las víctimas. Debe realizarse de forma interdisciplinaria, sistémica, metódica y con ética profesional. Los funcionarios de servicios de salud deben estar capacitados técnicamente y sensibilizados en un abordaje humano hacia las personas para ofrecer una atención integral.

La primera atención que reciben los usuarios que han sufrido situaciones de victimización sexual es clave para una adecuada intervención que evite la revictimización y acoja a la persona, teniendo en cuenta los potenciales efectos negativos en la salud física y mental.

Siguiendo a González et al. (2016), desde el primer momento en que una víctima ingresa al sistema de salud, el primer contacto es importante en el proceso de atención. El personal de salud y los demás funcionarios de la institución deben contar con competencias y habilidades en el manejo de estos casos. La entrevista al paciente, o si es el caso de un menor de edad, con el cuidador y posteriormente con el menor, debe iniciarse en un lugar que garantice privacidad, confidencialidad y seguridad.

La exploración o valoración física se realiza generalmente por un médico, acompañado de personal de enfermería, en esta etapa se realiza una descripción de los síntomas y signos observados en la consulta para determinar el estado físico de la persona. En un hipotético caso en que el examen físico sea normal no excluye un posible caso de abuso sexual, sino que indica que no hay secuelas anatómicas o el abuso no ha sido reciente, tal como lo plantean Cohen et al., (2019). Se requiere de experiencia profesional y capacitación técnica para que el profesional que atiende no descarte un posible caso sin analizar el diagnóstico integral.

Teniendo en cuenta las particularidades de cada caso, se deben realizar los exámenes de laboratorio y la profilaxis antimicrobiana de manera oportuna. En casos de abuso sexual crónico

es bajo el porcentaje de víctimas que adquieren enfermedades de transmisión sexual (González et al., 2016), sin embargo, se debe descartar la posibilidad de que existan estas patologías.

La evaluación por salud mental (trabajo social, psicología y psiquiatría) debe ser realizada por un equipo interdisciplinario, como lo proponen Vallejo et al., (2012), que atienda lo subjetivo, lo emocional, la psicodinámica familiar y las predisposiciones psicopatológicas de cada sujeto. Los diferentes profesionales de salud involucrados en este momento deben trabajar en equipo para establecer una mirada integral de la situación que conduzca a una adecuada intervención psicosocial.

El diagnóstico integral es la unificación de las diferentes fases de la atención que brindan los servicios de salud a la víctima, que se reflejan en la historia clínica del paciente. Para Cohen et al. (2019), “una historia clínica completa y cuidadoso examen físico son fundamentales para la identificación como para la investigación del abuso sexual” (p.56). La historia clínica se constituye como la piedra angular de la valoración, por ende debe unificar los criterios de los distintos profesionales que atienden la situación victimizante de forma clara e integrada

En todas las fases anteriores, los funcionarios de la institución de salud deben contar con la escucha atenta como herramienta imprescindible para el manejo de la situación de violencia sexual (Palomino, 2017). Esta escucha tiene que ver no sólo con la centralidad y atención del relato de la víctima sino también con el comportamiento, las conductas y las actitudes. La intervención terapéutica y psicoterapéutica en los sobrevivientes de abuso sexual, debe hacerse interdisciplinariamente, es decir con la cooperación de las distintas disciplinas que intervienen, (Assis et al., 2009; Bernik, Laranjeiras y Corregiari, 2003; Menicucci et al., 2005, citados por Vallejo y Córdoba, 2012), de esta manera, cada uno de los profesionales que atienden los casos

de violencia según el protocolo de atención determinado, deben apoyarse en los criterios y conceptos de sus compañeros para lograr un abordaje integral e integrador.

La atención primaria en salud a víctimas de violencia sexual en los centros de salud y de urgencias, constituye el puente de acceso y adhesión a tratamientos con mayor seguimiento y continuidad (Vallejo y Córdoba, 2012). Por el contrario, una atención deficiente, poca articulación interdisciplinaria y poca sensibilización producen fallas en la atención, la adhesión al tratamiento y victimización secundaria. Estas fallas en la atención se manifiestan en:

La discriminación, la culpabilización de la víctima, el desconocimiento de las consecuencias que deja el hecho traumático, los vínculos terapéuticos negativos, entre muchos más factores, pueden hacer que el sobreviviente pierda la posibilidad de acceder a intervenciones que podrían disminuir las consecuencias físicas y/o psicológicas, y podrían prevenir que el trauma se perpetúe y la violencia continúe. (Vallejo y Córdoba, 2012, p.41)

Como consecuencia de una inadecuada atención por parte del sector salud, y de acuerdo con Palomino (2017), las barreras que dificultan la atención integral del abuso sexual son:

La escasa formación de los profesionales que intervienen el proceso; los prejuicios en los distintos niveles de asistencia con creencias falsas de los abusos no ocurren, o que es necesario que haya contacto físico y violencia para que ocurra el abuso; la falta de coordinación entre profesionales que participan en la atención al sujeto en este problema (p.36-37)

5.6. La Planeación Participativa Como Modelo de Intervención en la Violencia Sexual

Blandón y Jaramillo (2018), plantean que existen tres enfoques que el sector salud ha tenido sobre la participación comunitaria, como:

1) Un aporte de trabajo voluntario de la comunidad a programas específicos de la Atención Primaria de Salud (APS); 2) como convocatoria a la población para orientar el uso adecuado de los servicios de salud y la extensión de la cobertura de dichos servicios; y 3) como promoción de las acciones para fortalecer los sistemas locales de salud impulsados por la OMS (Cequeira y Mato, 1998, citado por Blandón y Jaramillo, 2018, p.96).

Para estos autores, la participación comunitaria en la década de los cincuenta y setenta tuvo un carácter polisémico, determinados por la experiencia política de la planificación centralizada en la Unión Soviética y el impacto de la Revolución Cubana. En estos años, la participación comunitaria fue pensada por la Organización Mundial de la Salud como “estrategia de promoción rural que tenía como centro de preocupación superar la falta de recursos y afrontar las diferencias culturales, las cuales se entendían como obstáculo adicional al acceso a los servicios de salud” (Blandón y Jaramillo, 2018, p.99). Para este fin, se construyeron dos estrategias: el comité de salud y el promotor de salud. Modelos que recogieron las experiencias implementadas en América Latina en la formación de liderazgos comunitarios y consejos de salud, como parte de los mecanismos de desarrollo.

En los noventa, la participación comunitaria tomó otros significados, pasando a ser considerada una oportunidad para los programas de salud.

Según Lynn Morgan (2001), citado por Blandón y Jaramillo (2018), el Banco Mundial se apropió del término participación comunitaria, para “denotar que no se trata de participación popular, sino de partes implicadas que, de acuerdo con su nivel de poder, podrían bloquear u obstaculizar proyectos si estos no son de su conveniencia” (p.100). Es así como se incluye a los actores sociales como implicados en el proceso, pero desde esta perspectiva se legitiman

relaciones de poder asimétricas que quedan en manos de organizaciones, generalmente del Estado, con poder de decisión vertical sobre la comunidad. En este sentido, se entiende a la comunidad como homogénea suponiendo que todos los sujetos comparten las mismas necesidades e intereses. La participación de la comunidad en los proyectos sociales es un elemento clave cuando se trabaja con enfoque de planeación participativa.

Posteriormente, en los años noventa, surgen nuevas tendencias en los discursos sobre participación en salud, orientadas a una forma de vida democrática y al diseño de formas alternativas para las políticas de salud. En esta década, en el escenario nacional se vive un contexto neoliberal con políticas que buscan la tercerización de los servicios públicos, reducción del Estado, recayendo responsabilidades sobre los individuos y las familias. Pero paralelo a esto, surgieron diferentes experiencias locales que han llevado adelante procesos participativos en salud, desde la necesidad de organizar acciones en defensa de un sistema de salud que percibido como desigual e injusto (Bang, 2014, citado por Blandón y Jaramillo, 2018). La comunidad se involucra cada vez más en la salud.

Desde esta perspectiva de base, la participación social y comunitaria, no es solo la asistencia y presencia a programas y encuentros de salud, sino que implica el logro de interacciones y vínculos en contextos de complejos entramados de poder. De acuerdo con González, E. (1995), desde esta propuesta se entiende la participación comunitaria como las acciones ejecutadas colectivamente por los ciudadanos en la búsqueda de soluciones a las necesidades de su vida cotidiana. Hay un involucramiento de la comunidad en las decisiones de su territorio de una manera racional y desde esta propuesta de intervención, la planeación de las acciones, objetivos, actividades y fases del proceso (planteamiento, ejecución, seguimiento y evaluación) se debe contar con la participación de los habitantes de la Comuna 20.

De acuerdo con Barrera y Pacheco (2013), la participación es un derecho de todo ciudadano para buscar soluciones a todas las problemáticas que impiden el crecimiento de su entorno, que en el caso del problema de investigación abordado en este texto, se enmarca en la problemática social de la violencia sexual. En consecuencia, las personas:

Se preparan para el cambio de actitud ante la realidad en que viven, asumiendo conductas de disciplina, responsabilidad y compromiso en la construcción de los planes de desarrollo, a los procesos de participación. Y de plantear soluciones viables de acuerdo con las condiciones del territorio (p.31)

Debe haber un involucramiento consciente y voluntario por parte de todas las personas que se vean afectadas por las decisiones que se tomen en el proceso de participación. Desde estos planteamientos se debe entender la participación en esta propuesta, pues lejos de delegar la responsabilidad de tomar decisiones a los gestores públicos, funcionarios u otros actores, la comunidad adquiere autonomía y poder para proponer y decidir sobre su territorio, y de esta manera involucrarse en la toma de decisiones que les afectan. Por esta razón, desde esta propuesta se pretende construir espacios y dispositivos comunitarios que promuevan y garanticen esta participación.

Para Huertas (2011, citado por Barrera et al., 2013)

La base de la organización territorial es la planificación técnica, económica, social y política, siendo necesario contar con la participación de la comunidad, generándose el medio propicio para la elaboración de los planes de desarrollo, considerados como la herramienta de gestión para las acciones de los gobernantes y habitantes de un territorio (p.31)

Según lo anterior, las personas deben participar en la organización técnica de su territorio para la elaboración de las acciones necesarias para la transformación del contexto social, económico, ambiental y cultural, en acompañamiento de los gobernantes y demás actores sociales interesados en la planificación social y participativa.

5.7. Dispositivos Comunitarios

Los dispositivos comunitarios son espacios de interacción y participación social/comunitaria, de acogida, de fortalecimiento y generación de redes de apoyo entre sujetos, con funciones de escuchar, organizar, capacitar, acompañar y canalizar, frente a un determinado tema o problemática (Serrano, 2013), que en el presente caso tratan de la Violencia Sexual.

Se fundamentan en la participación activa de la comunidad y de los actores sociales del territorio, respondiendo a las necesidades priorizadas por ellos mismos (OEA, 2012). Estos espacios ofrecen la oportunidad de intercambiar percepciones, de construir colectivamente propuestas con la participación comunitaria, pues se entiende que la comunidad es el centro del proceso de participación porque es quien puede garantizar la apropiación de las propuestas y proyectos, garantizando la sostenibilidad en el tiempo. Es así como “Las redes que se conforman en estos espacios se entienden como el conjunto de relaciones, vínculos, lazos entre sujetos que se producen en un espacio-tiempo-comunicación determinados donde los participantes se reconocen y autoreconocen en un territorio determinado”. (Serrano, 2013).

Estas redes son redes de apoyo que funcionan como soporte entre personas con aspectos en común, en este caso la situación de violencia sexual que los afectó y que afecta a la Comuna 20, como excusa para compartir un espacio-tiempo en el cual pueden construir propuestas y acciones determinadas para el mejoramiento de la calidad de vida.

6. Propuesta de Intervención

Construcción Participativa de una Estrategia de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual.

6.1. Descripción de la Propuesta

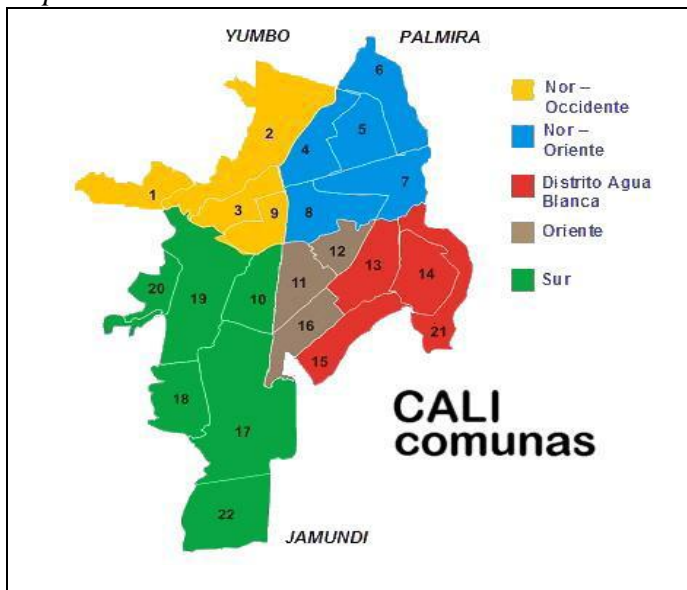
Se trata de una propuesta de intervención que plantea una serie de actividades basadas en la organización e integración comunitaria, la educación crítica y la participación activa; donde los funcionarios institucionales de salud se involucran desde sus percepciones respecto al proceso de atención a violencia sexual, para establecer fortalezas y debilidades. Y, los actores sociales claves en el territorio (otras instituciones o personas) aportan elementos relevantes sobre la violencia sexual desde sus experiencias. Esta combinación de puntos de vista, percepciones y propuestas, permiten que los diferentes actores del proceso de atención de violencia sexual, se apropien y articuladamente logren un impacto significativo en la calidad y efectividad de dicho proceso.

6.2. Contexto De La Intervención

6.2.1. Población. La comuna 20 se encuentra ubicada al sur occidente de la ciudad de Cali, en la zona de Ladera (ver tabla 1), está conformada por 11 barrios, su barrio más conocido es el barrio Siloé puesto que es el más antiguo. Según estudios realizados por el historiador Apolinar Ruiz López en su libro "Espacio y poblamiento en la ladera suroccidental de Cali: Sector Siloé, décadas 1910-2010" una de las primeras formas de poblamiento se da por la existencia de zonas aptas para la explotación de carbón mineral, los propietarios de estos terrenos los daban en alquiler o los vendían para su extracción, en ocasiones cedían terrenos para que los

mineros vivieran con su familias formando asentamientos. Posteriormente, los pobladores se organizaron y se apropiaron de terrenos ejidales de la zona a lo que el Estado reaccionó diciendo que era una zona de alto riesgo sin ofrecer otras alternativas; entre 1910 y 1940 esta ocupación se legalizó como un barrio reconocido por toda la ciudad.

Grafica 1
División política administrativa Urbana de Cali



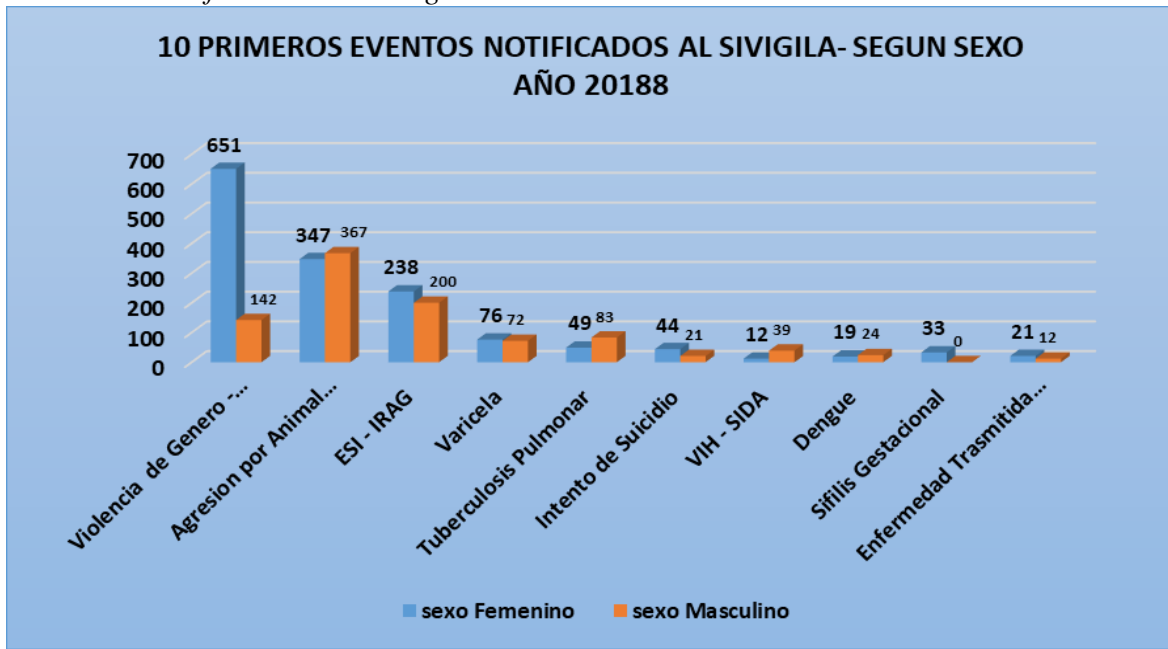
Fuente: lemigliorifoto. eu en Ladera ASIS 2018

Según el Análisis de La situación Integra de Salud (ASIS) Red Salud Ladera 2018, la Comuna 20 cuenta con un área de 243,95 km², con una Población según DANE 2018, de 70.375 hab. Densidad de 268 25 hab/km² y el estrato que predomina es el 1. La comuna 20 Como se mencionaba anteriormente desde sus inicios, surge como asentamiento en zona de alto riesgo, su urbanización ha acrecentado los riesgos de deslizamientos; esto también ha permitido que la cobertura de servicios públicos no se brinde en la totalidad de las viviendas y las vías de acceso sean deficientes dificultando el transporte en la zona. Históricamente esta comunidad ha sido estigmatizada por sus niveles de pobreza y altos índices de violencia ocasionando barreras para el goce efectivo de sus derechos. Según el ASIS (2018), durante el periodo del año 2018, para los Eventos de Vigilancia Epidemiológica que se deben notificar a Entes Territoriales desde la

oficina de Vigilancia Epidemiológica de la E.S.E Ladera, de los 32 notificados, los 10 primeros con mayor reporte se consideraron los siguientes:

Grafica 2

Eventos notificados en el Sivigila.



Fuente Ladera ASIS 2018

De acuerdo a la gráfica 2, el evento que más se reporta es la violencia de género, es importante aclarar que a pesar de recibir este nombre, también se registran los casos de violencia sexual, de los 793 casos reportados en el 2018 según la gráfica, 210 se han atendido en el Hospital siglo XXI por violencia sexual; lo que nos indica, que el fenómeno de la violencia sexual en la comuna 20 deja un alto número de afectados, de ahí la pertinencia de esta propuesta.

6.2.2. Marco institucional. De acuerdo a la publicación realizada por (Bravo,O. 2016):

La Red de Salud de Ladera E.S.E. se encuentra ubicada en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia, en el sur occidente del país.

Conforma una de las cinco Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) responsables por la salud de la población, manejando un área de influencia de 624.849 habitantes, lo cual significa aproximadamente el 20% de la población caleña. La Entidad, está

compuesta por 39 instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S), en el primer nivel de atención, distribuidas de la siguiente manera: 1 Hospital siglo XXI, 6 centros de salud y 33 puestos de salud de los cuales 13 están ubicados en el área urbana de la ciudad.

La mayoría de la población comprendida corresponde a personas ubicadas en estratos socio económico 1 y 2 (clasificación adoptada a nivel nacional para medir el índice de ingresos de una familia). Las condiciones de vulnerabilidad de esta población han generado en esta institución la necesidad de implementar modelos de prestación de servicios que acerquen más a la comunidad y a los equipos de salud a compartir realidades comunes. (p209).

Desde la página web institucional de la Red de Ladera se menciona que esta empresa tiene como propósito:

Responder a los principios orientadores de su constitución garantizando la oferta de servicios con calidad, oportunidad, accesibilidad, integralidad, pertinencia, eficiencia, equidad, participación, orientación familiar y comunitaria de la atención en salud, territorialidad, continuidad, seguridad y costo efectividad. Entendiendo que la promoción de la salud y prevención de la enfermedad son estrategias internacionales dictadas por la Organización Mundial de la Salud- OMS, que requieren la generación a nivel institucional de procesos; esta institución asume el reto de ofertar servicios de salud con calidad, promoviendo estilos de vida saludables, intersectorialdad y participación comunitaria; creando de esta manera conciencia de la responsabilidad individual, familiar y comunitaria para el cuidado de la salud. (2019)

Esta propuesta se llevará a cabo en el Hospital siglo XXI, IPS Siloé, que cuenta con un servicio de consulta externa y de urgencias, y atiende principalmente a los moradores de la comuna 20, sin embargo se logra atender población de otros sectores de la ciudad.

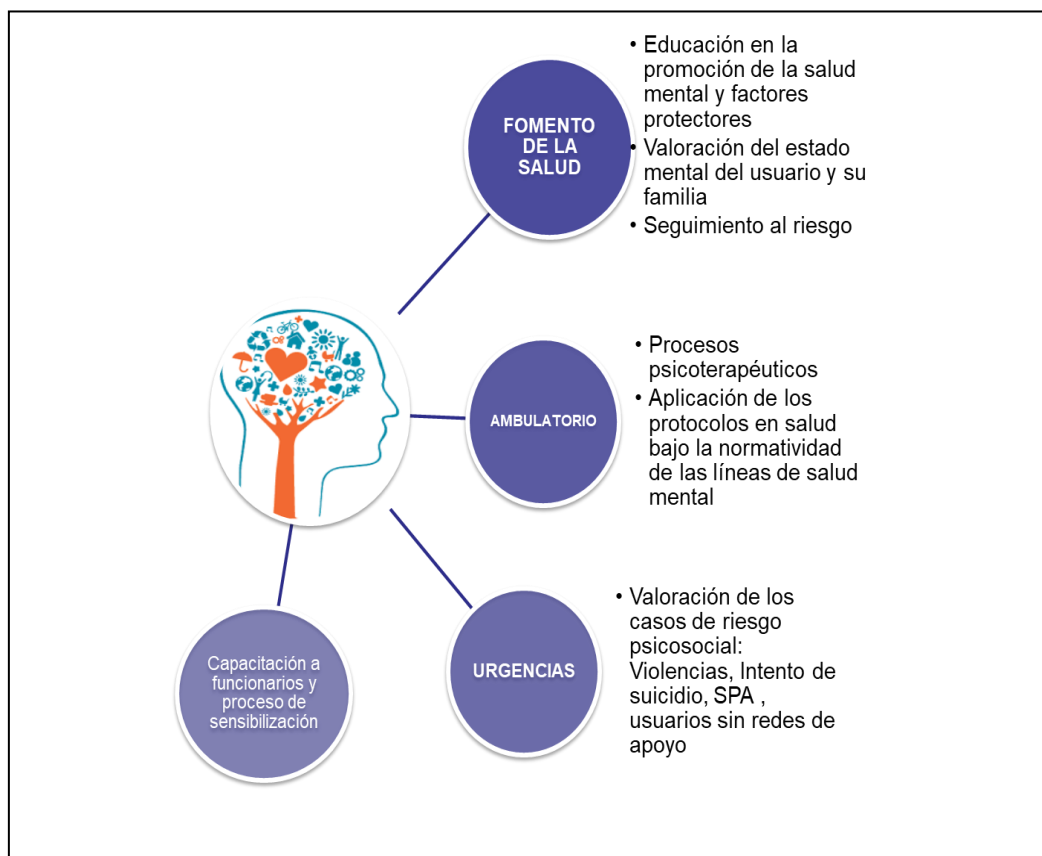
Como se mencionó anteriormente, en el año 2018 se atendieron 210 casos por sospecha de violencia sexual, ASIS Red Ladera 2018, a los cuales se les ha iniciado la ruta de atención en su mayoría en el servicio de urgencias, donde se procura una atención integral, según lo establecido en la norma, entendiendo integral como el conjunto de acciones diseñadas para responder a las necesidades de los usuarios en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, e Integrada, denotando la articulación con los diferentes niveles de complejidad como parte de la atención en salud, permitiendo que los procesos se complementen y continúen con los protocolos respectivos que garantizan tanto la salud de los usuarios como el goce efectivo de sus derechos.

En el tema de la violencia sexual, la atención incluye la valoración física y psicosocial de los usuarios, además de la derivación a las entidades de control y judiciales respectivas; esta debe basarse tanto en el tema de los derechos como en los principios de respeto e idoneidad para su manejo integral.

El hospital de Siglo XXI cuenta con un equipo de salud mental conformado por dos profesionales de Trabajo Social y dos de Psicología, que se enmarcan en un programa de atención resumido en la siguiente gráfica.

Grafica 3
Exquema de salud mental.

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A VIOLENCIA SEXUAL



Fuente: Proceso de Salud Mental, Red de Salud Ladera.

En la búsqueda de unificar criterios para la atención integral a usuarios que consultan luego de haber experimentado situaciones de violencia sexual o abuso sexual, la Red de Salud Ladera específicamente con el equipo de Salud mental, ha implementado un Programa de Atención Integral que busca dar cumplimiento a las exigencias normativas en la aplicación del protocolo, para su cumplimiento cuenta con una guía de manejo y una flujo ruta de Violencia Sexual (ver anexo 1)

Esta ruta es la que se sigue de manera interna, la cual deben conocer todos los que participan en ella, sin embargo en la práctica se observa que son frecuentes las inquietudes principalmente del personal sobre las formas de ejecución teniendo en cuenta que cada caso es único, por tanto, en el mejor de los casos solicitan apoyo de los profesionales de Trabajo Social y Psicología, o pasan por alto algunos de los pasos y se realizan atenciones incompletas.

Teniendo en cuenta lo anterior, surge el interés por contribuir a la reducción de los daños que causa los diferentes tipos de violencia sexual en la Comuna 20, garantizando una atención integral e integrada, teniendo en cuenta el contexto y las necesidades del individuo. Por tanto, se propone liderar la convocatoria de los diferentes actores sociales del territorio relacionados con la victimización sexual para la construcción del proceso de atención de víctimas de violencia sexual.

6.3. Metodología

6.3.1. Enfoque metodológico.

Esta propuesta se encuentra enmarcada en el modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque participativo, donde se pretende que las instituciones, los actores sociales y la comunidad de la Comuna 20 interesados e implicados en el tema de la violencia sexual, son llamados a participar activamente, desde sus lugares, para construir colectivamente la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de un proceso de atención integral e integrador a víctimas de violencia sexual.

La metodología en un inicio se basa en un diagnóstico participativo, que permite el análisis perceptivo como proceso mediante el cual se descubren cuáles son los elementos y situaciones más importantes de un sistema, describiendo las relaciones existentes entre esos elementos a partir de las percepciones propias de sus integrantes. Con estos insumos, se construye la propuesta y sus actividades específicas que respondan a las necesidades de todos los actores sociales involucrados en el tema de la Violencia Sexual, especialmente de las víctimas y sus familias.

Posteriormente desde la planeación participativa se proponen tres elementos centrales: La organización (es necesario que los actores sociales concerten acciones y objetivos), la educación

(como elemento transversal de capacitación y crecimiento personal y colectivo) y la participación; esta última necesita de los dos aspectos anteriores para poder ser ejercida de forma crítica y efectiva.

La planificación participativa permite que las personas identifiquen en el territorio las fortalezas, debilidades y las herramientas o recursos con los que cuentan, además, contribuye en el reconocimiento de los actores como parte de una comunidad que requiere trabajo articulado, intersectorial, y la apropiación del proceso, de esta forma se garantiza la sostenibilidad en el tiempo de la propuesta.

6.4. Etapas de las Propuesta de Intervención

Cada una de las actividades de esta propuesta, será evaluada con un formato que se puede ver en el anexo 8

6.4.1. Etapa 1: Diagnóstico.

6.4.1.1. Recolección de la información. Como es importante que esta propuesta sea construida a partir de la mirada de los diferentes actores se hace necesario conocer y analizar la percepción que tienen los beneficiarios, funcionarios y comunidad en general sobre el proceso de atención a víctimas de violencia sexual que se realiza en el hospital de Siloé XXI. Para recolectar esta información se realizara una encuesta y tres grupos focales con los funcionarios que intervienen en la atención a violencia, con el objetivo de generar insumos que permitan la construcción participativa de la propuesta cada uno de los participantes serán informados sobre el objetivo de la propuesta y deberán firmar un consentimiento informado (ver anexo 2)

6.4.1.2. Encuesta. Esta encuesta se realizara a los funcionarios del hospital Siglo XXI que intervienen en el proceso de atención a población con sospecha de abusos sexual, a un porcentaje de la población atendida en el último trimestre por sospecha de abuso sexual y actores

claves de la comunidad (líderes comunitarios, docentes, Policía Nacional, funcionarios casa de justicia, funcionarios de ONG que operan en el sector). Las preguntas de esta encuesta están orientadas a conocer las percepciones de los diferentes actores que intervienen en el proceso de atención sobre el mismo ver encuesta (anexo 3).

6.4.1.3. Grupo focal. Se realizarán tres grupos focales; previo a la actividad se realizará invitación personalizada y se diligenciará un consentimiento informado (ver anexo 1), este grupo focal se realizará como un taller, donde se expone un caso hipotético sobre una situación de violencia sexual y a partir de ese caso se derivarán unas preguntas orientadoras que se discutirán en plenaria guiada por el moderador (ver anexo4).

Cada grupo focal contará con la participación de una población específica, uno se realizará con funcionarios de la institución: profesionales en medicina, psicología, trabajo social y enfermería, técnico en enfermería y administrativo, otro con usuarios de la ruta, personas atendidas por situaciones de violencia y en casos de menores de edad; se invitará a los padres o a su representante legal y por último, con otros con actores claves del entorno, líder comunitario, docente, policía, funcionario Casa de Justicia, funcionarios de ONG que operan en el sector.

6.4.1.4. Análisis. Una vez recolectada la información, se realizará la transcripción y tabulación para su respectivo análisis, este análisis debe arrojar un documento que evidencie puntos clave para la construcción del proceso de atención teniendo en cuenta las percepciones de los diferentes actores.

6.4.1.5. Socialización. Para la socialización se convocará una reunión con los funcionarios, beneficiarios y actores claves, que hallan o no participado en la encuesta y grupos focales, en este espacio se expondrán los resultados a través de una ayuda didáctica y se tendrá un espacio para la discusión de los resultados, esta reunión será grabada con la autorización de

los participantes (ver anexo 2) y posteriormente transcrita para completar el análisis y diagnóstico.

6.4.1.6. Resultados esperados. Documento con Diagnóstico de la percepción que tienen los diferentes actores respecto al proceso de atención a víctimas de violencia sexual del Hospital Siglo XXI y su respectivo análisis, Con esta información se construirá un taller para los funcionarios que permita ajustar el proceso de atención teniendo en cuenta las diferentes percepciones de los participantes.

6.4.2. Etapa 2: Construcción de un nuevo proceso de atención a población con Violencia sexual.

Para lograr una atención integral e integrada se requiere un trabajo interdisciplinario, donde cada uno de los participantes en el proceso de atención a víctimas de violencia tenga claridad frente a los conceptos en torno a la violencia sexual y al rol que ejercen en el proceso de atención. Para tal fin se realizara un taller pedagógico que permite desde el aprender construir alternativas para transformar el proceso de atención a población con sospecha de violencia sexual en el hospital Siglo XXI.

6.4.2.1. Taller. El taller se realizará con un grupo de funcionarios, que previamente conocieron el resultado y análisis del diagnóstico, estos funcionarios serán de las diferentes áreas que intervienen en el proceso de atención a víctimas de violencia sexual, con el propósito de adaptar los 15 pasos que plantea El Modelo de Atención Integral A Víctimas de Violencia, al proceso de atención establecido en el Hospital siglo XXI (ver anexo 5).

6.4.2.2. Resultados esperados. Un documento con la propuesta de ajuste en el proceso de atención de violencia sexual, en el hospital Siglo XXI, siguiendo los 15 Pasos que plantea el Modelo de Atención Integral de Violencia Sexual (Resolución 459 de 2012) adaptados a la

institución, teniendo en cuenta el contexto y lo planteado por los usuarios. Este documento será presentado a las directivas de la institución para su aprobación.

6.4.3 Etapa 3: Sensibilización.

Una vez aprobado el ajuste en el proceso de atención a población en situación de violencia sexual se deberá socializar con todo el personal del servicio, a través del taller modificado en su segunda parte, donde ya se socializaran el proceso de atención modificado en sus 15 pasos, llamado taller 2 (ver anexo 5).

6.4.3.1. Resultados esperados. Todos los funcionarios de la IPS capacitados en el tema de violencia sexual y los pasos a seguir en su atención.

Atención integral e integrada a los beneficiarios del proceso de violencia sexual, que se verá reflejado en la satisfacción de los usuarios, medida a través de una encuesta (ver anexo 6)

6.4.4. Etapa 4: Dispositivos comunitarios.

Estos dispositivos establecen la oportunidad de acompañar y respaldar procesos de empoderamiento de las personas y las comunidades con la salud y las demás áreas de la vida en el territorio, y de la participación comunitaria, participación entendida como el proceso social que involucra a los miembros de un grupo o comunidad en las diferentes fases del planeamiento de su desarrollo, incluyendo el momento del conocimiento, la toma de decisiones, la ejecución de las acciones y la evaluación de la gestión.

6.4.4.1. Mesa comunitaria de salud y convivencia. Para generar un diálogo fluido con la comunidad, desde la institución se propone crear un espacio de participación social dirigido a los usuarios de los servicios de salud de la Comuna 20 que permita el intercambio de experiencias en torno a las vivencias de los hechos victimizantes y demás aspectos que los sujetos consideren relevantes y deseen voluntariamente compartir.

Este será un espacio de participación y de organización comunitaria, que pretende generar vínculos interinstitucionales e intersectoriales con actores sociales e instituciones del territorio para dinamizar procesos tanto individuales como colectivos en torno a la violencia sexual.

Este espacio permitirá e interlocución entre institución y comunidad donde se discuten los temas relacionados con el desarrollo del proceso de intervención, se proponen reuniones periódicas cada 8 días o 15 días. Las reuniones se realizarán los días que se acuerden con los participantes en el espacio que se determine, tentativamente en las instalaciones del Hospital.

El papel de los profesionales de la ESE Ladera es gestionar recursos, acompañar y dar respaldo al proceso que se adelante, con el apoyo de las demás instituciones que hagan parte del proceso.

6.4.4.2. Grupos de Apoyo. Se establecerá un espacio que facilite el compartir de experiencias sobre la vida frente a la situación victimizantes y la manera como los participantes luchan y asimilan su proceso durante y después de los hechos; permitiendo constituir redes sociales y de apoyo y a reforzar el compromiso/responsabilidad de pacientes con su salud; en este espacio se brindan herramientas o recursos de afrontamiento frente a las formas particulares de vivir la experiencia en cada sujeto y la reducción del malestar o sufrimiento psicológico.

Los grupos de apoyo se realizaran con metodología tipo taller que permita la interacción lúdica de los participantes (ver anexo 7)

6.4.4.3. Resultados esperados. Conformación de una mesa comunitaria que se reúna una vez al mes y que cuente con la participación de al menos 5 instituciones.

Constitución de un grupo de apoyo que permita la continuidad del proceso de personas atendida por violencia sexual en el Hospital Siglo XXI.

Al concluir cada una de las etapas de esta propuesta, que en su esencia se construyó de manera participativa, se espera tener la continuidad de su implementación al interior del Hospital Siglo XXI, permitiendo una atención integral con calidad y calidez, sin vulnerar los derechos de las víctimas, lo cual posibilita la continuidad del proceso de atención, logrando la reducción de riesgos para la salud mental de las víctimas.

7. Referencias

- Acuerdo de Paz Gobierno Colombiano-FARC-EP de 2016. Noviembre 24 de 2016.
- Aguilar, A., Salcedo, M. (2008). Caracterización de la violencia en adolescentes de 10 a 19 años, 2001-2003, Cali. *Colombia Médica*, 39 (4), pp.356-363. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/283/28339408.pdf>
- Arredondo, V., Saavedra, C., Troncoso, C. & Guerra, C. (2016). Develación del abuso sexual en niños y niñas atendidos en la Corporación Paicabi. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), pp. 385-399. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20160531061725/RevistaLatinoamericanaVol.14N.1enero-junio2016.pdf>
- Banguero, Y. (2017). *Resignificando construcciones culturales que justifican la victimización sexual. Una propuesta de intervención psicosocial con adolescentes, para la prevención de la victimización sexual*. (Tesis de Maestría). Universidad Icesi, Cali, Colombia. Recuperado de http://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/83569/1/T01270.pdf
- Barrera, H., Pacheco, S (2013). Planeación participativa como una alternativa de desarrollo. *Revista Ciencia y Agricultura*, 10 (2), pp. 29-36. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4986437>
- Berger y Luckmann (1968). *La Construcción social de la realidad* Trad. Silvia Zuleta. Amorrortu Editores, Buenos Aires
- Blandón, L., Jaramillo, M. (2018). Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales. *Revista CS*, (26), pp.91-117. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/revista/15608/A/2018>

- Bravo, O. (2016). *Pensar la salud mental : Representaciones sociales sobre usuarios de drogas entre trabajadores de salud de la Red de Salud de Ladera ESE de Cali*, Cali: ICESI.
- C. Manuel. (2017). Detectando el abuso sexual infantil. *Pediatría Atención Primaria*, XIX (26), pp. 39-47. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3666/366655204005/html/index.html>
- Calderón, L; López, F; Pérez, E. (2007). Propuesta de acciones para la prevención del abuso sexual en la niñez y la adolescencia. *Revista MEDISAN*, 11(3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368444988004>
- Cepeda, E., Ramírez, C. (2016). Reparación integral de niños víctimas de los delitos sexuales en Colombia. Restricciones y posibilidades a la luz de la jurisprudencia. *Revista chilena de derecho*, 43 (3), pp. 1057-1080 .Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchilder/v43n3/art12.pdf>
- Código Penal Colombiano [CPC]. Ley 599 de 2000. Título IV. Julio 24 de 2002 (Colombia)
- Cohen, S., Cob, E. (2019). Abuso sexual en el paciente pediátrico. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 36 (1). Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v36n1/2215-5287-mlcr-36-01-54.pdf>
- Corte Constitucional, Sala plena. Sentencia C-092 /02 (MP. Jaime Araújo Rentería. 13 de Febrero de 2002)
- Corte Constitucional, Sala plena, Sentencia C-228/02 (MP. Manuel José Cepeda Espinosa, Eduardo Montealegre Lynett; 3 de abril de 2002)
- Corte Constitucional, Sala plena. Sentencia C-516/07 (MP. Jaime Córdoba Triviño. 11 de Julio de 2007)

Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión. Sentencia T-718/15, Jorge Iván Palacio Palacio. 24 de Noviembre de 2015)

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Penal. Sentencia STP-8442-2015 (MP. José Luis Barceló Camacho. 2 de Julio de 2015)

Dallos, M., Pinzón, A., Barrera, C., Mujica, J., & Meneses, Y. (2008). Impacto de la violencia sexual en la salud mental de las víctimas en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 37 (1), pp. 56-65. Recuperado de <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-37/1/37-1.pdf>

Decreto 2737 de 1989. Por el cual se expide el Código del Menor. Noviembre 27 de 1989.

De la Hermosa, M., Polo, C. (2018). Sexualidad, violencia sexual y salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38 (134), pp. 349-356. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17050/16921>.

Flores, J. (2011). *Psicología y praxis comunitaria. Una visión latinoamericana*. Editorial Latinoamericana/Centro Latinoamericano de Investigación, Intervención y Atención psicosocial AC. Cuernavaca, Morelos, México.

Franco, A., Ramírez, L. (2016). Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 45 (1), pp.51-58. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-abuso-sexual-infantil-perspectiva-clinica-S0034745015001122>

García, C; Loredó, A, Gómez, M. (2009). Guía para la atención del abuso sexual infantil. *Acta Pediátrica de México*, 30 (2), pp. 94-103. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640316005>

- Gómez, E. (2012). Planeación participativa intercultural: Reflexiones para el Trabajo Social. *Ra Ximhai*, 8 (2), pp. 261-291. Recuperado de <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=46123366012>
- González, E. (1995). *Manual sobre participación y organización para la gestión local*. Ediciones Foro Nacional por Colombia, Bogotá, Colombia.
- González, E., Velásquez F. (2010) La Planeación Participativa, el Sistema Nacional de Planeación y los Presupuestos Participativos en Colombia. Viva. Org.co. Recuperado de http://viva.org.co/documentos/cat_view/4-red-nacional-de-planeacion-local-y-presupuesto-participativo
- González, J., Viera, T., Loy, B., Martínez, N., Espina, E., Gómez, R. (2019). Caracterización de los adolescentes víctimas de delito sexual evaluados en la comisión psiquiátrico-forense infanto-juvenil. *Acta Médica del Centro*, 13 (1), pp. 30-44. Recuperado de <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/999/1231>
- González, M.; Álvarez, S.; Soto, J.; Quirós, V. (2016). Abordaje del abuso sexual infantil: Combatiendo la revictimización. *Medicina legal edición virtual*. 33 (1). Asociación Costarricense de Medicina Legal y Disciplinas afines.
- Guerra, C.; Arredondo, V.; (2017). Investigación sobre psicoterapia en abuso sexual infantil: ¿Una tarea pendiente en Chile?. *Summa Psicológica UST*, 14 (1), pp. 1-11. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6068358>
- Instituto Colombiano De Medicina Legal Y Ciencias Forenses (2017). Boletín Estadístico mensual recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/boletines-estadisticos-mensuales>

Kuitca, M.; Berezin, J.; Felbarg, D. ¿Cómo enfocar el abuso sexual infantil? El psicoanálisis en la interdisciplina. *Psicoanálisis -Vol. XXXIII (2)*, pp. 291-306. Recuperado de

<http://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/05/Kuitca.pdf>.

Ley 7 de 1979. Por la cual se dictan normas para la protección de la niñez, se establece el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, se reorganiza el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se dictan otras disposiciones. Enero 24 de 1979. DO. No. 35.191.

Ley 75 de 1968. Por la cual se dictan normas sobre filiación y se crea el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Diciembre 30 de 1968. DO. No. 32.682.

Ley 83 de 1946. Orgánica de la defensa del niño. Diciembre 26 de 1946. DO. No. 26.363

Ley 906 de 2004. Por el cual se expide el Código de Procedimiento Penal. Agosto 31 de 2004. DO: No. 45.658.

Ley 975 de 2005. Por la cual se dictan disposiciones para la reincorporación de miembros de grupos armados organizados al margen de la ley, que contribuyan de manera efectiva a la consecución de la paz nacional y se dictan otras disposiciones para acuerdos humanitarios. Julio 25 de 2005. DO. No. 45.980.

Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Noviembre 8 de 2006. DO. No. 46.446.

Ley 1146 de 2007. Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. Julio 10 de 2007. DO. No. 46.685.

Ley 1236 de 2008. Por medio del cual se modifican algunos artículos del Código Penal relativos a delitos de abuso sexual. Julio 23 de 2008. DO. No.47.059.

Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Diciembre 4 de 2008 DO. No. 47.193.

Ley 1329 de 2009. Por medio de la cual se modifica el Título IV de la Ley 599 de 2000 y se dictan otras disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. Julio 17 de 2009. DO. No. 47.413.

Ley 1448 de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Junio 10 de 2011. DO. No. 48.096.

Ley 1542 de 2012. Por la cual se reforma el artículo 74 de la Ley 906 de 2004, Código de Procedimiento Penal. Julio 5 de 2012. DO. No. 48.482.

Ley 1652 de 2013. Por medio de la cual se dictan disposiciones acerca de la entrevista y el testimonio en procesos penales de niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales. Julio 12 de 2013. DO. No. 48.849.

Ley 1719 de 2014. Por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones. Junio 18 de 2014. DO. No. 49.186.

Maclay, C., Rosario, L., Rivera, C. (2017). El manejo de casos en maltrato a menores en Puerto Rico: ¿Relación eficiente y eficaz? *Informes psicológicos*, 17 (1), pp. 13-34. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/7348/6708>

Ministerio de la Protección Social (2011) Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20A%20V%C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>


- Moreno, L. (2019) Poder y violencia sexual contra las mujeres: modelos de hegemonía y didáctica en las Historias de Polibio. *Nova tellus*, 37 (1), pp. 49-71. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6813055>
- Morsch, A., Yela, D., Defilippi, C. (2018). Perfil de la atención a víctimas de violencia sexual en Campinas. *Revista Bioética*, 26 (1). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018261227>
- Muñoz Garzón, L. E. Red de Salud de Ladera. (2018). Análisis de la situación integral de salud / ASIS. Santiago de Cali, Colombia.
- Palomino, N. (2017). Abuso sexual infantil: saber escuchar. *Introducción. Pediatría Atención Primaria*. XIX (26), pp. 35-38. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3666/366655204004/366655204004.pdf>
- Paredes, H., Guachetá, J.; Paredes, E. (2018). Las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado en relación con los procesos de paz en Colombia, 1991 a 2017. *Revista Jurídicas*, 15 (1), 88-109. Recuperado de [http://juridicas.ucaldas.edu.co/downloads/Juridicas15\(1\)_6.pdf](http://juridicas.ucaldas.edu.co/downloads/Juridicas15(1)_6.pdf)
- Pino, A.; Cortes, L.; Salcedo, M. (2018). Caracterización de los casos de violencia sexual en dos instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Palmira-Valle del Cauca, Colombia. *Revista Médica Risaralda*, 24 (1), pp.9-14. Recuperado de <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/14941/11021>

- Quintero, A., Bonilla, F., Otero, A., Campo, G., Valencia, H. (2013). Abuso sexual infantil: ¿territorio omitido o inadvertido en Colombia? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42 (2), pp. 234-235. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80629187012.pdf>
- Ravelo Blancas, P. (2017). Cuerpos marcados por la violencia sexual. Niñas y mujeres jóvenes migrantes en la frontera norte. *Sociológica*, 32 (91), pp. 317-332. Recuperado de <http://www.sociologiamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/1296/1201>
- Red de Salud de ladera. (2019). Reseña histórica. Recuperado de <https://www.saludladera.gov.co/>
- Resolución 44/25 de 1989. [Asamblea General de las Naciones Unidas]. Convención sobre los derechos del niño. Noviembre 20 de 1989.
- Resolución 1325 de 2000 del Consejo de Seguridad de la ONU
- Rivera, L.; Allen, B.; Chávez, R.; Ávila, L. (2006). Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud Pública de México*. 48.(2), pp. 268-278. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4724/4572>
- Rodríguez, L. (2003). Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil. *Universitas Psychologica*, 2 (1), pp. 57-60. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64720108.pdf>
- Ruiz, L. A. (2016). *Espacio y poblamiento en la ladera suroccidental de Cali: Sector Siloé, décadas 1910-2010*. Colombia: Departamento de Historia de la Universidad del Valle
- Salazar, M., Vega, D. (2017). Características psicosociales asociadas a mujeres adolescentes víctimas de explotación sexual comercial ingresadas a un centro de atención en la región

- de Los Lagos, Chile. *Revista Criminalidad*, 59 (3), pp. 193-214. Recuperado de <https://www.policia.gov.co/revista/volumen-59-no-3>
- Sampedro, J.; Suel, A., Quiñones, C., Coronado, J. (2014). *Proyecto de Atención a Víctimas de Violencia Sexual en el Consultorio Jurídico de la Pontificia Universidad Javeriana, Vniversitas*, 129, pp.275-315 <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.VJ129.pav>
- Serrano, I. (2013). *Elementos que definen los centros de escucha comunitarios*. Bucaramanga, Colombia. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052013-minimos_necesarios_definir_eentros_escucha_comunitarios.pdf
- Torres, H; Buenahora, Y. (2018). *Protección penal de niños, niñas y adolescentes como víctimas de violencia sexual en Colombia*. *Revista Principia Iuris*, Vol. 17, No. 30
- Turcaz, M., Stay, M. (2011). Abuso sexual en menores de 16 años. *Revista Información Científica*, 71 (3), Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757296001>
- Uribe, N. (2011). Abuso sexual infantil y administración de justicia en Colombia. *Reflexiones desde la psicología clínica y forense. Pensamiento psicológico*, 9 (16), pp. 183-202. Recuperado de <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/171/509>
- Vallejo, Á., Córdoba, M. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología*, 30 (1), pp. 19-46. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/312738>
- Villanueva, I. (2013). El abuso sexual infantil: Perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16 (30), pp.451-470. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552364016>

8. Anexos

Anexo 1

	GUIA DE VIOLENCIA SEXUAL	1-12-01-PSI-gui-005	
		Fecha actualización:	01/12/2014
		Revisión No.	0
		Página: 66/6	
RESPONSABLE			
Enfermería, Medico, psicología y Trabajo Social			
OBJETIVO			
Detectar y Brindar atención oportuna a víctimas de violencia Sexual con un enfoque integral, interdisciplinario e intersectorial			
ALCANCE			
Desde que se detecta el caso y se termina cuando se establece un plan de intervención y seguimiento.			
REQUISITOS			
LEGALES		OTROS	
Decreto 029 de 2011 Ley 100 de 1993 : Resolución 5261 de 1994 Acuerdo 117 de 1998 y Resolución 412 de 2000 Circulares 18 de 2004 02 de 2005 Ley 1098 de 2006/Nov 8 Por la cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia- Ley 1257 de 2008 en su artículo 8:Atención Integral- Ley 1122 de 2007- Decreto 3039 de 2007 Plan Nacional de Salud Pública Resolución 425 de 2008 Plan Territorial de Salud-Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva- LEY 1146 de 2007 ATENCIÓN EN SALUD - Ley 715 de 2001, Ley 599 del 2000, Ley 1098 de 2006, Ley 1257 de 2008-Ley 599 de 2002, Delitos Sexuales. resolución 459 DE 2012		Remisión para valoración médica y exámenes complementarios. Población infantil, adolescente y demás. IPS con capacidad física instalada Equipo psicosocial y médico capacitado Atención Humanizada y de calidad Diligenciamiento de ficha de notificación.	

DEFINICIONES

Violencia: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Atención al niño y/o adolescente abusado: conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos tendientes a identificar tempranamente al niño (a) – adolescente víctimas y/o sospecha de abuso sexual. Apoyar con intervención en crisis y seguimiento con un enfoque familiar, de manejo interdisciplinario e interinstitucional.

Violencia contra la mujer: “Todo acto de violencia de género que pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la persona, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada”.

Abuso sexual: Todo contacto o interacción entre un niño o niña y un adulto, en el que el niño o niña es utilizado para la satisfacción del adulto o terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del niño o niña. Es también el contacto intencional entre un niño o niña.

El abuso sexual contra el niño (a) – adolescente tiene las siguientes formas:

Tocamiento: uso de los niños en cualquier tipo de actividad sexual, sin que haya penetración, por ejemplo: besarlos, acariciarlos o estimularlos en sus áreas sexuales, o lograr mediante engaño, seducción o amenaza, que los niños estimulen los genitales del adulto o adolescente abusador.

Penetración: introducción del miembro en erección, otras partes del cuerpo u objetos en cualquiera de los orificios del niño o adolescente (anal, vaginal, oral).

Abuso sexual incestuoso: ocurre cuando entre la víctima y el victimario hay una relación de consanguinidad o de cohabitación

Pornografía: es la utilización de menores de edad para la realización del material pornográfico (videos, fotografías, películas).

Prostitución infantil: se refiere al uso de los niños para la gratificación sexual de otro adulto, mediante el pago de dinero por uso del cuerpo del niño.

Acceso carnal: Penetración del miembro viril por vía anal, vaginal, oral de cualquier parte del cuerpo humano u otro objeto, puede ser acceso carnal o ato sexual en persona puesta en incapacidad.

Asalto sexual o violación: ocurre sin el consentimiento de la víctima utilizando violencia

Al llegar el paciente por sospecha de abuso sexual debe de ser captado por atención diferencial en la sala de espera (auxiliar de enfermería encargada) para brindar atención inicial dentro de la competencia del servicio de acuerdo a protocolo.

1. Atención médica

- 1.1 valoración física con su respectivo registro en la historia clínica teniendo en cuenta la determinación de la edad, lesiones encontradas en su cuerpo y zona genital, hallazgos sugestivos de uso de toxico, ETS, embarazo, estado de la esfera mental, toma de muestras de secreciones encontradas. La impresión diagnóstica se realizara con base a lo encontrado por el médico, donde el diagnóstico principal debe ser el hecho de Violencia y diagnósticos relacionados otros hallazgos.
- 1.2 Solicitud de exámenes paraclínicos: Elisa para HIV, antígenos y anticuerpos para Hepatitis B y C, VDRL (ò RPR), prueba de embarazo si es mujer en edad fértil, frotis y cultivo de secreción vaginal y anal, seguimiento 0, 6, 12 y 24 semanas
- 1.3 El médico debe diligenciar ficha epidemiológica completa.

2. Atención de evento que ocurrió en menos de 72 hora

- 2.1 Se debe recolectar muestras para evidencia, según protocolo, las cuales deberán estar debidamente embaladas y con su respectiva cadena de custodia, estas muestras serán entregadas a un investigador judicial el cual se llamara a la Unidad De Reacción Inmediata de la Fiscalía (URI). Este llamado lo realiza el funcionario asignado de turno.
- 2.2 Se le debe brindar al paciente profilaxis para VIH, ETS y anticoncepción de emergencia,
- 2.3 Si el paciente es menor de edad y fue víctima de acceso carnal y/o asalto sexual es necesario remitir a nivel 3 para atención especializada, el médico debe comentar caso a CRU, donde deberán dar código a menor brevedad y sin barreras, en este caso no es necesario valoración psicosocial previa a la remisión. se procurara que toda la atención se realice en una sola institución para evitar victimizar al niño, niña o adolescente,

3. Atención psicosocial

- 3.1 La enfermera jefe del servicio procederá a hacer llamado a equipo Psicosocial, para valoración por salud mental bajo los horarios de turno de estos profesionales.

- 3.7 Si se evidencia que el paciente se encuentra en riesgo inminente al regresar a su vivienda, en caso de ser un adulto se remitirá a un hogar de acogida si hay disponibilidad, si se trata de un niño, niña o adolescente se deberá llamar a Policía de infancia y adolescencia para traslado, el llamado lo podrá realizar enfermera jefe en caso de no estar el equipo psicosocial.
- 3.8 Todo caso de menor de edad debe ser notificado a ICBF, esta notificación la podrá realizar cualquier profesional de la salud a la línea 018000918080.
- 3.9 Se programa cita de control para proceso de intervención a nivel individual y familiar por equipo psicosocial.

IMPORTANTE: Los casos encontrados deben ser manejados con delicadeza y privacidad Debemos asegurarnos de proteger al menor, que no vuelva ser accesible al agresor.

Los menores deben ser manejados por especialistas que brinden atención integral y de calidad, que garanticen el bienestar del menor.

La atención por parte de las instituciones de salud debe garantizar la disminución del riesgo de infección por accidente biológico

NOTA:

Para los reportes a las instituciones pertinentes en caso de no estar el equipo psicosocial de la comuna lo haría la enfermera de turno y/o un profesional asignado por el coordinador del servicio de urgencias

La ficha epidemiológica debe ser enviada de inmediato a Epidemiología de la ESE ladera por ser un evento de vigilancia. La persona encargada de enviar esta ficha es el funcionario asignado de recolectar y enviar las fichas de epidemiológica del servicio de urgencias.

En el servicio de urgencias se contará con un directorio de instituciones de Notificación en casos de Violencia Sexual al acceso del personal médico, enfermería y /o Psicosocial

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: T742: Abuso Sexual (Clasificación del CIE 10)

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
MERY ALEJANDRA CABALLERO Responsable de UEN Psicosocial MONICA HERRADA Psicóloga YULI VELASCO Trabajadora Social ELIANA MORALES Trabajadora social	MERY ALEJANDRA CABALLERO Responsable de UEN Psicosocial	JAVIER COLORADO ANGEL Subgerente de Promoción y Prevención

Anexo 2**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha _____

Participo en:

Encuesta _____

Grupo focal _____

Socialización _____

Usted ha sido invitado a participar en la construcción del diagnóstico sobre la percepción que tienen los beneficiarios, funcionarios y comunidad en general sobre el proceso de atención a víctimas de violencia sexual que se realiza en el hospital de Siloé XXI. Con el objetivo de generar insumos que permitan la construcción participativa de una nueva propuesta de atención. Esta información será recolectada a través de una encuesta, un grupo focal y/o una reunión llamada reunión de socialización, cada una de estas actividades podrán ser grabadas.

Todos los datos aportados por Usted en la entrevista serán utilizados únicamente con fines para dicho diagnóstico. Los resultados podrán ser presentados en congresos o publicaciones científicas; sin embargo su identidad no será revelada y la privacidad será preservada, manteniendo sus derechos legales. Solamente el equipo investigador tendrá acceso a la información particular de cada entrevistado. Se tomarán todas las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de los participantes en este proceso. Su participación es absolutamente voluntaria, tiene derecho a no participar, Tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular y a tener una copia de este documento.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Doy mi consentimiento para que se usen los datos que comunicaré en la entrevista y otras actividades vinculadas a la propuesta de intervención que se está realizando. Los resultados son confidenciales. Cualquier pregunta que me surja en este período podrá y deberá ser aclarada por los encargados del estudio.

Acepto participar en esta investigación y mi nombre y firma son:

Certifico que en mi presencia el participante ha sido informado sobre los posibles beneficios y riesgos de su participación en el estudio y ha tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas que quiso.

Nombre y Firma del Representante del equipo de investigación:

Anexo 3**Encuesta**

Edad: _____ Sexo: _____

Población: **funcionario**____ **beneficiario**____ **comunidad**____

Institución _____

Percepción sobre el proceso de atención población que consulta por sospecha de abuso sexual

1. ¿Conoce la ruta de atención a víctimas de violencia sexual?
2. ¿Considera que en el Hospital siglo XXI se aplica la ruta de atención según se establece en la ley?
3. ¿Cuáles considera que son los mayores obstáculos para la atención a población que consulta por sospecha de abuso sexual?
4. ¿Cómo cree que se debe realizar la atención a población que consulta por sospecha de abuso sexual?

Preguntas adicionales sólo para funcionarios

5. ¿Considera que cuenta con las competencias para atender los casos de violencia sexual?
6. ¿Usted lee la historia clínica de los profesionales que han atendido al consultante por violencia sexual previo a su atención?

Anexo 4**Grupo focal**

Caso hipotético: Niña de 12 años de edad, estudiante de séptimo grado, vive con sus padres y hermano menor de 8 años, la niña se ha caracterizado por ser buena estudiante, ser alegre y respetuosa con los demás.

Desde hace tres meses la niña tiene cambios en su comportamiento, se ve retraída y ya casi no sonríe, en el colegio ha bajado su rendimiento académico y se ha tornado agresiva con compañeros. La madre y profesores consideran que estos son cambios propios de la edad.

En una actividad con la psicóloga del colegio sobre prevención del abuso sexual, la niña estalla en llanto por lo que es llevada a un lugar privado, la psicóloga se entera que la niña hace aproximadamente tres meses cuando fue a casa de sus padrinos un hermano del padrino, le tocó sus genitales y la amenazó para que no contara nada.

Preguntas orientadoras

1. ¿Qué cree debe hacer la psicóloga del colegio?
2. ¿Por qué cree que la familia, ni los profesores sospecharon lo que ocurría?
3. ¿Cuál cree que debe ser la atención en la institución de salud?
4. ¿Qué cree que se debe hacer después de que la joven sea atendida en salud?
5. ¿Qué se debe hacer para apoyar a esta niña una vez sea finalizado el proceso de atención?
6. ¿Cómo comunidad como debemos participar en este proceso?

Anexo 5**Estructura del taller 1**

Orden del día

1. Presentación 15 minutos

Técnica “Soy... y en la mesa dejo...” La idea es que los celulares queden en un sitio visible y fuera del alcance.

2. Exposición introductoria – Leyes 45 minutos

3. División en grupos – Temática Género y Sexualidad 40 minutos

De manera libre se dividan en grupos de 4 personas. Se entregan dos papeles con los conceptos a desarrollar.

Discusión de los términos: 10 minutos

Sexo, sexualidad, identidad sexual, diversidad Sexual, Orientación Sexual, Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Género, Identidad de Género, Roles de Género, Equidad de Género, Enfoque de Género, Machismo.

Exposición: 25 minutos

4. Exposición de expositores 20 minutos

5. Break 20 minutos

6. Técnica división en grupos 5 minutos

7. Actividad de mitos – creencias Término violencia 45 minutos

8. Aclaración de términos 15 minutos

9. Resolución de dudas – Discusión final jornada de la mañana 15 minutos

Almuerzo – libre

Segunda parte del taller

10. Ruta de atención 15 pasos en este punto se tendrá en cuenta el material construido previamente, por Eliana Morales , Adriana Ramírez y Silvana Zea en el año 2017, en el marco de proyecto de Fortalecimiento del abordaje integral de la violencia contra la mujer y familia en Cali para la secretaria de salud de Cali (*ver fichas al final).

En este punto el grupo se dividirá en subgrupos, a cada subgrupo se le entregara tres fichas cada ficha contempla uno de los 15 pasos del modelo de atención, se les solicitara que lo lean analicen y realicen una propuesta de cómo se debe ejecutar ese paso teniendo en cuenta el diagnostico previamente socializado y los recursos con los que se cuenta en el hospital Siglo XXI.

11. Exposición de los pasos

13. Discusión final, acuerdos

14. Evaluación

Cierre

Estructura del taller 2

- Para este taller se conserva la primera parte y en la segunda parte los expositores se encargan de explicar el nuevo proceso de atención a población consultante por sospecha de violencia sexual establecido en el Hospital Siglo XXI.
- Se realiza ejercicio con caso hipotético que permita ver la aplicabilidad del proceso.
- Cierre
- evaluación

(*) Fichas



15 PASOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL GUÍA RESUMIDA

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

TABLA DE CONTENIDO

- PASO 1 PREPARACIÓN A LA COMUNIDAD PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD -DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS**
- PASO 2 CONDICIONES NECESARIAS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS**
- PASO 3 RECEPCIÓN INMEDIATA DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**
- PASO 4 VALORACION CLINICA INICIAL DE LA VICTICTIMA - DIAGNÓSTICO**
- PASO 5 TOMA DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS NECESARIAS PARA EXPLORAR EL ESTADO DE SALUD DE LA VICTIMA**
- PASO 6 SUMINISTRE PROFILAXIS SINDROMÁTICA PARA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL**
- PASO 7 SUMINISTRE PROFILAXIS SINDROMÁTICA PARA V I H**
- PASO 8 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y ACCESO A LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**
- PASO 9 INTERVENCION ESPECIALIZADA INICIAL EN SALUD MENTAL**
- PASO 10 PROGRAMACIÓN DE SEGUIMIENTOS CLÍNICOS**
- PASO 11 DERIVACIÓN A OTROS PROFESIONALES EN SALUD, PARA GARANTIZAR LA ATENCION INTEGRAL**
- PASO 12 DERIVE AL SECTOR PROTECCION (ICBF O COMISARIA DE FAMILIA) Y AL SECTOR JUSTICIA (CAIVAS)**
- PASO 13 EFECTUE PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - FICHA EPIDEMIOLOGICA 875**
- PASO 14 REALICE LOS SEGUIMIENTOS RUTINARIOS QUE REQUIERE UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL ATENDIDA POR EL SECTOR SALUD**
- PASO 15 CIERRE DEL CASO**
- GLOSARIO**
- GUÍA DE AUTOCUIDADO**

PASO 1**PREPARACIÓN A LA COMUNIDAD PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD**

Es responsabilidad de las IPS informar y educar a la comunidad en torno a la atención integral en salud a la violencia sexual

- ✓ Siempre será una urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud.
- ✓ El carácter gratuito de la atención
- ✓ La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral.
- ✓ Los servicios de salud disponibles, horarios y la manera de acceder a ellos.
- ✓ Los beneficios en salud para las víctimas de violencia sexual que se derivan de una atención oportuna y adecuada.
- ✓ Que acudan INMEDIATAMENTE o por lo menos, lo más pronto posible, a los servicios de urgencias médicas, sin bañarse ni cambiarse de ropa; si esto no es posible, que traiga la ropa que tenía en el momento de ocurridos los hechos.

PASO 1**DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS****DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS**

De acuerdo con las leyes: 360 de 1997, 906 de 2004, 1146 de 2007, Ley 1257 de 2008 y la 1448 de 2011, las personas que han sido víctimas de Violencias Sexuales tienen derecho a:

- ✓ Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante su atención.
- ✓ Recibir atención integral y con calidad.
- ✓ Recibir información clara, completa, veraz y oportuna.
- ✓ Dar consentimiento informado para la atención.
- ✓ Ser tratada con reserva de identidad.
- ✓ Derecho a la verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia.
- ✓ Recibir servicios de salud de manera urgente e integral, que reduzcan el daño en su salud física y mental.

PASO 2**CONDICIONES NECESARIAS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS**

Los directivos de la institución (IPS son responsables de la constitución del programa de atención integral a víctimas de violencia sexual, el cual debe cumplir con las siguientes características:

ACTIVIDADES

- ✓ Delegar una persona para que sea responsable del programa (profesional de las ciencias de la salud o sociales).
- ✓ Conformar el equipo institucional básico con profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, salud mental y área administrativa (de acuerdo con el tipo de institución).
- ✓ Capacitar para la apropiación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.
- ✓ Desarrollar flujogramas de atención en salud y procesos administrativos
- ✓ Adelantar procesos de información y capacitación periódicos al interior de la entidad.
- ✓ Garantizar insumos y dotación para la atención (KIT POS EXPOSICION)
- ✓ Conocer competencias y rutas de atención intersectorial e interinstitucional, así como los procesos de referencia y contra referencia cuando se requieran. Disponer del directorio de las instituciones de referencia, junto a los datos de contacto institucional.
- ✓ Activar el proceso de trabajo en red intersectorial e interinstitucional mediante la constitución de un comité que acompañe el desarrollo del programa.

PASO 2**CONDICIONES NECESARIAS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS**

COMITÉ INTERDISCIPLINARIO PARA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL (PAIVAS)

Las IPS deben crear un Comité institucional responsable de la verificación del desarrollo del programa de atención integral en cada IPS, según lo establecido en la Resolución 0459 de 2012.

¿QUIÉNES DEBEN CONFORMARLO?

Personal Médico, de Enfermería, trabajo social, Psicología y del área administrativa.

¿QUÉ DEBEN HACER?

Implementar acciones continuadas para informar y capacitar al personal en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, verificar los insumos y dotación para la atención, mantener contacto con los comités y redes de atención a la violencia sexual en la ciudad.

PASO 3**RECEPCIÓN INMEDIATA DE LA VÍCTIMA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS****La violencia sexual debe ser atendida en el servicio de urgencias
TRIAGE I****Cuando la violencia sexual ocurre en menos de 72 horas**

Cuando haya ocurrido después de las 72 horas y la víctima tenga ideación o plan estructurado de atentar contra su propia vida, intento de suicidio, sangrado vaginal o uretral secundario a trauma, retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo, agitación psicomotora, confusión, alucinaciones u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud.

TRIAGE II

Cuando la violencia sexual haya ocurrido en más de 72 horas y no existan otros signos, síntomas que indiquen alto riesgo para la vida o la salud de la víctima.

Excepciones:

- ✓ Disponibilidad de otro tipo de servicio especializado para la atención inicial de la víctima.
- ✓ Cuando la víctima sea mayor de 18 años y no consienta o se niegue ser atendida en el servicio de urgencias.

PASO 4**VALORACION CLINICA INICIAL DE LA VICTICTIMA - DIAGNÓSTICO****CORRESPONDE AL PROFESIONAL DE MEDICINA**

- ✓ Evaluar y atender de manera inmediata cualquier situación que ponga en riesgo inminente la vida de la persona.
- ✓ Realizar la Anamnesis, consignando entre comillas (“...”) el relato completo que la víctima, especial detalle en sistema genito-urinario y otras partes del cuerpo que puedan presentar lesiones.
- ✓ Indagar antecedentes Gineco Obstétricos –Antecedentes de Vacunación (Tétano, Hepatitis B), VIH- Revisión por sistemas, uso de anticonceptivos.
- ✓ Examen Físico: General, mental y genital completo.
- ✓ Toma de muestras paraclínicas y forenses - cadena de custodia
- ✓ Plan de seguridad: hospitalización como medida transitoria de protección, si se considera pertinente por el equipo.
- ✓ Examen mental
- ✓ Impresión diagnóstica: Violencia sexual – otras – mental –físico - lesiones de causa externa.

Nota: La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica implica explicar todos los procedimientos a realizar y solicitar el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno de estos; así mismo, tranquilizar verbalmente cada vez que sea necesario durante el examen.

PASO 4**VALORACION CLINICA INICIAL DE LA VICTICTIMA -****ANAMNESIS**

- ✓ Asegure condiciones de confidencialidad y privacidad.
- ✓ Tome los datos de información general que faciliten la comprensión de la situación clínica.
- ✓ Evite preguntas y respuestas inducidas que conduzcan hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado.
- ✓ En caso de atender NNA, Verifique que el informante del caso, no sea el presunto victimario.
- ✓ A víctimas menores de tres años, no se les realiza entrevista clínica directa, se deben tranquilizar y explicar por qué están ahí, se toma la información de la persona adulta que esté a cargo.
- ✓ En niños y niñas y adolescentes de mayores de 3 años, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo.
- ✓ Debe consignarse en la historia clínica, acciones de la víctima que pueden tener implicaciones médico – legales (lavado o cambio de ropas, vómito, micción o defecación, uso de tampones o toallas higiénicas luego de la agresión sufrida). Consultar el “Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual” para complementar sobre éste tema.

PASO 5**TOMA DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS NECESARIAS****PRUEBAS DIAGNÓSTICAS - APLICA PARA SERVICIOS DE URGENCIAS DE CUALQUIER COMPLEJIDAD**

“Debido a que la violencia sexual siempre es una urgencia médica no aplican restricciones por nivel de complejidad, ni por tipo de aseguramiento en salud, para que la víctima pueda recibir tanto los paraclínicos, como los medicamentos y procedimientos que se requieren”. **Resolución 0459 de 2012**

- ✓ Prueba rápida VIH1-2 de cuarta o de tercera generación con sensibilidad superior a 99,5% (no oral).
- ✓ Prueba antígeno de superficie de Hepatitis B HBsAg
- ✓ Prueba rápida de anticuerpos anti Hepatitis C Anti-HCV
- ✓ Prueba rápida treponema
- ✓ Prueba rápida de embarazo
- ✓ Insumos y equipos para toma, conservación y transporte de muestras para pruebas complementarias (ELISA o prueba rápida en laboratorio y Carga viral para VIH, serología no treponémica cuantitativa. Anticuerpos IgM y totales.
- ✓ Contra el antígeno core del virus Hepatitis B HBcAc, anticuerpos contra antígeno Delta (Anti VHD), Creatinina y Transaminasas.

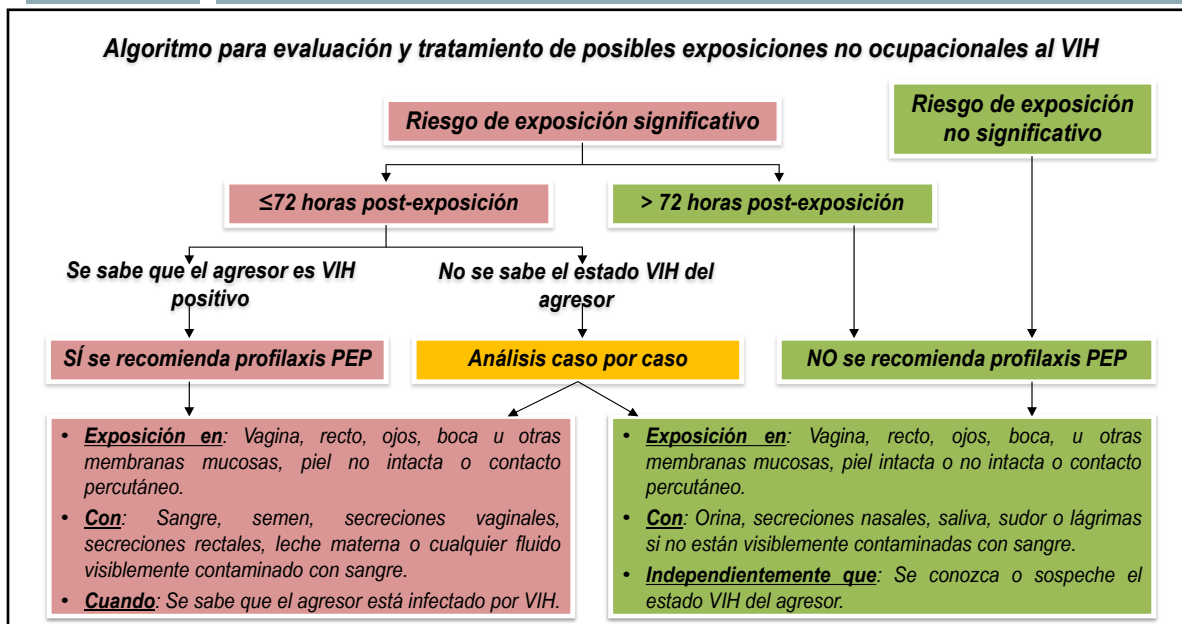
PASO 6**PROFILAXIS SINDROMÁTICA PARA INFECCIONES DE****APLICA PARA SERVICIOS DE URGENCIAS DE CUALQUIER COMPLEJIDAD**

- ✓ Profilaxis Hepatitis B
- ✓ Vacuna antihepatitis B
- ✓ Inmunoglobulina antihepatitis B
- ✓ Profilaxis otras ITS
- ✓ Penicilina benzatinica ampollas 2'400.000 UI
- ✓ Ceftriaxona ampollas 500 mg
- ✓ Azitromicina tabletas 500 mg y suspensión 200 mg/5 mL
- ✓ Metronidazol tabletas 500 mg o Tinidazol tabletas 500 mg y suspensión
- ✓ Vacuna antiVPH
- ✓ Levonorgestrel tableta por 1,5 mg
- ✓ Cefuroxima suspensión de 250mg/5ml (Para personas con peso inferior a 30 kg)

PASO 7**PROFILAXIS SINDROMÁTICA PARA VIH****APLICA PARA SERVICIOS DE URGENCIAS DE CUALQUIER COMPLEJIDAD****PROFILAXIS VIH PARA 28 DIAS:**

- ✓ Tenofovir DF + Emtricitabina tabletas de 300 + 200 mg. Dosis: 1 tableta diaria VO
- ✓ Tenofovir polvo oral 40 mg/g más Emtricitabina solución 10 mg/ml.
- ✓ Zidovudina suspensión 10 mg/ml, dosis: peso de 4 a 9 kg: 12 mg/kg cada 12 horas, 10 kg a < 30 kg: 9 mg/kg cada 12 horas, dosis máxima 300 mg cada 12 horas vía oral mas Lamivudina suspensión 10mg/ml: 4 mg/kg (hasta 150 mg) cada 12 horas.
- ✓ Raltegravir tabletas de 400 mg, 6 Dolutegravir tabletas de 50 mg, o Darunavir tabletas de 800 mg con Ritonavir tabletas de 100 mg
- ✓ Raltegravir tabletas masticables por 25 y 100 mg 0 Lopinavir+ritonavir
- ✓ Solución oral 400+100 mg/5 ml Lopinavir+ritonavir solución oral 400+100 mg/5 mL

Para personas con exposición menor a 72 horas de riesgo sustancial (exposición de vagina, recto, ojo, boca o cualquier otra mucosa, piel no intacta o percutánea a sangre, semen, secreciones vaginales o rectales, leche materna o cualquier otro fluido corporal visiblemente contaminado.

PASO 7**PROFILAXIS SINDROMÁTICA PARA VIH****PASO 8****ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y ACCESO A LA INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO****ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA**

En casos de menos de 72 horas: Suministrar LEVONOGESTREL 1500 microgramos – dos tabletas para tomar juntas.
LEVONOGESTREL + ETINILESTRADIOL 2 Y 4 Tabletas

En casos de más de 72 horas y hasta cinco días:

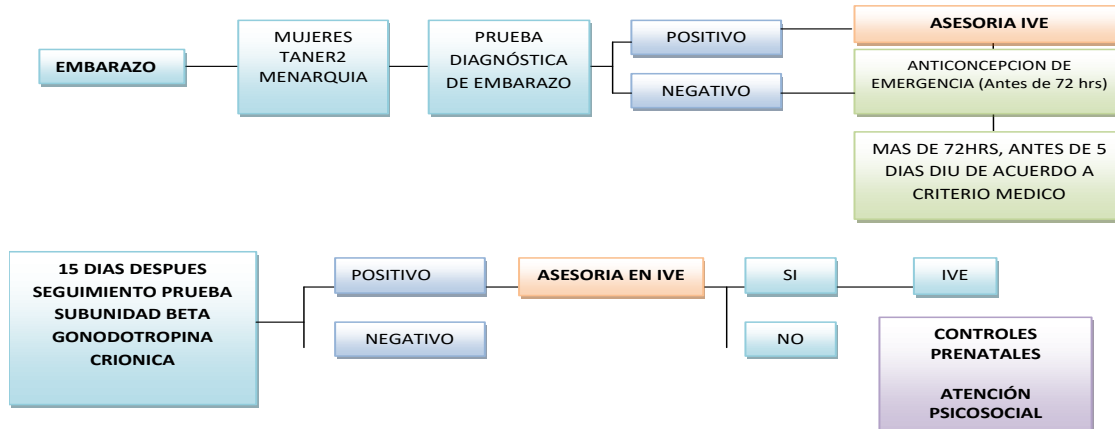
Colocar el dispositivo intrauterino DIU, siempre que se cumpla con los criterios clínicos para que este tipo de dispositivos pueda ser usado por la víctima.

INTERUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO - IVE SENTENCIA C. 355 DE 2006

- ✓ Debe realizarse dentro de los 5 días siguientes a la solicitud de las víctimas
- ✓ En niñas o adolescentes menores de 14 años NUNCA se debe retrasar la realización de la IVE solicitada, en espera de una denuncia (Sentencia T-209 de 2008).
- ✓ La decisión de la niña prima sobre la de sus padres, en caso de que ellos no estén de acuerdo con la IVE (Sentencias T-209 de 2008, T-388 de 2009, C-355 de 2006).
- ✓ Se debe hacer seguimiento continuo hasta asegurarse que ha recibido la atención solicitada (Resolución 0459 de 2012).
- ✓ Es un derecho de las víctimas de violencia sexual
- ✓ Es una opción que tienen las mujeres que se enfrentan a un embarazo resultante de la violencia sexual.

PASO 8**ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA Y ACCESO A LA INTERRUPTOR VOLUNTARIA DEL EMBARAZO****INTERUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO – IVE SENTENCIA C. 355 DE 2006**

Se sugiere acompañamiento psicosocial a la víctima para manejo idóneo.

**PASO 9****INTERVENCION ESPECIALIZADA INICIAL EN SALUD MENTAL**

Los primeros auxilios Psicológicos nunca reemplazan una atención especializada de salud mental, sin embargo, el equipo de salud que atiende los casos de violencia sexual puede hacer una preparación inicial de la persona que ha sufrido el hecho victimizante en pro de su estabilidad emocional.

Componentes de los primeros auxilios psicológicos – acciones no especializadas en salud mental:

- ✓ Orientación y apoyo a la víctima en torno a su manifestación sobre la agresión sexual sufrida.
- ✓ Apoyo inmediato, constante y humanizado durante todo el proceso de valoración e intervenciones por la médica o el médico general.
- ✓ Promover la desculpabilización de la víctima.
- ✓ Facilitar la expresión de sentimientos tanto de la persona víctima como de sus familiares
- ✓ Puede utilizar técnicas de control de la respiración para aminorar síntomas relacionados con ansiedad
- ✓ Evitar presionar a la persona a hablar sobre los hechos ocurridos. Se utilizan preguntas abiertas para que la persona exprese lo que desee a su ritmo
- ✓ Orientar e informar adecuadamente a la víctima y su familia sobre sus derechos y las rutas de atención.
- ✓ Garantizar los mecanismos de protección institucionales de la persona victima
- ✓ Realizar una valoración completa física y mental garantizando los principios de trato Humanizado, digno y confidencialidad.

PASO 9

INTERVENCION ESPECIALIZADA INICIAL EN SALUD MENTAL

Acciones especializadas en salud mental

La intervención en crisis que debe ser llevado a cabo por la médica o médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico debidamente entrenados, sin desconocer, que en los servicios de salud iniciales, corresponden a los médicos entrenados.

Características de la primera consulta especializada en salud mental para víctimas de violencia sexual:

- ✓ Se inicia con el motivo de consulta.
- ✓ Se busca evidenciar y comprender la problemática.
- ✓ Se debe establecer una relación de empatía con la víctima y sensibilizarse con la situación para así dar apoyo, contención, y facilitar la descarga emocional y expresión de sentimientos.
- ✓ Se deben buscar estrategias para movilizar recursos y habilidades personales, familiares y sociales en pro de reducir las posibles consecuencias emocionales y sociales negativas que puedan derivarse del evento traumático.
- ✓ Se evalúa el estado mental completo de la víctima a partir de un tamizaje que incluya la valoración cognitiva, emocional y comportamental; se determina si corresponde a lo esperado por el impacto sufrido. De no ser así deberá considerarse remitir a psiquiatría. Se recomienda utilizar tamizajes en salud mental
- ✓ Se da recomendaciones y sugerencias generales, enmarcadas en el plan de intervención a seguir.

FAVORECE EL ESTADO PSICOLÓGICO

ALTERA EL ESTADO PSICOLÓGICO

Escuchar a la persona de manera atenta favoreciendo la confianza	NO hacer juicios de valor o minimizar las emociones de la persona víctima
Evaluar el riesgo de la persona y analizar la gravedad del problema	NO evadir señales de peligro o de alarma que pongan en riesgo la vida de la persona
Utilizar mecanismos de autorregulación de la persona para restablecer su equilibrio emocional	NO alterar el estado emocional de la persona presionándolo a narrar los hechos o a acelerar su ritmo narrativo.

PASO 10**PROGRAMACIÓN DE SEGUIMIENTOS CLÍNICOS**

Recuerde que la víctima debe salir del proceso de atención inicial, con la programación de los seguimientos.

El o la profesional de medicina y el responsable institucional del programa deben ser diligentes y realizar acciones necesarias para que las víctimas completen el esquema de seguimiento.

SEGUIMIENTO	ACCIONES
A las 2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar prueba de sub-unidad beta gonadotropina coriónica • Asesoría para IVE • Asesoría para CPN si desea continuar embarazo • Revisión resultados ITS – solicitar pruebas confirmatorias • Iniciar tratamiento si no se ha iniciado • Evaluar evolución mental, social, familiar , necesidad de tto especializado
A las 4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a la ruta de atención procesos y procedimientos recibidos, a otros diagnósticos • Evaluar evolución mental, social, familiar , necesidad de tratamiento especializado
A los 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento diagnóstico para VIH-prueba confirmatoria-asesoría en VIH • Evaluar evolución mental, social, familiar , necesidad de tratamiento especializado
A los 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento diagnóstico para VIH-prueba confirmatoria-asesoría en VIH • Evaluar evolución mental, social, familiar , necesidad de tratamiento especializado
A los 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Igual al anterior

PASO 10**PROGRAMACIÓN DE SEGUIMIENTOS CLÍNICOS****Controles de paraclínicos**

PARACLÍNICOS	FRECUENCIA CONTROLES			
	AL INICIO	C/SEMANA	A LOS 28 DÍAS	A LOS 60 DÍAS
Hemoglobina (si recibe AZT)	X	X		
Hemograma	X		X	X
Perfil lipídico	X		X	X
Glicemia	X		X	X
Función hepática	X		X	X

PASO 11

DERIVACIÓN A OTROS PROFESIONALES EN SALUD, PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL

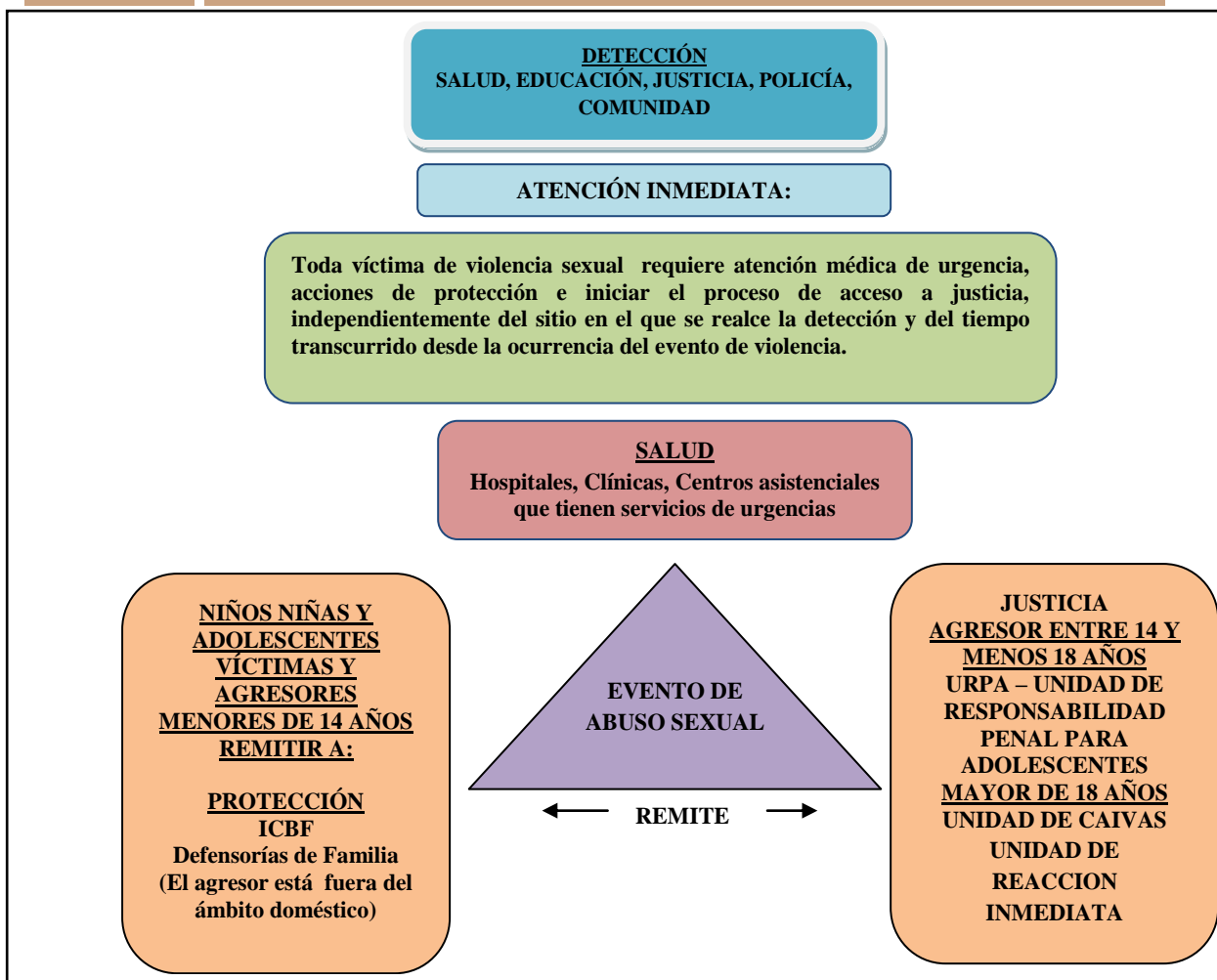
La atención integral en salud de una víctima de violencia sexual puede requerir el concurso de otros profesionales sanitarios adicionales a los mencionados hasta ahora en esta guía rápida.

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

1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita IVE.
2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH – SIDA.
3. Otros médicos y médicas especialistas que se requieren para la atención integral de lesiones o condiciones clínicas que sean documentadas durante la valoración de la víctima.

PASO 12

DERIVE AL SECTOR PROTECCIÓN (ICBF O COMISARIA DE FAMILIA) Y AL SECTOR JUSTICIA (CAIVAS)



PASO 12

DERIVE AL SECTOR PROTECCION (ICBF O COMISARIA DE FAMILIA) Y AL SECTOR JUSTICIA (CAIVAS)

DERIVE HACIA OTROS SECTORES REQUERIDOS PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

SECTOR SALUD Empresas Promotoras de Salud EPS Hospitales, Clínicas, Centros de Salud	SECTOR JUSTICIA Fiscalía – URI Instituto Nacional de Medicina Legal Policía Nacional: CTI, SIJIN, DIJIN	SECTOR EDUCACIÓN Ministerio de Educación Secretarías de Educación Instituciones Educativas	SECTOR PROTECCIÓN Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF Comisarías de Familia
<p>Hospitales, Clínicas, Centros de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifica, atiende, remite y notifica el caso, asegura las muestras. ➤ Suministra anticoncepción de emergencia. ➤ Brinda atención en urgencias, consulta médica, psicosocial, exámenes de laboratorio, vacunación, profilaxis y medicación según el tipo de violencia. ➤ Proveen tratamiento farmacológico para infecciones de transmisión sexual. ➤ Activa mecanismo de protección, remite a Comisaría de Familia o Instituto Colombiano de Bienestar Familiar cuando la víctima es niño, niña o adolescente. ➤ Realiza el seguimiento a los casos. 	<p>Fiscalía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recibe denuncia e investiga casos de violencia familiar y sexual en las Unidades de Respuesta Inmediata URI. ➤ Ordena Pruebas. ➤ Solicita exámenes a Medicina Legal. ➤ Realiza visita a la escena, si es el caso. ➤ Ordena o dispone medidas de protección (víctimas, testigos). ➤ Orienta a la persona afectada. ➤ Dispone captura del agresor, si es el caso. Medicina Legal: ➤ Realiza examen sexológico, recolecta elementos materia de prueba, recomienda exámenes o actuaciones en materia de salud y remite resultados a Fiscalía. <p>Policía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Educa, orienta y acompaña a las personas víctimas de violencia familiar y sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifica los casos. ➤ Notifica y denuncia al sector justicia. ➤ Activa las redes intersectoriales para el restablecimiento de derechos. ➤ Gestiona la inclusión de la víctima a programas de revinculación al sistema educativo. ➤ Realiza seguimiento a los casos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifica, atiende, remite y notifica el caso cuando la víctima es niño, niña o adolescente. ➤ Toma medidas de restablecimiento de derechos. ➤ Realiza investigación sociofamiliar. ➤ Gestiona la denuncia ante la Fiscalía. ➤ Puede solicitar examen a Medicina Legal. ➤ Hace remisión a salud. ➤ Remite y gestiona atención en servicios especializados. ➤ Realiza seguimiento del caso. ➤ Comisarías de Familia: ➤ Tiene autoridad de Policía Judicial. ➤ Recibe denuncias. ➤ Practica rescates para darle fin a situaciones de peligro. ➤ Remite a salud para atención de urgencias. ➤ Remite el caso a Fiscalía. Solicita dictamen a Medicina Legal. ➤ Realiza seguimiento a los casos.

PASO 14**REALICE LOS SEGUIMIENTOS RUTINARIOS QUE REQUIERE UNA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL****LA IPS DEBE:**

- ✓ Delegar en un profesional de la medicina general el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea éste el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias y las acciones por medicina general requeridas en dichos seguimientos y los procedimientos, intervenciones e interconsultas especializadas.
- ✓ La garantía de una atención integral en salud y del adecuado restablecimiento de derechos, recae en gran parte en la calidad y continuidad del seguimiento ambulatorio. Es necesario seguir tanto los casos que asisten a los controles programados como aquellos casos de inasistencia a consultas o procedimientos e intervenciones indicados.
- ✓ Para los casos de inasistencia o de pérdida de pacientes en el transcurso del proceso de seguimiento, la médica o el médico general encargado del seguimiento de casos, pedirá el apoyo de profesionales de trabajo social o personal de enfermería con competencias en el seguimiento domiciliario y telefónico en eventos prioritarios para la salud pública.
- ✓ Las entidades de salud que atienden a las víctimas de violencia sexual deben implementar los formatos de seguimiento clínico, según lo indicado en las ayudas didácticas contenidas en el CD/USB que complementan este protocolo. Además, deberán implementar y diligenciar libros o sistemas de registro para consolidar la totalidad de los casos de violencia sexual que sean atendidos y que tengan seguimiento. (Ver modelo de seguimientos en el Documento Técnico).

PASO 15**EFFECTUE EL ADECUADO CIERRE DEL CASO****EFFECTÚE UN ADECUADO CIERRE DE CASO**

Un adecuado cierre de caso permite contar con una evaluación sintética sobre la caracterización del mismo, el manejo dado y los pronósticos obtenidos, deberá hacerse por el médico que atendió en urgencias o el encargado de los seguimientos.

El cierre adecuado de caso incluye:

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

Anexo 6**Encuesta de Satisfacción a Población Atendida en Hospital Siglo XXI por Sospecha de Abuso Sexual.**

*Se debe explicar al usuario que la información que acá se consigna es totalmente confidencial, no afectara próximas atención, y lo consignado solo se utilizará para el mejoramiento del proceso de atención.

Edad: _____ **Sexo:** _____ **Numero de Historia clínica** _____

1. Considera que fue atendida de manera oportuna.
2. Recibió un trato adecuado en el proceso de atención.
3. Fue informada sobre los procedimientos y protocolos que le realizarían
4. considera que su atención se brindó con la privacidad y confidencialidad que se requiere.
5. Considera que el personal se encontraba capacitado para brindar su atención.
6. Se le explicaron sus derechos
7. Se le explicó el proceso de atención al cual tiene derecho una vez egrese de la institución
8. Que tan satisfecha se sintió con la atención recibida
9. Que sugerencias tiene para este proceso de atención.

Anexo 7**Grupos de apoyo**

<p>Objetivo general</p> <p>Conformar un grupo de apoyo que permita a los pacientes de Violencia Sexual de la Red Salud Ladera compartir experiencias, recursos y diferentes tipos de apoyo, que permitan fortalecer los recursos de afrontamiento y beneficiar la calidad de vida de ellos y su familia.</p> <p>Objetivos específicos.</p> <p>Orientar en Derechos a las personas que asistan al grupo</p> <p>Disminuir los casos de Violencia Sexual</p> <p>Animar a los pacientes a compartir sus experiencias en relación a los hechos, de manera voluntaria y brindando todas las garantías de seguridad necesarias</p> <p>Acompañar procesos de construcción y/o fortalecimiento de recursos de afrontamiento en pacientes y familia</p> <p>Apoyar la construcción y/o fortalecimiento de redes de apoyo entre pacientes, familias y participantes del proceso.</p> <p>Contribuir y respaldar procesos de empoderamiento y participación de la comunidad en la toma de acciones comunitarias y/o políticas encaminadas a resolver las necesidades de los pacientes con tuberculosis y sus familias</p>	
Encuentro 1:	
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Construir y establecer con los participantes los objetivos, temas, expectativas, reglas y pautas del Grupo de Apoyo de Violencia Sexual
CONTENIDO	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué estamos aquí? • Objetivos del Grupo • Reglas de juego • Expectativas • Temas de interés • Pactos • Nombre del Grupo/ Logo

	<ul style="list-style-type: none"> • Aclaraciones
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición magistral ¿Qué son Grupos de Apoyo? • Participación de los asistentes • Aclaración de dudas • Acuerdo sobre próximas reuniones • Comentarios finales • Evaluación
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio o espacio con privacidad • Refrigerio/desayuno • Papelería • Recurso humano • Cartelera o presentación digital
EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • A realizar al final de la implementación de los encuentros
TIEMPO	<ul style="list-style-type: none"> • 1h30min

Encuentro 2:	
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el intercambio de experiencias de los participantes en torno a su vivencia personal
CONTENIDO	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es la Violencia y Violencia Sexual? • ¿Cómo afecta la salud física y mental? • Cómo afrontarla • Experiencias de los participantes
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición sobre Violencia Sexual • Motivación a que los asistentes compartan sus experiencias • Aclaración de dudas • Acuerdo sobre próximas reuniones • Comentarios finales • Evaluación

RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio o espacio con privacidad • Refrigerio/desayuno • Papelería • Recurso humano • Cartelera o presentación digital
EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • A realizar al final de la implementación de los encuentros
TIEMPO	<ul style="list-style-type: none"> • 1h30min

Taller: LAZOS SOCIALES

Introducción:

Este taller está diseñado para animar el espacio de encuentro y participación social del Grupo de Apoyo de Violencia Sexual de la Comuna 20 y apoyar la construcción y fortalecimiento de las relaciones interpersonales y comunitarias.

Está diseñado para incentivar la verbalización reflexiva sobre la vivencia personal frente a la experiencia personal de cada sujeto y la relación con Otros que tienen este aspecto en común, de la visibilización de rasgos identitarios de cada participante y de la producción de reconocimiento colectivo frente a la particularidad de cada experiencia subjetiva.

Sin más ambiciones terapéuticas que la apertura de un espacio para compartir e integrar el grupo, apoyarse mutuamente y resolver inquietudes, el taller debe hacer parte de un proceso más amplio que garantice acompañamiento y seguimiento profesional a cada caso. Es posible que sea un escenario de apertura a la catarsis y al reconocimiento individual de la necesidad de solicitar apoyo terapéutico.

Población Objetivo:

Está destinado a trabajar con población víctima de Violencia Sexual de la Comuna 20: especialmente NNA.

Tamaño máximo del grupo: 15-20 personas: Hombres y mujeres.

Materiales:

Hojas de papel o cartulinas / Marcadores o lapiceros de colores / Tijeras

Música de fondo

Desarrollo de la Agenda:

Importante que el refrigerio se entregue en el transcurso de la actividad cuando el profesional encargado considere pertinente. Se puede llegar a un acuerdo con los participantes

9:00-9:20 am: Llegada de los participantes y alistamiento.

9:20-9:30 am: Bienvenida a los participantes e Introducción de encuadre institucional a cargo de Eliana Morales. De qué trata el espacio y la intención de la ESE Ladera con este proceso

9:30-10:00 am: Actividad de Presentación de los participantes:

ESTABLECER NUEVAS AMISTADES

Participantes: ACTIVIDAD EN PAREJAS.

Preparación: En hojas blancas se dibuja en el centro un corazón, utilizando marcador rojo. Las hojas con corazones se rasgan en dos. Deben rasgarse de manera que queden sus bordes irregulares, uno para cada participante.

Reglas:

Se colocan los papeles en el centro, (bien mezclados) sobre una mesa

Se pide a los participantes que cada uno retire un pedazo de papel

Luego, buscan al compañero o compañera que tiene la otra mitad, la que tiene coincidir exactamente

Al encontrarse la pareja, deben conversar por 5 minutos sobre el nombre, cómo le dicen sus amigos, edad, dónde nació, gustos, comida que más les gusta, qué es lo que más le gusta hacer, deporte preferido, otras cosas que quiera contar.

Al finalizar el tiempo, vuelven al grupo general, para presentarse mutuamente y exponer sus experiencias

10:00-10:15 am: Dinámica de Integración: El escultor y la escultura:

Se organiza el grupo en parejas. Se les pide que se saluden. Se les pide que cada uno escoja el rol de ser escultor o escultura. La idea es que el escultor modele en diferentes posturas el cuerpo de la escultura, explorando las posibilidades de su movimiento, teniendo siempre mucho cuidado de no hacer daño, ni producir la pérdida del equilibrio. Ambos deben estar todo el tiempo en total en silencio y comunicarse únicamente a través de la mirada. Mientras tanto, suena la música.

Luego de cinco minutos de cambios de postura se les pide a quienes quieran participar que nos cuenten como se sintieron y por qué creen que este ejercicio es importante. (LA CONFIANZA EN EL OTRO, LA CAPACIDAD DE EXPRESARNOS CON SÓLO LA MIRADA, EL CUIDADO HACIA EL OTRO)

10:15-10:35 am: El equipo ideal

En cartulinas recortadas o tarjetas de un color cada participante debe enumerar cinco fortalezas individuales. En tarjetas de otro color, describir cinco características de las personas con quienes trabaja bien en equipo. Se juntan luego las tarjetas de todos y se analiza al "equipo real" frente al "equipo ideal". Puede dibujarse o escribirse cómo es cada uno, y discutir acerca de las diferencias. El ejercicio permite reflexionar sobre fortalezas y debilidades de los individuos y la necesidad de unirse en equipo para potenciar recursos.

10:35-10:50 am:

Se le entrega a cada persona un cuarto de cartulina y un marcador de color.

Se le pide a cada persona que en silencio y escuchando la música, escriba comentarios, dudas, sugerencias sobre cómo les ha ido en general con el Programa de Tuberculosis de la ESE Ladera y con la enfermedad. Pueden hablar de dificultades y fortalezas y de su relación con la familia, el trabajo, la pareja y la comunidad. El participante que desee puede exponer su escrito voluntariamente. Las cartulinas se recogen y serán utilizadas como insumo para la relatoría de la sesión.

10:50-11:00 am: Se hace la despedida

Se pregunta a los participantes cómo se sintieron y qué se llevan del espacio:

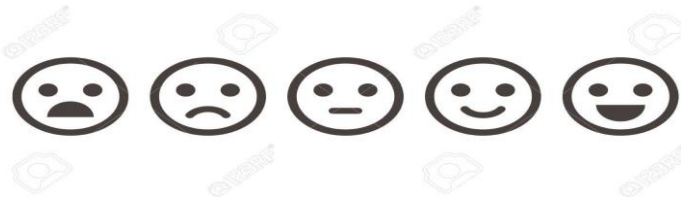
Anexo 8

Evaluación al final de cada taller y actividad

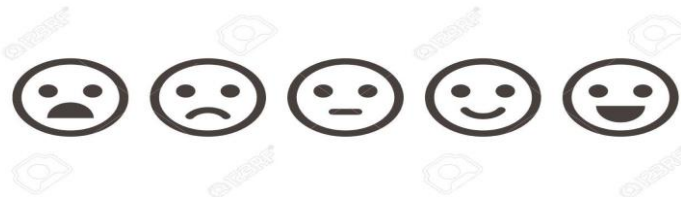
Fecha: _____

Nombre de la actividad: _____

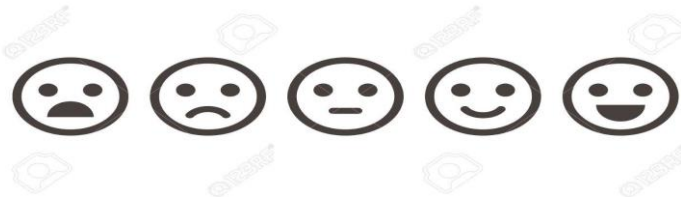
1. Como se sintió en esta actividad?



2. Los temas tratados en esta actividad considera que son útiles para su vida



3. Considera que el orientador se encontraba capacitado para manejar el tema



4. Considera que se cumplió el objetivo de la actividad.

