

Evaluación de la atención a víctimas de la violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá

Assessment of the medical care provided to victims of sexual violence: the experience of three hospitals in Bogotá

Sandra P. Moreno R¹; Martha R. Barreto M²; Pablo A. Sanabria F³; Luis A. González Q⁴; Adriana Pinzón E⁵.

- ¹ Médica Cirujana, Universidad El Bosque, Magister en estudios de Familia, Universidad Externado de Colombia, Docente investigadora, CIMED, Universidad Militar Nueva Granada. Correo electrónico: sandra.moreno@unimilitar.edu.co
- ² Médica Cirujana, Universidad Juan N. Corpas, Especialista en Medicina Forense, Universidad Nacional de Colombia. Consultora Forense
- ³ Psicólogo, Universidad Católica de Colombia, Magister en Psicología con énfasis en Salud, Universidad Nacional de Colombia, Docente Investigador, CIMED, Universidad Militar Nueva Granada.
- ⁴ Psicólogo, Universidad Católica de Colombia, Especialista en Epidemiología, Universidad del Rosario, Docente investigador, CIMED, Universidad Militar Nueva Granada
- ⁵ Médica Cirujana, Universidad Militar Nueva Granada, Joven Investigadora, Centro de Investigaciones Médicas (CIMED), Universidad Militar Nueva Granada

Recibido: 31 de mayo del 2012 Aprobado: 16 de Febrero del 2013

Moreno SP, Barreto MR, Sanabria SA, González LA, Pinzón A. Evaluación de la atención a víctimas de la violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(2): 195-201.

Resumen

Objetivo: evaluar la atención de las víctimas de violencia sexual en hospitales en convenio con la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada (UMNG) en Bogotá. **Metodología:** diseño multimétodo para la evaluación (estructura, procesos, resultados) y la identificación de dimensiones de conocimiento y actitudinal de los profesionales de la salud. Se aplicaron listas de chequeo, entrevistas para el líder de la red del Buen Trato y cuestionarios de conocimientos y actitudes entre septiembre de 2009 y septiembre de 2010. **Resultados:** se identificaron limitaciones en los insumos, espacio físico y recurso humano; en los procesos, por el no reconocimiento de la actividad como institucional y según los resultados, demostraron vacíos en los diagnósticos, registros y

la orientación interdisciplinaria de los casos. Las dimensiones de conocimiento y actitudinal mostraron actitudes favorables para la atención pero falta de entrenamiento. **Discusión:** la atención de la violencia sexual en los hospitales evaluados no evidenció un enfoque diferencial. La atención presentó debilidades relacionadas con la inexistencia de un equipo interdisciplinario, la falta de entrenamiento del personal y una deficiente coordinación intersectorial. Se evidenció la necesidad de entrenar periódicamente al personal de salud, apoyar la constitución de una red del Buen Trato sostenible, y adecuar espacios físicos e insumos garantizando la calidad de la atención. -----**Palabras clave:** asistencia médica, género, violencia sexual.

Abstract

Objective: to evaluate the medical care that the hospitals in partnership with the Medical School of the UMNG university (Universidad Militar Nueva Granada) provide to victims of sexual violence. **Methodology:** a multi-design method was used to assess (structure, process and results) and identify the

knowledge and attitudes of the healthcare providers. Similarly, the researchers used check lists, interviews with the leader of the assistance network (Red de Buen Trato) and a knowledge and attitudes questionnaire. The study took place from September 2009 to September 2010. **Results:** a lack of supplies, space,

and human resources was detected in the process due to the lack of recognition of the activity as institutional. The results clearly showed gaps in diagnosis, patient records and in the interdisciplinary support provided to the cases. The knowledge and attitude dimensions showed a favorable result in regards to the service provided, yet there is still an evident lack of training. **Discussion:** the healthcare provided by the assessed hospitals to the sexually assaulted patients did not show a differential approach. It was deficient due to an inexistent interdisciplinary

team, a lack of training and an insufficient inter-sectorial coordination. This demonstrates the need to periodically train the healthcare providers, support the creation of a sustainable assistance network, and provide adequate physical spaces and supplies to guarantee that high quality medical care is provided to these patients.

----- *Keywords:* medical assistance, gender identity, sexual violence.

Introducción

De acuerdo con el informe mundial sobre la violencia y la salud en el año 2003, se entiende la violencia sexual como todo acto sexual y 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, independiente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo [1].

Aproximaciones teóricas de la violencia sexual

El análisis de las violencias ha llevado a una variedad de aproximaciones teóricas; sin embargo, para el presente artículo, se tuvo en cuenta la Teoría de las Limitaciones de Jenkins [2, 3] y el Modelo Ecológico adoptado por la Organización Panamericana de la Salud [4], dado que estas interpretaciones se ajustaban a los objetivos.

Dichas aproximaciones permitieron una comprensión de las condiciones en las cuales se generaron los actos de violencia, para este caso, los actos de violencia sexual e, igualmente, fueron tenidas en cuenta para la identificación de las actitudes del personal de la salud hacia la atención de los casos de violencia sexual, especialmente en lo relacionado con las limitaciones socioculturales.

Así mismo, para el análisis de la atención integral en los casos de violencia sexual, se utilizaron los enfoques diferenciales de Derechos Humanos (DDHH) y de género. Los dos enfoques (ddhh y género) precisan la necesidad de revisar las causas de la violencia, la vulneración de derechos, la discriminación o exclusión, y la inequidad, y señalan de forma metodológica cómo es posible priorizar esas causas, avanzar en el análisis de la situación de los derechos de un individuo o población determinada, generada por esas causas; cómo la situación vulnera los derechos de acuerdo con las particularidades del sujeto o de la población; y coinciden en señalar que la acción primordial de los dos enfoques es desarrollar capacidades tanto en el titular de derechos como en el de obligaciones para superar las desventajas o la situación que estimula la vulneración de dere-

chos; con el fin de reclamar y ejercer los derechos, para garantizarlos y restablecerlos, según corresponda [5].

La violencia sexual en cifras

El abordaje en la literatura científica latinoamericana con respecto a la violencia sexual se ha orientado principalmente a describir la problemática, su prevalencia, caracterizar a las víctimas y al agresor, y a la determinación de posibles factores de riesgo. Se han reportado prevalencias entre 16% y 17,3% [6, 7]; las víctimas en su mayoría son mujeres, menores de 18 años y cuyo agresor es un familiar [8, 9]; asimismo se identificaron como factores de riesgo las familias disfuncionales y el estrato socioeconómico bajo [10, 11]. Otros estudios analizaron los efectos de la violencia sexual como el adquirir infecciones de transmisión sexual y VIH y la adherencia a la quimioprofilaxis, encontrando que al 54% les formularon medicamentos antirretrovirales para prevención del VIH y de estas el 42,6% no lo continuó, manifestando alteraciones emocionales y la no comprensión del tratamiento [12]. Adicionalmente, se han reportado estudios acerca de la violencia sexual en el contexto del desplazamiento forzado [13] y el embarazo [14]. En Colombia, el informe del Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses (INMLCF) del año 2011 reportó 22.597 casos valorados por presunto delito sexual, el 84% corresponde a mujeres; es decir, que la razón hombre-mujer es de 1:5. El grupo de edad más afectado es de 10 a 14 años, pero la relación hombre mujer se invierte en el grupo de edad de 5 a 9 años donde los hombres son los más afectados; hallazgo que permitió evidenciar esta problemática que afecta a los niños, niñas y adolescentes en el país. La tasa nacional fue de 49 por cada 100.000 habitantes. La tasa de 2010 fue de 44 por cada 100.000 habitantes. Lo anterior hizo referencia únicamente a los casos que fueron denunciados en ese año; es decir, que tal como lo analiza el informe de la violencia y la salud de la OPS y que es citado en el modelo de atención integral para Colombia, “no dan cuenta completa de la frecuencia y distribución de la violencia sexual dentro de las comunidades colombianas” [15].

Con respecto a la atención de los casos, se encontró un estudio que analizó dicha atención con base en narrati-

vas de mujeres supervivientes de la violencia sexual [16]. Se evidenció la lejanía entre el deber ser y lo que se desarrolla en salud en la atención de los casos, planteó la necesidad de fortalecer estrategias institucionales para la formación del recurso humano y de utilizar su experiencia en torno a la violencia sexual, como oportunidad para diseñar estrategias de planeación participativa, de tal manera que dichos saberes fueran incluidos en los procesos de construcción de servicios y programas de salud concretos. Este estudio dejó abierta la posibilidad de optimizar los modelos de atención existentes, a través de la construcción colectiva y la actualización permanente.

Teniendo en cuenta los datos expuestos anteriormente, se identificó que la literatura actual muestra a la violencia sexual como temática prioritaria, reconocida y abordada en documentos técnicos relacionados con el ejercicio de los Derechos Humanos, tanto a nivel internacional, regional y nacional. A continuación se presenta los desarrollos legislativos internacionales y nacionales en relación con la violencia sexual:

- Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional.
- Declaración de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las mujeres (CEDAW).
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993, Declaración de Viena.
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Belém do Pará.
- Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas, Beijing, China, 1995.
- Convención de los Derechos del Niño del año 1989.
- Constitución Política de 1991 en el Título II, Capítulo I, artículos 11 a 13.
- Ley 248 de 1995, mediante la cual fue ratificada la Convención de Belem do Pará.
- Ley 294 de 1996 sobre violencia intrafamiliar.
- Ley 360 de 1997 sobre delitos sexuales.
- Ley 599 de 2000 (Código Penal).
- Ley 882 de 2004 para la violencia intrafamiliar.
- Ley 985 de 2005 contra la trata de personas.
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2003.
- Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar Haz Paz [18], para “prevenir y atender la violencia intrafamiliar...”, bajo la coordinación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- Ley 1098 de 2002. Por la cual se expide el código de la Infancia y Adolescencia.
- Ley 1257 de 2008 adoptó las normas que permiten garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia Promoción de la Salud Sexual.
- Las Normas Técnicas y Guías de Atención para la Mujer y Menor maltratados del MPS mediante Decreto 412 del 2000 [25].
- Manual para la evaluación de niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia sexual del ICBF (2007) dirigido al fortalecimiento de sus unidades de atención.
- Guías técnicas INTEGRA (2007): Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Infección del VIH-SIDA.
- Protocolo de Abordaje Integral de la Violencia Sexual (2008) de la Secretaría Distrital de Salud, de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y ESES en Bogotá D.C.
- Resolución 459 de 2012 (marzo 9) por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

En Colombia, como lo evidenció el reporte del INMLCF en el 2011, la casuística demostró que estos actos se presentan primordialmente contra mujeres menores de edad y que el agresor en segundo lugar de frecuencia es un miembro de la familia, después de un desconocido. De ahí que, al abordar la temática de la violencia sexual en el país, se hace necesaria la inclusión de conceptos importantes como género, infancia y familia. Adicionalmente, estos hechos violentos se llevan a cabo más frecuentemente en áreas donde el conflicto armado y el desplazamiento se han recrudecido, demostrando así que la violencia sexual es parte estructural de la violencia social que se vive en la actualidad en el territorio nacional como se observó en los artículos ya citados en párrafos anteriores.

Con base en lo anteriormente expuesto, se identificó la necesidad de reforzar el conocimiento de esta temática en la formación del pregrado en medicina en sus rotaciones clínicas. Para este propósito fue necesario conocer las condiciones de base en los sitios de práctica en relación con dicha atención. Lo anterior, teniendo como referente el Protocolo de Abordaje Integral de la Violencia Sexual de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá [17] y la Guía de Consulta Abreviada para el Examen Sexológico Forense, informe pericial y manejo del kit para la toma de muestras en los sectores forense y salud [18]. De esta manera se diseñó y aplicó un modelo de evaluación de la atención integral de la violencia sexual con perspectiva de género, en las instituciones en convenio con la facultad de medicina de la UMNG en Bogotá D.C.

El protocolo de abordaje integral fue diseñado por la SDS y desarrolló de manera cuidadosa cada elemento necesario para la atención de las víctimas de violencia sexual en el distrito capital. Definió una ruta, determinó los roles de cada uno de los sectores y, asimismo, incorporó la guía del INMLCF para la toma de muestras y el manejo del kit. El kit consiste en el equipamiento mínimo que debe tener una IPS y que debe reposar en los

servicios de urgencias, para la adecuada toma de muestras médico legales en las víctimas. Este fue entregado por la SDS a cada uno de los hospitales del Distrito con motivo del lanzamiento del protocolo.

Metodología

Diseño descriptivo de corte transversal

Población y muestra

Personal médico, paramédico y administrativo de los servicios de Ginecología y Obstetricia, Urgencias y Pediatría de los Hospitales en convenio con el programa de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada en Bogotá D.C. que respondieron a la convocatoria realizada y que estuvieran participando en el proceso de atención de la violencia sexual en sus instituciones. A la convocatoria del estudio dieron respuesta tres [3] hospitales (II, III y IV niveles de complejidad) en convenio con la Facultad de Medicina de la UMNG, a los cuales se les realizó la visita a las instalaciones, la entrevista a los líderes de la red del Buen Trato y la revisión de veintitrés (23) historias clínicas con diagnósticos relacionados con la violencia sexual. Al interior de los hospitales participaron cuarenta y cinco [45] profesionales de la salud, quienes dieron respuesta al cuestionario de actitudes y conocimientos con respecto a la violencia sexual y la atención en salud. El muestreo en este caso fue intencionado.

Instrumentos

Los instrumentos de recolección de la información para las variables de estructura y proceso se construyeron como listas de chequeo teniendo como referentes los requerimientos específicos de los lineamientos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [19], la Secretaría Distrital de Salud [17], y los referentes de la Federación Internacional de Planificación Familiar [20]. Con base en las investigaciones realizadas por Briere y cols. [21] que retoman los estudios de Burt y cols. [22] y el cuestionario sobre las percepciones acerca del género diseñado por el grupo de investigación de salud y comportamiento en el año 2009 que se encuentra en literatura gris. Se construyó del instrumento de conocimientos (acerca de la problemática y de su adecuada atención) y actitudes (género, condiciones de la atención y capacidades de los profesionales) del personal médico y paramédico; utilizando una escala tipo Likert. Tanto para las listas de chequeo como para los instrumentos se realizó prueba piloto. El nivel de consistencia interna para la subescala de actitudes hacia el género fue de un Alfa de Cronbach de 0,64 y la de actitudes a la atención de 0,7. Para la prueba de conocimientos, el nivel promedio de dificultad fue del 44,6%, con un nivel máximo de 13% y mínimo de 73,3%.

Procedimiento

Se estableció contacto con los hospitales en convenio, se aplicó la lista de chequeo de infraestructura y la evaluación de las historias clínicas del periodo comprendido entre enero y septiembre del año 2009, se entrevistó al Coordinador del programa del Buen Trato donde lo hubiere y se realizaron los cuestionarios de actitudes al personal médico y paramédico. El análisis de la información se realizó a través de SPSS versión 20.

Aspectos éticos

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universidad y de los comités de ética de cada uno de los hospitales participantes. Se diligenció el consentimiento informado tanto a las IPS como al personal médico, paramédico y administrativo que participó. No existen nombres o códigos de identificación en los cuestionarios y/o historias clínicas preservando la identidad de los/as pacientes. Los datos se utilizaron para fines científicos, fueron conocidos únicamente por los investigadores y se publicaron sin hacer mención específica a los hospitales. Asimismo, la información obtenida en esta investigación no fue ni será utilizada para otros fines.

Resultados

Evaluación de la atención: estructura de la atención de la violencia sexual

Durante la aplicación de la lista de chequeo que contenía los elementos mínimos requeridos para el sitio de atención, insumos y materiales, se observó que la totalidad de las instituciones participantes contaban con los materiales e insumos requeridos para la atención. En la totalidad se contaba con los kits que fueron aportados por la Secretaría de Salud, los cuales, a su vez, eran utilizados pero no se reemplazaban sus materiales a pesar de que la mayoría de estos se encuentran disponibles en el stock de los servicios de urgencias, a excepción de las bolsas plásticas y las de papel. En uno de los hospitales el kit se encontraba bajo llave y no fue posible tener acceso a él.

Proceso de la atención de la violencia sexual

Con base en la entrevista realizada a los líderes de la red del Buen Trato pudo identificarse que, en dos de los tres hospitales en convenio con la UMNG, existe un profesional dedicado a liderar el proceso de atención desde la Red del Buen Trato, quien describe adecuadamente el proceso de atención de la violencia sexual teniendo como referencia el protocolo para la atención integral desde el sector salud. Sin embargo, no hay claridad en el manejo documental, debido a que desconocen si deben entregar el original de la historia clínica a los agentes judiciales y, cuando la entregan, no queda una copia

en la historia clínica de los pacientes. Una de las mayores dificultades se apreció en la falta de mecanismos de coordinación interinstitucional para la recolección de evidencias por parte de las autoridades para luego ser remitidas a los laboratorios forenses.

Resultados de evaluación de la Atención de la Violencia Sexual

Los resultados de la atención en los casos de violencia sexual fueron analizados con la historia clínica, dado que este documento debe facilitar la judicialización o no del presunto agresor. Para este caso, se analizaron 23 historias clínicas de los hospitales participantes, encontrándose que en su mayoría las víctimas fueron de sexo femenino (77,3%), menores de edad (63,3%) y que ingresaron por urgencias del servicio de pediatría. Pudo evidenciarse que al 65% de los casos no se les aplicó el protocolo de atención en su totalidad. Por ejemplo, solo el 17% tenía el formato de consentimiento informado anexo a la historia clínica, el relato de los hechos se encuentra presente en el 34,8% de los casos, el 35% de los casos contiene la información del presunto agresor, el examen forense general se hizo en el 13% de los casos, no existe registro de documentación fotográfica, ecográfica ni radiográfica en los casos evaluados. Solo se describe la toma de muestras forenses en el 17,4%. Por último, el 54% de las historias clínicas tienen como conclusión el diagnóstico de abuso sexual, consignan el informe a las autoridades en el 17,4% de los casos y el 52% realiza remisiones a Ginecología, Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social.

Instrumento de conocimientos y actitudes del personal médico y paramédico

En el estudio participaron 45 trabajadores de la salud, en su mayoría del sexo femenino (68.9%), de profesión médicas (53.3%), que llevan trabajando en esta área desde hace tres años o menos. Puede observarse que el personal evaluado tiene acercamiento a los conceptos de género y violencia ($X = 85.96/100$). Así mismo sus actitudes hacia la atención integral de estos casos fueron favorables ($X = 83.79/100$). Sin embargo, no contaban con suficientes herramientas conceptuales técnicas ($X =$

46.9/100) para llevar a cabo dicha atención en el marco de la calidad.

Al profundizar sobre algunos aspectos relacionados con los temores en la atención, pudo observarse como el 44% de los trabajadores(as) consideró incomodidad y el 24% consideró que los pacientes se sentirían ofendidos si se les pregunta por violencia sexual en sus antecedentes, igualmente que el manejar este tipo de casos no es agradable, porque ello implica comprometerse en acciones judiciales. Así mismo, un 40% del personal de la salud consideró que los pacientes esperan que el profesional se enfoque principalmente en resolver su situación patológica actual. El 84% desconocía su responsabilidad en la denuncia de los casos, así mismo refirieron temor de no recolectar la evidencia suficiente en el 48%. Sólo el 22% de los(as) trabajadores(as) de la salud preguntaron en el último año acerca de violencia sexual sólo cuando alguna situación en la consulta, le hizo sospechar la ocurrencia de violencia. Por otra parte el 57.8% de los y las trabajadoras se consideran poco entrenados para atender los casos de violencia sexual de manera integral, lo cual puede evidenciarse en los resultados de la evaluación de conocimientos (tabla 1).

Discusión

Pensar en atención integral e integrada de los casos de violencia sexual por parte del sector salud, supone una serie de estrategias que permitan a las víctimas superar estos hechos satisfactoriamente. Sin embargo, teniendo en cuenta los resultados del proceso de investigación para la población estudiada, no se pudo afirmar que se estuviera realizando una atención integral e integrada, dado que menos de la mitad de los casos detectados en dichas instituciones, fueron de acuerdo con los protocolos establecidos para tal propósito.

La atención de los casos de violencia sexual en los hospitales en convenio con la UMNG mostró falencias desde su estructura. En primer lugar, no contaban con recurso humano que tuviera disponibilidad específica para el desarrollo de dicha actividad. Se observó que la coordinación de la red estuvo ligada a personas que tenían un interés particular en desarrollar esta temática al interior de los hospita-

Tabla 1. Resultados de actitudes y conocimiento respecto a la violencia sexual y su atención en tres hospitales en convenio con la umng 2009-2010

Variables Cuestionario	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Actitudes género	41	81	91	85.96	2.540
Actitudes Atención	44	81	86	83.79	1.505
Conocimientos	45	13.3	100.0	46.963	16.3272
N válido (según lista)	41				

les. Esta situación pudo llevar a que los procesos de atención no fueran sostenibles en el tiempo. Es el caso de uno de los hospitales donde, a la fecha de terminación del estudio, una profesional se retiró y la red dejó de funcionar. En segundo lugar, los hospitales no organizaron su infraestructura física acorde con los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud para dar respuesta integral en estos casos. Lo anterior pudo deberse a la inestabilidad de las condiciones de contratación de los profesionales en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y al desconocimiento de la responsabilidad que tienen las diferentes IPS en relación con la atención en los casos de violencia sexual. De esta manera, podría afirmarse que el impacto de la Ley 1146 del 2007 y sus desarrollos normativos posteriores no ha sido el esperado. A pesar de que la violencia sexual fue identificada como evento prioritario en salud en 2010, no se evidenció su reconocimiento en las instituciones y generó barreras en el acceso a los servicios de salud, expresadas en los resultados de la evaluación de la atención.

En cuanto al proceso mismo de la atención, se identificó una brecha entre los roles y actividades enunciadas por los/as líderes de la red de buen trato y los resultados de la evaluación de las historias clínicas, así como debilidades en la coordinación interinstitucional. El almacenamiento y registro de la información fue escaso. Las historias clínicas estaban incompletas, no contenían la información mínima y, en algunas ocasiones, se entregó la totalidad de la información a las autoridades judiciales y no se dejó constancia en la historia clínica, situación que pudo generar dificultades en los procesos de seguimiento clínico de los casos. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Urrego y cols., en el año 2004 y llevaron a la reflexión acerca de las razones por las cuales persisten las mismas falencias a pesar de los esfuerzos legislativos en materia de violencia sexual.

Los instrumentos diseñados para evaluar las dimensiones de conocimiento y actitudinales de los trabajadores de la salud, mostraron actitudes favorables hacia los conceptos de género y la atención de violencia sexual. Sin embargo, el personal médico percibió que no estaba adecuadamente entrenado para brindar la atención y, adicionalmente, en la esfera de conocimiento tuvieron algunos vacíos que pudieron afectar dicha atención y explicar los temores referidos en los resultados. Urrego y cols., identificaron de igual manera la disposición del personal de la salud como una fortaleza y, por otro lado, el modelo ecológico identificó las creencias socioculturales como una condición que genera barreras y revictimación.

El proceso de evaluación de la atención por sí mismo fue un espacio para la interacción y la construcción de iniciativas por parte del personal de la salud para el mejoramiento de la atención, de tal manera que el proceso fue un medio y un resultado. Fue posible analizar las condiciones de la atención de los casos de violencia sexual a través del diseño planteado, dado que permitió

la observación desde diferentes perspectivas. Adicionalmente, permitió identificar las debilidades y planteó estrategias puntuales en cada institución para el mejoramiento de la atención en los casos de violencia sexual.

Este estudio evidenció la inexistencia de directrices para la evaluación del impacto de los protocolos y modelos en atención de los casos de violencia sexual, lo que no ha permitido retroalimentar ni optimizar el proceso. Recientemente se implementó el Modelo de Atención Integral de la Violencia Sexual (Resolución 00459 de 2012) el cual no cuenta con un capítulo que permita a instituciones y entes reguladores la evaluación de dicha atención.

Teniendo en cuenta los resultados del estudio y para tener una perspectiva más amplia, es importante incluir a las directivas de los hospitales en la evaluación, así como identificar las debilidades y fortalezas en el seguimiento de las víctimas, el acceso, la cobertura y la oportunidad de los pacientes en el Sistema General de Seguridad Social, así como incorporar conceptos y elementos técnicos del modelo actual.

Referencias

- 1 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003.
- 2 Hernández A, Bruno Nn, Rivera L. Violencia conyugal como oportunidad de reencuentro y de reconstrucción existencial. Bogotá; 1999.
- 3 Jenkins A. Invitations to responsibility: the therapeutic engagement of men who are violent and abusive. Adelaide: Dulwich Centre Publications; 1990. p. 229–242.
- 4 Heise L. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence against women* 1998; 4 (3): 262–290.
- 5 UNFPA. Vigilancia superior a la garantía de los derechos desde una perspectiva de género, con énfasis en mujeres y adolescentes. Guía pedagógica y operativa para el seguimiento y la vigilancia. Colombia: TC Impresiones; 2006. p. 21–45.
- 6 Pontecorvo C, Mejía R, Alemán M, Vidal A, Majdalani M., Fayanas R, *et al.* Violencia doméstica contra la mujer. Una encuesta en consultorios de atención primaria. *Medicina* [Internet]. 2004; 64 (6): 492–496. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v64n6/v64n6a03.pdf>.
- 7 Ortega-Ceballos PA, Mudgal J, Flores Y, Rivera-Rivera L, Díaz-Montiel JC, Salmerón J. Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS morelos. *Salud Pública de México* [revista en internet]. 2007 9 [Acceso 03 de julio de 2012]; 49(5): 357–366. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- 8 Masi D. Violencia Sexual. *Pediatría (Asunción)* [revista en internet]. 2005 [Acceso 10 de febrero de 2012]; 32 (2): 5–6. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032005000200001&lng=es&nrm=iso. ISSN 1683-9803.
- 9 Ocampos M. Abuso sexual en la infancia y en la adolescencia. *Pediatría (Asunción)*. 2005 ;32(2): 25–29.

- 10 Gómez-Dantés H, Vázquez-Martínez JL, Fernández-Cantón SB. La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA. *Salud Pública de México* [Internet]. 2006 [Acceso 15 de agosto de 2012]; 48: s279–s287. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800008&lng=es&nrm=iso&tIng=es.
- 11 Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Antrop M. Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud Pública de México* [Internet]. 2006 [Acceso 20 de abril de 2012]; 48 (6): 232–238. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10604803>
- 12 Diniz NMF, De Almeida LCG, Dos S Ribeiro BC, De Macêdo VG. Women victims of sexual violence: adherence to chemoprevention of HIV. *Revista latinoamericana de enfermagem* [Internet]. 2007 [Acceso 10 de julio de 2012]; 15 (1): 7–12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17375226>.
- 13 Vélez A, Espriella A de la. Aproximación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres desplazadas en Colombia. *Profamilia* [Internet]. 2004 [Acceso 01 de noviembre de 2012]; 74. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Aproximación+a+la+Salud+Sexual+y+Reproductiva+d e+las+mujeres+desplazadas+en+Colombia#1>.
- 14 Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdés-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública de México* [Internet]. 2006 [Acceso 01 de noviembre de 2012]; 48: 239. Disponible en: <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v48s2/31380.pdf>.
- 15 Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. [Internet]. Bogotá: El Ministerio; 2012 [Acceso 20 de septiembre de 2012]. Disponible en: http://www.imprenta.gov.co/portal/page/portal/IMPRESA/Productos/Diario_Oficial.
- 16 Franco S, Urrego Z, Tejada P, Báez L. Aproximación narrativa a las intervenciones en salud para mujeres y niñas supervivientes de violencia sexual en la Red Suroccidental de Bogotá, 2003-2004. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2007; xxxvi (3): 390–410.
- 17 Cuevas GA, Pinilla MF, Barrios AM, Gómez PI, Vasquez RR, Cárdenas M, *et al.* Protocolo para el Abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud. Bogotá: UNFPA Colombia/ Secretaría Distrital de Salud; 2008.
- 18 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Reglamento Técnico para el Abordaje Forense Integral de la Violencia Intrafamiliar de Pareja. Bogotá: INMLCF; 2005. pp. 1–94.
- 19 Constantin AH, Orjuela CE, Monroy CM, Barreto MR, Terreros G, Camacho G, *et al.* Guía de consulta abreviada para el examen sexológico forense, informe pericial y manejo del kit para la toma de muestras, en los sectores forense y de salud. Bogotá: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses/ Organización Internacional de las Migraciones; 2006. p. 1–28.
- 20 Yam EA, Gordon-strachan G, Mcintyre G, Fletcher H. Jamaican and Barbadian health care providers' knowledge, attitudes and practices regarding emergency contraceptive pills. *Int Fam Plan Perspect* 2007; 33 (4): 160–167.
- 21 Briere J, Malamuth CJ. Sexuality and Rape-Supportive Beliefs. *International Journal of Women's Studies* 1985; 8: 398-403.
- 22 Burt MR. Cultural myths and supports for rape. *J Pers Soc Psychol.* [revista en Internet]. 1980 [Acceso 13 de agosto de 2012]; 38 (2): 217–230. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7373511>.