

Problemática de la primera atención en salud a mujeres víctimas de abuso sexual*¹

Revictimization of women victims of sexual abuse, due to the implementation of the politics in health care

ASTRID PAOLA PATIÑO FORERO²

aspapafo@yahoo.com.mx

RESUMEN

El presente artículo busca concientizar sobre el hecho que el desconocimiento de la política internacional y nacional respecto a la atención en salud a las víctimas de violencia sexual provoca revictimización y mala atención. A partir de un análisis descriptivo de documentos se diserta sobre cómo evitar una nueva vulneración de derechos, y se hace un llamado a la articulación del trabajo entre los sectores salud, protección y justicia. Para ello se aborda el contexto histórico de la promulgación de los derechos de la mujer; se revisan políticas, protocolos, normas técnicas y legales sobre mujeres víctimas de violencia sexual, conceptos sobre violencia basada en género; datos estadísticos, consecuencias generales del desarrollo de la atención en las empresas prestadoras de servicios de salud y otros avances en políticas para mejorar la equidad en materia de salud de la mujer para el beneficio común y de las comunidades.

PALABRAS CLAVE: violencia sexual basada en género, revictimización, atención, salud, vulneración, políticas.

ABSTRACT

This article seeks to raise awareness that ignorance about international and national policy emphasis on sexual violence and victimization causes poor attention. From a descriptive analysis of previous documents, he speaks on how to avoid another violation, calling for joint sectoral work at the structural level between the health, protection and justice. For this, the historical context of the enactment of the rights of women, policies, protocols, technical and legal rules on female victims of sexual violence, concepts of gender-based violence, statistics, general consequences of the development of care is addressed in health care providers and other advances in equity policies to improve women for common and communities benefit.

KEYWORDS: Violence sexual gender-based, victimization, care, health, violations, policies.

Fecha de recepción: 2016/03/30 – Fecha de evaluación: 2016/05/31 – Fecha de aprobación: 2016/07/27

* Cómo citar este artículo: Patiño Forero, A. P. (Julio-diciembre, 2016). Problemática de la primera atención en salud a mujeres víctimas de abuso sexual. *Criterio jurídico Garantista*, 9(15), 180-195.

1. Artículo de reflexión producto de la investigación terminada en desarrollo de la Maestría en Derechos Humanos, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, sede Chiquinquirá.
2. Odontóloga, Universidad San Martín; especialista en Administración Hospitalaria, auditora de Calidad de Servicios de Salud con énfasis en Epidemiología, Universidad EAN; exgerente de la ESE Centro de Salud Santo Eccehomo, de Sutamarchán (Boyacá).

Problemática de la primera atención en salud a mujeres víctimas de abuso sexual

ASTRID PAOLA PATIÑO FORERO

SUMARIO

Introducción – I. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN – II. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA – III. ANTECEDENTES SOBRE LA REIVINDICACIÓN DE DERECHOS DE LA MUJER – IV. DISCUSIÓN SOBRE LA REVICTIMIZACIÓN – V. CONCLUSIONES – Referencias.

Introducción

La violencia sexual basada en género tiene un contexto histórico, cimentado en la supremacía masculina en función de la fuerza física, útil como mecanismo transformador de los diversos insumos que aporta la naturaleza, el combate cuerpo a cuerpo, la caza, la construcción y el arado para la agricultura. Hasta esta reciente etapa de la historia donde el conocimiento prima como medio de producción, la inteligencia femenina es apreciada como recurso de valor para su comunidad. La modernidad, distinguible desde la revolución industrial, abandona la creación de valor desde la fuerza y la reemplaza por la inteligencia; en consecuencia, la mujer deja su papel tras bambalinas y se muestra como la líder natural de la familia y la sociedad, y reivindica su rol en el sistema productivo, lo que le otorga libertad, a pesar de la resistencia de la tradicional supremacía masculina, que no renunciará a sus paradigmas pacífica y racionalmente. Esta es la causa principal y antiquísima de múltiples abusos contra la

mujer, la cual en el pensamiento machista encarna una voluntad que debe ser doblegada, sometida y puesta bajo control haciendo uso de maltrato, de violaciones y subvaloraciones, entre otras formas de subyugación que hoy son consideradas una grave violación de los derechos humanos.

A la problemática del daño ya causado a la mujer en el contexto del terrible sufrimiento padecido desde las diferentes formas de violencia sexual, se suma el desconocimiento de las políticas y protocolos de atención a su salud por parte de quienes deben atenderla en calidad de víctima, la deshumanización o cosificación de los servicios y una cultura social de predominancia machista, que permite nuevas formas de vulneración y un mayor perjuicio.

I. Metodología de investigación

El presente es un estudio descriptivo sobre la revictimización de mujeres víctimas de violencia

sexual, por asistencias clínicas inadecuadas, carentes de humanización y pertinencia científica o social. Se basa en un sondeo de documentos existentes, normas y protocolos de atención de formas de violencia basada en género, entrevistas con personal de salud y la observación de estos casos en empresas prestadoras de servicios de salud, a fin de valorar la capacidad institucional para ofrecer una respuesta eficaz y humana, como elemento fundamental para minimizar riesgos asociados a la situación de violencia, y brindar una atención de calidad a quienes se encuentran en un momento de vulnerabilidad extrema.

II. Descripción del problema

182 La Organización Mundial de la Salud (2013, p. 2) define la violencia sexual como:

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

Arendt (1970) la define como “un acto deliberado, consciente, intencional, y racional; claramente instrumental y orientado a la consecución de metas a corto plazo que son deseadas por el sujeto agresor, sin tomar en cuenta las necesidades o derechos de quien es el agredido” (p. 93).

La Secretaría Distrital de Salud [SDS] y el Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2008), en el *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual en el sector salud*, señalan

que existen muchos casos en los que la víctima adulta prefiere no revelar inicialmente el hecho de violencia por varios factores, entre otros ante el temor por su seguridad, la posibilidad de ser estigmatizada, revictimizada, la dificultad para asumir lo ocurrido o incluso la falta de reconocimiento del hecho de violencia sexual.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2011), en su publicación *Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual*, define la victimización secundaria o revictimización como sufrimientos que infieren a las víctimas los testigos, familiares, instituciones encargadas de los procesos de atención integral: salud, justicia y otros, al no tener claros los métodos para la restitución de derechos.

El Ministerio de Protección Social (2011) declara que el abuso sexual y sus demás formas son los tipos más frecuentes de la violencia sexual. Cada tipo de violencia genera consecuencias físicas, emocionales y sociales diferentes, y cada víctima lo experimenta de forma distinta. Entonces, dar respuesta a las necesidades especiales de estas víctimas requiere conocimientos técnicos específicos en el abordaje clínico del caso, preparación y disposición personal para aplicar habilidades de comunicación, manejo de crisis, trabajo interdisciplinario, consejería, ética, sensibilidad y solidaridad, para minimizar las posibles victimizaciones secundarias surgidas de los procesos de intervención.

Infortunadamente, según referencias anecdóticas, la idiosincrasia de los territorios colombianos, así como el desconocimiento de los métodos y estándares para la atención de víctimas de la vio-

lencia sexual conducen a una nueva vulneración de derechos o revictimización.

III. Antecedentes sobre la reivindicación de derechos de la mujer

Londoño (1996) relata cómo en el año 1993 la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena, confirmó que los derechos de la mujer también son derechos humanos, esto es, cuarenta y cinco años después de que la Declaración Universal de los Derechos Humanos fuera adoptada y ocho años después que la CEDAW (Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer) entrara en vigor.

Las mujeres tienen derecho a vivir con dignidad y libres de temor. Cualquier tipo de violencia ejercida contra una mujer es una vulneración a sus derechos humanos y una lesión contra la estructura de la sociedad. El estudio del Banco Mundial, *The effect of women's economic power in Latin America and the Caribbean*, del 2012, demuestra que la igualdad de género trae beneficios sociales y económicos a través del aumento de la productividad y la competitividad del país, siendo fundamental para la construcción de una sociedad más equitativa, incluyente, próspera y democrática.

El documento CONPES social 161 presenta la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las mujeres, e incluye mecanismos para garantizarles una vida sin violencias. Fue elaborado por el Gobierno Nacional de manera participativa, en diálogo con las redes y organizaciones de



En el caso de las víctimas de violencia sexual se espera que la atención luego del siniestro sea adecuada, realizada por personal de salud y según los protocolos, evitando una nueva vulneración de sus derechos fundamentales desde el trabajo intersectorial de salud, protección y justicia, con competencias complementarias, actuando de forma transectorial y no victimizante, y garantizar una atención de calidad para restaurar su autonomía, dignidad, recuperación física y emocional.

183

mujeres, con el apoyo y acompañamiento de la comunidad internacional y un proceso de concertación con las entidades involucradas, señalando y priorizando un conjunto de acciones estratégicas, sectoriales, articuladas e involucrando al sector salud colombiano.

La Constitución Política de Colombia de 1991, fundada en el respeto de la dignidad humana, la igualdad y la no discriminación, en su artículo 42 señala que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad; que el Estado y la sociedad deben ga-

rantizar su protección integral; que las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja, en el respeto recíproco entre todos los integrantes y que cualquier forma de violencia en la familia es destructiva de su armonía y unidad. El artículo 43 consagra que la mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades, y por ello esta no puede ser sometida a ninguna discriminación.

La Ley 294 de 1996 desarrolla el artículo 42 de la Constitución y dicta normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar; define el concepto de familia, sus integrantes y adopta la política de protección a esta importante célula social.

184 La Ley 599 de 2000, modificada parcialmente por la Ley 1142 de 2007, establece el Código Penal Colombiano que, en sus artículos 229, 230 y 230, tipificó los delitos de violencia intrafamiliar, maltrato, mediante restricción de libertad física y ejercicio arbitrario de la custodia de hijo menor de edad.

La Ley 906 de 2004, modificada parcialmente por la Ley 1142 de 2007, expide el Código de Procedimiento Penal y establece derechos de las víctimas y las competencias de los jueces penales municipales.

La Ley 882 de 2004, modifica el artículo 229 de la Ley 599 de 2000 y tipifica el delito de violencia intrafamiliar.

La Ley 1098 de 2006 (Código de la Infancia y la Adolescencia) establece la protección integral y la perspectiva de género.

La Ley 1257 de 2008 dicta normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres; reforma los códigos Penal y de Procedimiento Penal, y la Ley 294 de 1996; establece la definición de violencia contra la mujer, el concepto de daño contra la mujer, los derechos de las víctimas de violencia, los deberes de la familia y la sociedad, las medidas de sensibilización y prevención, las medidas de protección, las medidas de atención; define el daño o sufrimiento sexual como consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal; y considera como daño o sufrimiento sexual que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

El Decreto 164 de 2010 crea la Comisión Intersectorial denominada “Mesa Interinstitucional para Erradicar la Violencia contra las Mujeres”.

El Decreto 4796 de 2011 reglamenta parcialmente los artículos 8, 9, 13 y 19 de la Ley 1257 de 2008 sobre las medidas de atención en salud, y adopta definiciones sobre medidas de atención y situación especial de riesgo, guías, protocolos y el plan decenal de salud pública.

El Decreto 4798 de 2011 reglamenta parcialmente la Ley 1257 de 2008, dicta normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, reforma los códigos Penal y de Procedimiento Penal, y la Ley 294 de 1996.

La Ley 1542 de 2012 establece la pena privativa de la libertad por la comisión del delito de violencia intrafamiliar, que será de cuatro a ocho años con los aumentos previstos en el artículo 33 de la Ley 1142 de 2007, y determina que en todos los casos en que se tenga conocimiento de la comisión de conductas relacionadas con presuntos delitos de violencia contra la mujer, las autoridades judiciales investigarán de oficio, en cumplimiento de la obligación de actuar con la debida diligencia, para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra las mujeres consagrada en el artículo 7° literal b) de la Convención de Belém do Pará, ratificada por el Estado colombiano mediante la Ley 248 de 1995; adiciona un inciso al numeral 4 del artículo 38 A de la Ley 599 del 2000 para la verificación del cumplimiento de este presupuesto en los delitos de violencia intrafamiliar; y dispone que la decisión del juez de ejecución de penas y medidas de seguridad deberá ser precedida de un concepto técnico favorable de un equipo interdisciplinario de medicina legal.

La Ley 1639 de 2013 fortalece las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido, y establece las penas si el daño produce deformidad física.

La Ley 1719 de 2014 modifica algunos artículos de las leyes 599 de 2000 y 906 de 2004 para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de

violencia sexual, en especial aquella que se da en el marco del conflicto armado; en el capítulo V trata la atención en salud; en el capítulo VII el fortalecimiento de la política de derechos sexuales y reproductivos, salud sexual y reproductiva, equidad y violencia basada en género; lo relativo al sistema unificado de información sobre violencia sexual y al Comité de Seguimiento.

En coherencia con los datos anteriores, el sector salud reconoce la violencia sexual como una problemática en salud pública que se presenta con enorme frecuencia y que representa serias afectaciones para la salud física y mental de quienes la padecen. Según el MSPS, las víctimas de violencia sexual acceden a los servicios de salud luego de superar innumerables obstáculos emocionales, psicológicos, familiares, personales y sociales.

El Decreto 2734 de 2012 reglamenta las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia, así como los criterios, condiciones y procedimiento para el otorgamiento de las medidas de atención definidas en el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008.

Mediante la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Con la Resolución 459 de 2012 se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

La Resolución No. 163 de 2013 establece los lineamientos técnicos en materia de competencias, procedimientos y acciones relacionadas con las funciones de la atención a las víctimas

de la violencia basada en género, por parte de las autoridades administrativas con funciones jurisdiccionales.

El Ministerio de Defensa Nacional, en el *Protocolo para la fuerza pública en el manejo de la violencia sexual con énfasis en violencia sexual con ocasión del conflicto armado* (2014, p. 21), tipifica el delito de violencia sexual como cualquier contacto, acto, insinuación o amenaza que degrade o dañe el cuerpo y la sexualidad de una persona y que atente contra su libertad, dignidad, formación e integridad sexual, abarcando cualquier daño o intento de daño físico, psicológico o emocional. A su vez, la entiende como todo acto que atenta contra la libertad, integridad y formación sexual mediante fuerza física o psíquica o la amenaza de usarla, para obligar a alguien a tener relaciones sexuales o imponerle un comportamiento sexual específico en contra de su voluntad.

El Código Penal colombiano castiga las conductas de acceso carnal violento, acto sexual violento, acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad para resistir y los actos sexuales abusivos.

A pesar de los avances para la protección y restitución de derechos de la mujer como derechos humanos, su aplicación en la mayor parte del mundo no se logra: aún sus derechos inalienables se hallan bastante alienados, aún se relega, discrimina, somete y abusa de las mujeres, siendo el abuso más común la violencia basada en género y su connotación en violencia sexual, de diversas y variadas maneras.

La violencia sexual es una de las principales manifestaciones de las violencias basadas en

género (VBG), en las que las principales víctimas son mujeres, niñas y adolescentes. Sin embargo, también afectan a la comunidad LGBTI (lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales) y en menor proporción, a los hombres.

IV. Discusión sobre la revictimización

El enfoque de derechos prioriza los derechos humanos de las personas como universales, indivisibles e interdependientes; estos se hacen reales mediante la igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Los derechos civiles y políticos se articulan con los derechos económicos, sociales y culturales, así como con los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en la medida en que es en el cuerpo de las personas donde se establece su unidad y se hace posible su ejercicio. Igualmente, la integridad física y mental de las personas se considera presupuesto fundamental para el ejercicio del resto de sus derechos.

La violencia sexual es una de las más graves agresiones a los derechos humanos. Atenta contra los derechos a la vida, la libertad, la seguridad, la integridad física y psicológica, la libre expresión, la libertad de circulación y el libre desarrollo de la personalidad, dificultando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y los niveles deseables de salud física y mental. Así mismo pone en escena una serie de asimetrías de poder en la estructura social, siendo posible que individuos en posición ventajosa ejerzan poder y control sobre otros en desventaja, transgrediendo sus derechos y obligándoles a someterse en virtud del ejercicio violento impuesto en su contra. Las víctimas más frecuentes son muje-

res, niñas, adolescentes y personas que ejercen sexualidades no normativas.

La violencia sexual basada en género se da en el marco de relaciones abusivas en las que se somete a la víctima de manera repetitiva, muchas veces crónica, a interacciones en las que el agresor ejerce el sometimiento con la amenaza o el uso de la fuerza, incluso en relaciones de pareja. Es un delito deshumanizante que transgrede los derechos humanos, porque quien lo comete considera que su víctima carece de valor humano a causa de su género, orientación sexual o identidad de género. Cuando ocurre en el marco del conflicto armado interno, si el abuso es sistemático y generalizado, se constituye, además, en una violación grave al derecho internacional humanitario y, según el Estatuto de Roma, puede configurar tanto un delito de lesa humanidad como de guerra.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2011), las estadísticas sobre violencia sexual y su situación en el contexto de la realidad colombiana muestran solo una parte de la altísima vulneración a los derechos humanos de niños, niñas, adolescentes, mujeres y hombres que son víctimas cotidianas de las violencias sexuales en el marco de relaciones familiares, sociales, comerciales, de delincuencia común y del conflicto armado.

Solo un pequeño porcentaje de las víctimas acceden a los servicios de salud buscando atención médica específica por causa de la violencia sexual, lo que implica, obviamente, problemas originados tal vez en el mismo prestador o por criterios socioculturales o económicos de la víctima. Como terrible antecedente, el MSPS observa que en cumplimiento de la Resolución 412 de 2000 ex-

pidió las normas técnicas “Guía para la atención del menor maltratado” y “Guía para la mujer maltratada”, las cuales, a pesar de su existencia, vigencia y constantes y continuos procesos de capacitación realizados por las entidades territoriales y el Ministerio, no son aplicadas o son desconocidas por los prestadores, teniendo como consecuencia que los procesos y procedimientos seguidos en la atención de los casos de violencia sexual no cuenten con la calidad y oportunidad que una víctima requiere.

A pesar de los acuerdos internacionales, la negación de los derechos humanos de las mujeres es persistente y generalizada. El UNFPA reporta en su sitio web que la violencia basada en género mata y discapacita a muchas mujeres entre los 15 y los 44 años, si se quiere igual que el cáncer, y muy a menudo los perpetradores quedan impunes. A lo anterior se suman otras formas de vulneración de derechos contra la mujer y sus consecuencias: más de medio millón de mujeres mueren cada año por el embarazo y causas relacionadas con el parto. Las tasas de infección de VIH en mujeres han aumentado, entre los 15 a 24 años constituyen la mayoría de los nuevos infectados debido a su vulnerabilidad económica y social. A nivel mundial, las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de ser analfabetas. Como consecuencia de sus condiciones de trabajo y las características, un número desproporcionado de mujeres son pobres en los países en desarrollo y desarrollados. A pesar de algunos avances en los salarios de las mujeres en la década de 1990, siguen ganando menos que los hombres, incluso para el mismo tipo de trabajo. Muchos países que han ratificado la CEDAW aún tienen leyes discriminatorias que

rigen el matrimonio, la tierra, la propiedad y la herencia.

Los datos que reporta el sector salud colombiano son desalentadores. Las cifras de los casos denunciados no dan cuenta real del fenómeno de la violencia sexual.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) estimó en su informe *Forensis Datos para la vida* (2004), que solo uno de cada 20 delitos sexuales es denunciado. El Ministerio de Protección Social y el Fondo de Población de Naciones Unidas (2010) registran que la Encuesta Nacional

de Demografía y Salud de 2005 evidenció que

el 6% de las mujeres encuestadas entre los 15 y 49 años fueron forzadas a tener relaciones sexuales por parte de personas distintas a sus esposos o compañeros. En el 47% del total de estos casos, las mujeres fueron violadas por primera vez antes de los 15 años; en el 76% de los casos por una persona conocida de la mujer, siendo un amigo el violador más común. Los grupos con porcentajes más altos mujeres violadas fueron el de las mujeres entre los 20 y 39 años; de las mujeres que se encuentran en unión libre y de las que anteriormente fueron casadas o en unión; las de las zonas urbanas, en las regiones Central, en la Amazonía y Orinoquía; de las que tienen los niveles más bajos de educación; de las mujeres desplazadas por el conflicto armado; y las del nivel más bajo de riqueza. (p. 34).

En el grupo de las mujeres casadas o con unión se encontró que el porcentaje de violaciones sexuales provenientes del compañero o esposo alcanzó el 11.5%, porcentaje que hace parte de un 39% que había sufrido agresiones físicas por parte de su esposo o compañero. El orden por porcentajes, de



Las mujeres tienen derecho a vivir con dignidad y libres de temor. Cualquier tipo de violencia ejercida contra una mujer es una vulneración a sus derechos humanos y una lesión contra la estructura de la sociedad.

los diferentes tipos de violencia física fue: la ha empujado o zarandeado (33%), la ha golpeado con la mano (29%), la ha pateado o arrastrado (13%), la ha violado (12%), la ha golpeado con un objeto duro (9%), la ha amenazado con armas (8%), ha tratado de estrangularla o quemarla (5%), la ha atacado efectiva-

mente con armas (4%) y la ha mordido (3%). La sumatoria de los totales es mayor de 100 debido a que una mujer puede haber sufrido más de un tipo de violencia física.

Acero (2010) describe que en el año 2009 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 21.612 exámenes sexológicos; estos corresponden a un incremento del 0.74% respecto al 2008. De los 21.612 casos, 84.25% fueron practicados a mujeres y el 15.75% a hombres. En cuanto a la tasa de ocurrencia, se evidencia un importante incremento entre el 2007, 2008 y 2009. En el 2008 y 2009 aumentaron todas las tasas en todos los grupos de edad. Evidenciándose un mayor incremento entre los 5 a 9 años

y entre los 10 a 14 años. Cada hora cerca de 9 mujeres sufrieron agresiones sexuales en el país, en su mayoría niñas y adolescentes menores de 18 años (84% de los casos). Los agresores vinculados fueron los familiares en el 36% de los casos, otros conocidos 37%, desconocidos 16% y finalmente en el 11% se carece de información sobre el victimario. 534 mujeres fueron víctimas de violencia sexual en casos asociados a contextos de violencia sociopolítica, secuestro y acciones bélicas; 22.389 mujeres fueron agredidas sexualmente por algún miembro de su familia; y en el 64% del total de casos de violencia sexual registrados, fue la vivienda el escenario del hecho. Aunque no existen estadísticas exactas, se calcula que en Colombia hay más de 30.000 menores de edad víctimas de explotación sexual, cifra que se incrementó en los últimos años debido, entre otros factores, al aumento del número de familias desplazadas hacia los centros urbanos, a la agudización del conflicto armado interno y a los altos índices de pobreza del 63% de la población total.

En coherencia con los datos anteriores, el sector salud reconoce la violencia sexual como una problemática en salud pública que se presenta con enorme frecuencia y que representa serías afectaciones para la salud física y mental de quienes la padecen. Según el MSPS, las víctimas de violencia sexual acceden a los servicios de salud luego de superar innumerables obstáculos emocionales, psicológicos, familiares, personales y sociales que este aborrecible suceso les ocasiona, es decir, ingresan a la atención en condiciones de altísima vulnerabilidad. Lo esperado es que en cada punto de contacto entre el personal de la institución y la víctima, esta reciba un trato humano que le permita recuperar el control de sí, la dignidad,

el dominio de su cuerpo y de sus emociones; que la atención contenga un trato humano, digno y reparador; unos procedimientos estandarizados y efectivos para controlar riesgos que el evento tiene sobre su salud mental, sexual y reproductiva, su medio familiar y social, garantizando los insumos médicos necesarios para la atención en salud.

En el caso de las víctimas de violencia sexual se espera que la atención luego del siniestro sea adecuada, realizada por personal de salud y según los protocolos, evitando una nueva vulneración de sus derechos fundamentales desde el trabajo intersectorial de salud, protección y justicia, con competencias complementarias, actuando de forma transectorial y no victimizante, y garantizar una atención de calidad para restaurar su autonomía, dignidad, recuperación física y emocional; así como permitir las garantías de protección, no repetición del hecho violento y de acceso a justicia para que el delito se judicialice debidamente.

Desde una perspectiva del manejo social del riesgo en el campo de la protección social, se plantea que han de incluirse tres estrategias: la prevención, la mitigación y la superación de eventos negativos; junto con tres niveles de formalidad en el manejo del riesgo: informal, de mercado y público; organizando lo anterior mediante la participación coordinada de varios actores a cargo: personas, hogares, comunidades, organizaciones no gubernamentales (ONG), diversos niveles de gobierno y organizaciones internacionales. Tal enfoque se centra principalmente en las personas empobrecidas, entendidas como las más vulnerables a los riesgos y quienes habitualmente carecen de herramientas efectivas

para enfrentarlos. Gran parte de estas estrategias se desarrollan desde el Plan Decenal de Salud y las Intervenciones Colectivas contratadas entre los municipios y las empresas sociales del Estado, donde se contempla la prestación del servicio de salud, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, adoptando el Modelo de Atención Primaria en Salud (APS), descrito en la Ley 1438 de 2011, el cual es entendido como una estrategia integral para la acción en salud, basada en la participación coordinada de recursos y tecnologías ubicados en distintos niveles de complejidad, desde las acciones individuales de autocuidado hasta las atenciones médicas especializadas. A la vez, los modelos de salud basados en la estrategia de APS han de basarse en redes de salud funcionalmente integradas y altamente coordinadas.

En dicho contexto, se espera que la adopción del modelo de atención a víctimas de violencia sexual del Ministerio, por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la nación, implique condiciones específicas de capacidad técnica y científica; nivel de atención a población de sus zonas de influencia; garantice la calidad de la atención en términos de humanización, pertinencia y seguridad, bajo los parámetros del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Decreto 1011 de 2006), que establece una atención integral y de calidad con capacidad de respuesta ante estos eventos: personal calificado y capacitado; un responsable, que puede ser un comité institucional, que dirija y actué en el abordaje del caso; establecer procesos de capacitación permanente para personal de atención y administrativo; identificar posibles barreras de acceso a la institución y desarrollar

planes para disminuirlas; establecer procedimientos de actuación adaptados a la institución (en el marco de los procesos intersectoriales de la localidad, comuna, municipio); tener claridad en los procedimientos e insumos para dar una atención con calidad; garantizar los elementos para realizar profilaxis postexposición para ITS, VIH, hepatitis B, embarazo; establecer los procesos de remisión intersectorial: rutas de protección, rutas de acceso a justicia, definir y garantizar acciones de seguimiento.

Es decir, la adopción e implementación de un modelo, guía o protocolo en el sector salud supera la simple formulación o estudio de un documento, e implica un cambio positivo en la filosofía organizacional de las IPS, EPS o DTS, y una adecuación apropiada de sus recursos físicos, técnicos y tecnológicos.

En esta misma dirección, los derechos que tienen las víctimas de violencias basadas en el género se enuncian en la Ley 1257 de 2008 (art. 8) y son de obligatorio cumplimiento para los operadores de justicia, administrativos, policía y prestadores de servicios de salud: atención integral en servicios con cobertura, accesibles y de calidad. Orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal gratis y especializada desde el momento en que se denuncie ante la autoridad. Información sobre derechos, mecanismos y procedimientos. Consentimiento informado para exámenes médico-legales y escoger el sexo del facultativo para la práctica de estos dentro de lo disponible. Información en relación con la salud sexual y reproductiva. Reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o social respecto de sus datos personales y los de sus familiares. Asistencia médica, psicológi-

ca, psiquiátrica y forense especializada e integral para ellas y sus hijos. Mecanismos de protección y atención para ellas y sus hijos. Verdad, justicia, reparación y garantías de no repetición de la agresión. Estabilización de su situación conforme a los términos previstos en la Ley. Decidir sobre ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención, de procedimientos administrativo, judiciales o de otro tipo.

Los escenarios de violencia a los que aplican los anteriores criterios son:

- Violencia física, sexual y psicológica en la familia.
- Violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general.
- Violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado.
- Violaciones de derechos de la mujer ante conflicto armado, asesinatos, violaciones sistemáticas, esclavitud sexual y embarazos forzados.
- Esterilización forzada y aborto forzado, utilización coercitiva o forzada de anticonceptivos, infanticidio de niñas y la determinación prenatal del sexo.

Respecto de lo relacionado, y retomando el objeto de la discusión del presente artículo, que es definir si la aplicación del protocolo evita la revictimización de las víctimas de violencia sexual, desde lo observado en diferentes actores del sector así como los numerosos estudios de caso valorados en comités técnico científicos y en ejercicios académicos, se debe tener en cuenta que por consenso generalizado, en general el usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud denuncia la falta de humanización en cualquier tipo de atención y ante cualquier motivo de consulta y

diagnóstico concluido. Esto, a pesar que desde la misma concepción de la Ley 100 de 1993 el Estado procuró dotarse de herramientas que le permitieran asegurarle a la población que la atención en salud se desarrollaría en un contexto de mínimo riesgo, de máxima efectividad y de altísima consideración frente a la condición clínica del paciente, para que este no fuese tratado como una “machina animata”, término (y conducta) con el que despectivamente Descartes denominó los animales, ante su supuesta incapacidad o inconciencia hacia el sufrimiento. Infortunadamente, la clase médica a veces tiende a comportarse con sus pacientes de una forma en la que el trato y consideración pareciera ser una variable directamente dependiente de la capacidad de pago del atendido. Esta conducta obedece a condiciones sociales y culturales básicas: el personal asistencial es humano, sujeto a variables cambios de humor por su día a día, pasiones, frustraciones y expectativas como cualquier persona. Suelen trabajar, por voluntad propia y en contra de lo permitido por las normas institucionales, nacionales e internacionales, más de 300 horas al mes y algunas veces hasta 36 horas seguidas. Por lo general han estudiado bastante y su base intelectual y económica les supone a sí mismos, en la mayoría de los casos, como superiores a los demás. Estando acostumbrados al dolor y muerte ajenos, suelen emitir juicios drásticos y descarnados sobre las conductas clínicas a seguir y las predicciones del estado del paciente, que para mentes altamente capacitadas puede parecer humor negro, mientras que para pacientes y familiares resultan muy ofensivos, indignantes, denigrantes de la persona y su condición clínica y social. Esta conducta no está siendo justificada sino explicada, para entrar en el contexto de por

qué es necesaria la humanización en los servicios de salud, pues nótese que de forma implícita se ha pasado por alto, aunque involuntariamente, más de un derecho fundamental del ser humano.

En respuesta, actualmente, las instituciones de salud han abordado el tema de la humanización de la atención con la misma relevancia y seriedad que tiene una epidemia u otra crisis de salud pública, interviniendo la actitud del personal tratante, la voluntad de sanar del paciente y la condición biosicosocial en la recuperación. El comienzo es sensibilizar al personal de su insensibilidad involuntaria en la atención, profundizando sobre la condición de seres humanos a los que afecta desde la forma en que se aborda la anamnesis hasta repetir pruebas diagnósticas debido a fallas técnicas y pérdidas de la muestra inicial.

192

Cuantificar el impacto de la humanización sobre pacientes víctimas de violencia sexual sería objeto de una investigación exhaustiva para determinar la velocidad de recuperación en pacientes tratados amablemente frente a los que no, mas el simple análisis racional emitirá como juicio que cualquier persona tratada con suma consideración del contexto de su siniestro, con un marco técnico adecuado, facilitará su recuperación psicológica, emocional y física, además de minimizar riesgos en una atención donde el paciente será activo.

La relevancia de la humanización en la entrevista que se realiza al paciente para conocer los motivos de atención, está en que puede suprimir la primera barrera para identificar un caso de violencia sexual, pues la víctima siente culpa al creer que motivó el evento, temor de ser juzgada,

rechazada y de no ser comprendida; por lo tanto, una anamnesis poco amable puede implicar que el paciente mienta sobre el motivo de consulta y solo se realice la atención hacia lo fisiológico, dejando de lado el aspecto psicosocial, la notificación a las autoridades y el seguimiento del caso.

Infortunadamente, la actitud del personal tratante puede dar inicio a la re-victimización, al adoptar prácticas asistenciales comunes pero que afectan la intimidad del paciente y que en el caso de las víctimas de violencia sexual es aún más crítico. Por lo general en las instituciones de segundo y tercer nivel hay personal en entrenamiento que también brinda apoyo a profesionales y especialistas médicos, como es el caso de los internos de medicina y los residentes de especialidad. Dependiendo del tamaño de la institución, cada especialista supervisa en promedio dos residentes y cinco internos, y en la mayoría de los casos, las ocho personas dedican toda su concentración simultáneamente en la atención de un solo caso clínico. En el evento de abuso sexual esta será atendida por el médico de triage, posteriormente por el médico de consulta y finalmente por el especialista en ginecología que llegará con su pelotón de practicantes, más el personal de enfermería profesional y auxiliar que esté en el momento. Procederá a valorar a la paciente con observación de la zona afectada y con un análisis físico que implica el contacto con esta, y probablemente de cada practicante para que adquiera la experiencia. Esta práctica que es común, y que suele ser indignante para una paciente cotidiana, tiene efectos devastadores en la víctima de violencia sexual, pues en lugar de sentirse segura revivirá el incidente de la violación, y se incurrirá en una revictimización

involuntaria pero de consecuencias exorbitantes. Por tal razón, cuando se conocen estos casos, la totalidad de la atención debe ser considerada como evento adverso y debe ser gestionada como tal por la IPS, pues de lo contrario irremediablemente habrá incurrido en actos que deterioran aún más la condición de la salud de la paciente.

Paralelamente, no identificar el evento desde la atención en salud implica perder la identificación del agresor, quien además de ser judicializado como corresponde, también debe ser valorado por especialistas en salud que determinen si padece de una patología mental que le induzca a realizar tales actos. Adicionalmente, la tipología de la OMS (2002) aunque no lo expresa de manera explícita, relaciona la violencia sexual con la violencia autoinfligida y la violencia homicida; entonces, uno de los principales objetivos de la atención es tratar a la paciente y evitar por todos los medios posibles que dicho evento se repita y menos que sea recurrente.

Cualquier persona de cualquier edad puede estar expuesta a violencia sexual. Es una problemática común, cercana, cotidiana, fuente de resignación, indignación, que muchas veces es invisible. Para la víctima siempre será una condición que la degrada y deshumaniza, y que puede dejar consecuencias negativas que tendrá que afrontar de por vida. Quienes realicen la atención tienen la oportunidad de apoyar a una persona y a su familia en un momento de alta vulnerabilidad, de generar condiciones de atención humana y profesional que minimicen consecuencias, de iniciar acciones para la protección y no repetición de otras formas de violencia, de impactar positivamente en la vida de estas personas y de

cumplir con las responsabilidades que, como seres humanos, profesionales y como sector tienen ante las víctimas de violencia sexual.

Para facilitar la atención a tales víctimas, el MSPS y la UNFPA expidieron el *Modelo de atención a víctimas de violencia sexual*, el cual promueve alrededor del mundo el rechazo a todo tipo de violencia basada en el género, abogando por la ejecución de acciones de prevención, de atención y superación. La UNFPA ha venido trabajando con el MSPS y las DTS con el fin de cumplir los Objetivos del Milenio, definidos en septiembre de 2000 en la Cumbre del Milenio, evento que congregó en las Naciones Unidas al mayor número de dirigentes mundiales en la historia de la humanidad, con el fin de lograr un destino común: una humanidad mejor, desde ocho objetivos colectivos para reducir a la mitad la pobreza extrema: 1- la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, 2- lograr la educación primaria universal, 3- *promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer*, 4- reducir la mortalidad infantil, 5- mejorar la salud materna, 6- combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades, 7- garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y 8- establecer una alianza mundial en pro del desarrollo.

En este marco, se aprobó el Programa Integral contra Violencias de Género, cuyo objetivo es contribuir a la prevención, atención y erradicación de la violencia basada en el género (VBG) que afecta a las mujeres colombianas tanto en el espacio público como en el privado, con especial énfasis en aquellas de mayor prevalencia y gravedad en el contexto nacional: violencia de pareja (física, psicológica y sexual), violencia sexual, trata de personas, violencia producida por actores arma-

dos ilegales y prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las mujeres indígenas.

Las estrategias del Programa Integral contra Violencias de Género son: la *prevención*, enfocada a modificar comportamientos, actitudes y prácticas individuales, sociales e institucionales que favorecen y legitiman las VBG; la *atención*, encaminada al fortalecimiento de servicios y procesos de atención integral y de calidad a las víctimas y sobrevivientes de VBG; y el *desarrollo* de un marco jurídico y de políticas públicas para potenciar el desarrollo o revisión de normatividad y de políticas públicas en relación con la garantía, protección, restitución y reparación de los derechos de las víctimas y sobrevivientes de VBG. Como resultado, el Modelo de Atención a Víctimas del MPSS es la parte conceptual que desarrolla la segunda estrategia.

V. Conclusiones

El presente artículo es un aporte a la divulgación de la equidad de género en pro de la mujer, la reivindicación de los derechos inalienables femeninos y la erradicación de la violencia sexual en todas las instancias. Trata de fomentar la conciencia para observar e identificar los efectos deteriorantes del prejuicio, la desigualdad, la discriminación y la intolerancia, fuentes constantes de daños, muertes y subdesarrollo, dada su influencia en la calidad de vida de las personas.

Es necesario desarrollar pedagogías que ayuden a que tanto hombres como mujeres se comprometan a apoyar la lucha por la conquista de los derechos de las mujeres y a que estos derechos

sean tomados en serio, como fundamentos necesarios para una convivencia más armónica.

Existe una marcada carencia de información debido a las dificultades relacionadas con la escasez de sistemas de información que contemplen variables atinentes a la orientación sexual e identidad de género de las víctimas, con denuncias precarias, falta de trámite de las denuncias por las autoridades competentes, así como con la situación particular de discriminación que sufren las mujeres lesbianas, todo lo cual afecta directamente la visibilidad y capacidad para hacer valer sus derechos.

Referencias

- Acero, A. (2010). *Informes periciales sexológicos, 2009. Violencia sexual contra la pareja*. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Arendt, H. (1970). *Sobre la violencia*. México, D. F.: Joaquín Mortiz S. A.
- Asamblea Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*.
- Banco Mundial. (2012). *The effect of women's economic power in Latin America and the Caribbean*. Washington, EE. UU.: Banco Mundial.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2013). *Documento CONPES social 161, equidad de género para las mujeres*. Bogotá, Colombia: Departamento Nacional de Planeación.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [Cedaw]. (1979). *Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Observa-*

- ciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a la República de Panamá.* Panamá: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Secretaría Distrital de Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2008). *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual en el sector salud.* Bogotá, Colombia: Convenio Secretaría Distrital de Salud – Fondo de Población de Naciones Unidas.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2005). *Forensis, 2004. Datos para la vida.* Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional.
- Londoño, M. (1996). *Derechos sexuales y reproductivos los más humanos de todos los derechos.* Bogotá, Colombia: Iseder.
- Ministerio de Defensa Nacional. (2014). *Protocolo para la fuerza pública en el manejo de la violencia sexual con énfasis en violencia sexual con ocasión del conflicto armado.* Bogotá, Colombia: Autor.
- Ministerio de la Protección Social. (2010). *La violencia sexual en Colombia.* Bogotá, Colombia: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.* Bogotá, Colombia: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen.* Washington, EE. UU.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual.* Washington, EE. UU.: Autor.
- Profamilia. (2005). *Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.* Bogotá, Colombia: Autor.