

# Implementación territorial de las salas de acogida para la atención a víctimas de violencia sexual: ¿Es posible que las instituciones médicas reduzcan la victimización secundaria?

Territorial implementation of the reception rooms for the care of victims of sexual violence: Is it possible for medical institutions to reduce secondary victimization?

Carolina Alarcón Bravo <sup>1</sup>

## RESUMEN

---

Los servicios de emergencia hospitalaria son la puerta de entrada para la atención a víctimas de violencia sexual, convirtiéndose en dispositivos que despliegan las primeras acciones de acogida, evaluación clínica forense, protección de derechos y derivación asistida. En ese sentido, la atención que emerge desde la red de urgencias debe garantizar un trato digno y contenedor; con procedimientos estandarizados que permitan controlar los riesgos que tiene el evento sobre las personas, especialmente sobre su salud sexual y reproductiva, su salud física, su salud mental y su medio familiar y social.

En ese escenario, es relevante describir la estrategia local que ha levantado el Servicio de Salud Araucanía Sur respecto al mejoramiento de las condiciones estructurales para los procedimientos médicos y legales en la red de urgencias, a través de la implementación de las salas de acogida para víctimas de violencia sexual, y la gestión de espacios de sensibilización y capacitación en el territorio.

**Palabras clave:** *Violencia sexual, violencia de género, salas de acogida, victimización secundaria, enfoque de derechos, enfoque de género.*

## INTRODUCCIÓN:

---

Este trabajo aborda el modelo de atención integral a personas que han sufrido violencia sexual y la implementación de las salas de acogida de las unidades de emergencia hospitalaria en la red del Servicio de Salud Araucanía Sur. Normativa que integra distintos enfoques de intervención, y que, además, busca reducir situaciones de victimización secundaria (institucional) a la que se ven expuestas las víctimas.

En ese contexto, se plantea como objetivo caracterizar el modelo de atención a víctimas de violencia sexual en el plano territorial. Para esto se exponen algunas conceptualizaciones de la Norma General Técnica de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, tales como; violencia de género, violencia sexual, victimización secundaria, vulneración de derechos, etc., y, además, algunas estadísticas locales que dan cuenta de la configuración de la violencia en el territorio.

En esta indagación, junto con analizar el modelo y la implementación de las salas de acogida en el nivel local, se discuten los mecanismos de atención médica y las resistencias del modelo en el plano operativo.

---

Recibido el 7 de junio de 2018. Aceptado el 28 de junio de 2018

<sup>1</sup> Trabajadora Social. Universidad de la Frontera. Coordinadora Red de Prevención y Atención a Víctimas de Violencia Sexual, Servicio de Salud Araucanía Sur. Correspondencia a: calarcon2004@gmail.com

## **CONTEXTUALIZACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA:**

---

En el año 2014 durante el gobierno de la ex presidenta Michelle Bachelet, se crea el “Consejo Nacional de la Infancia y Adolescencia”. Dicho consejo interministerial tiene como propósito asesorar a la Presidencia de la República en materias de infancia para impulsar transformaciones necesarias para garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes del país.

En ese contexto, se genera una mesa de trabajo intersectorial entre el Consejo Nacional de la Infancia, Ministerio Público, Servicio Médico Legal, la UNICEF y el Ministerio de Salud, cuyo interés común ha sido diseñar un componente transversal e intersectorial para brindar una atención integral y oportuna a las personas que han sido víctimas de violencia sexual.

Una de las metas de esta comisión es mejorar la atención de víctimas de violencia sexual, principalmente a niños, niñas y adolescentes, que acuden a las unidades de emergencia hospitalaria de la red de salud pública. Por ende, mejora normativas existentes como la Norma y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Abuso Sexual (8) la Orientación Técnica; Sala de Primera Acogida para Atención de Víctimas de Delitos Sexuales en Servicios de Urgencias (8), y la Guía Clínica de Atención de NNA Menores de 15 años víctimas de Abuso Sexual (10) para actualizar y perfeccionar lo que hoy es la Norma Técnica Intersectorial para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual (11).

Se define como un tema prioritario común al intersector, construir un lineamiento técnico que apunte a resguardar los derechos fundamentales de las personas a recibir un trato digno y una atención informada, lo cual es fundamental para reducir las prácticas institucionales de victimización secundaria.

Lo anterior tiene relación con que desde el sector salud los procedimientos de atención a víctimas no han tenido una dependencia física exclusiva orientada a satisfacer las necesidades de las víctimas, atendándose tradicionalmente en los Servicios de Urgencia. El año 2005 se realiza un primer esfuerzo para implementar Salas de Acogida (Salas Thuthuzela) en la red pública de hospitales del país. La iniciativa no fue del todo exitosa, en parte, por la falta de formación y sobrecarga asistencial del recurso humano destinado para este fin. (11)

De esta forma, y a partir de la evaluación

intersectorial, se plantea la necesidad de retomar esta iniciativa dotando a nivel nacional de infraestructura y recurso humano capacitado y contratado especialmente para este fin. Esta estrategia se consolida a través de las Unidades Clínicas Forense, las cuales son direccionadas a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, y ejecutadas como proyecto en 16 servicios de salud del país, incluyendo el Servicio de Salud Araucanía Sur.

El objetivo de las unidades, es propiciar una instancia de articulación de la red de servicios de atención a víctimas, de apoyo social y psicológico, que representa la puerta de entrada para las personas afectadas por violencia sexual a lo largo del país, tanto a la atención misma como al proceso penal (11).

La normativa define la violencia sexual como una grave vulneración de derechos, especialmente contra la libertad e indemnidad sexual, la cual tiene importantes consecuencias sociales y para la salud de las víctimas, constituyéndose por esta razón, además, en un problema de salud pública. Las consecuencias de la violencia sexual pueden manifestarse a corto, mediano y/o largo plazo, y afectar la salud física y mental de las/los sobrevivientes, además de generar profundas consecuencias socioeconómicas, provocadas por el estigma que implica ser víctima de violencia sexual, baja condición socioeconómica, niveles más bajos de participación de las mujeres en la política y en la fuerza laboral, así como el ciclo intergeneracional de violencia (11).

En ese sentido, es necesario comprender que las víctimas de violencia sexual acuden a los servicios de salud en condiciones de alta vulnerabilidad, tanto física como psicológica, esperando ser atendidas de una manera digna y humana que les permita recuperar el control de sí, el dominio de su cuerpo y de sus emociones. La atención que se despliegue desde la red de urgencias, debe garantizar un trato digno y contenedor; con procedimientos estandarizados que permitan controlar los riesgos que tiene el evento sobre su salud sexual y reproductiva, su salud física, su salud mental y su medio familiar y social.

## **IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALAS DE ACOGIDA EN EL TERRITORIO DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR:**

---

El Servicio de Salud Araucanía Sur, ha desarrollado una estrategia local respecto a la

implementación de las salas de acogida en los Hospitales de Mediana Complejidad (Nodos) y la Unidad Clínica Forense Hospitalaria del Hospital Hernán Henríquez Aravena con la finalidad de entregar una atención clínica especializada a las víctimas de violencia sexual y mejorar las medidas protección necesarias para prevenir la victimización secundaria.

La complejidad del fenómeno demanda una adecuación de la oferta, tanto a nivel clínico, forense, y psicosocial; componentes transversales para la atención integral a víctimas de violencia sexual. Es por esto que durante el año 2017 el Servicio de Salud Araucanía Sur ha apuntado a mejorar las condiciones estructurales para los procedimientos médicos y legales, implementando un box en la Urgencia Gineco Obstétrica del Hospital Regional destinado a la acogida y atención especializada de víctimas de violencia sexual.

Sin desmedro de lo anterior, se crea la red de prevención y atención a víctimas de violencia sexual en el Servicio de Salud, liderado por una coordinadora provincial e integrada por diferentes actores locales de los establecimientos de salud. Además, se genera una mesa de trabajo intersectorial local con representantes del Servicio Médico Legal, Fiscalía Regional, SENAME, Ministerio del Interior, PDI y Carabineros de Chile, quienes diseñan una estrategia de sensibilización con el objetivo de mejorar los procesos y articulaciones territoriales en beneficio de las personas víctimas de violencia sexual.

El trabajo local se ha ejecutado a través de una primera fase de diagnóstico y gestión territorial con los diferentes hospitales y zonas pertenecientes al Servicio de Salud Araucanía Sur, teniendo como eje principal la incorporación del enfoque de derechos y de género en la atención de salud.

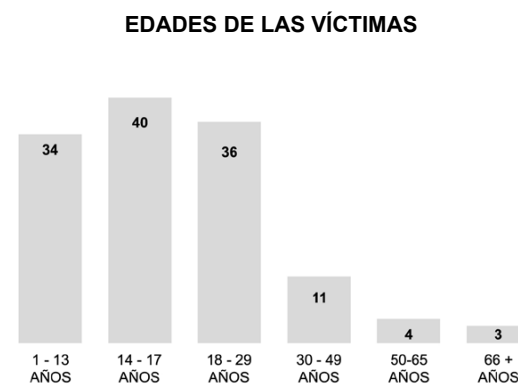
En relación al emplazamiento territorial de las salas de acogida, se implementaron cuatro salas de atención a víctimas de violencia sexual en los distintos hospitales de mediana complejidad de la provincia de Cautín, y una Unidad Clínica Forense Hospitalaria en el único hospital de alta complejidad. Además, el consultorio número 1 (de la zona central de la región) se configura como un levantamiento local respecto a las necesidades territoriales, convirtiéndose en una sala de acogida de mediana complejidad, quien asume una responsabilidad histórica respecto a la evaluación clínica forense y acciones de derivación asistida.

Respecto a la cantidad de atenciones realizadas en las salas de acogida de la red del Servicio de Salud Araucanía Sur se desprende la siguiente tabla:

SALA DE ACOGIDA	ATENCIONES 2017	PROMEDIO POR MES
HOSPITAL 1	42	3,5
CONSULTORIO 1	36	3
HOSPITAL 2	10	0,8
HOSPITAL 3	13	1,08
HOSPITAL 4	14	1,16
HOSPITAL 5	13	1,08
TOTAL:	128	10,6

Fuente: Elaboración propia en base a reportes estadísticos de las salas de acogida.

Por otra parte, respecto a la variable de género, es de un 100% de atenciones a víctimas de género femenino, quienes fluctúan entre las siguientes edades:



Fuente: Elaboración propia en base a reportes estadísticos de las salas de acogida.

## VIOLENCIA SEXUAL COMO VIOLENCIA DE GÉNERO:

Según la OMS (2013) la violencia sexual es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima

El estudio titulado, “La violencia sexual en Chile, algunos Indicadores relevantes” del SERNAM, establece que, de acuerdo a las denuncias realizadas a través de Carabineros y PDI, los requerimientos por el delito de violación aumentaron drásticamente en el periodo 1998 -2000. La

variación más significativa se registra entre 1998 y 1999 con un 40,8% de incremento: la tasa de denuncias por cada 100.000 habitantes expresa una relación más cercana con la realidad en cuanto a la frecuencia del delito de violación, y se duplicó a nivel nacional entre 1998 y el 2000 aumentando de 5.4% a 10% (12).

Según los datos de los servicios de urgencias del sistema de salud pública, entre el periodo del 2011 al 2014 existieron 2000 atenciones anuales promedio por violencia sexual y en el programa salud mental en el periodo 2011- 2013 hubo un promedio de 1500 egresos por abuso sexual. Además, las víctimas atendidas representan un 75% de niñas, niños y adolescentes, y el 80% son víctimas de género femenino (11). Por lo tanto, la violencia sexual se entiende cómo uno de los peores tipos de violencia ejercida contra la mujer.

Los datos enunciados en el apartado anterior, develan que la violencia sexual en el territorio del Servicio Araucanía Sur se configura como una violencia de género, ya que el 100% de las víctimas atendidas en las salas de acogida representan al género femenino y, además, son niñas y adolescentes que bordean entre los 12 y 16 años de edad.

Es necesario precisar que, pese a que las estadísticas muestran un determinado número de atenciones por violencia sexual, esta cifra sólo representa a las víctimas que realizan una denuncia y/o acuden a los hospitales para constatar lesiones, por lo que este ensayo no registra a cabalidad el total de las víctimas que sufren violencia sexual en el territorio.

En términos de salud sexual, la violencia sexual es una violación a los derechos sexuales y reproductivos, siendo las mujeres y niñas las principales víctimas de múltiples discriminaciones y desigualdades, ya que tienen menos acceso efectivo a servicios de salud sexual y salud reproductiva (11).

Además, es una problemática social, histórica y cultural que demuestra una de las manifestaciones de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en los distintos planos de la vida social. El modelo patriarcal hegemónico se ha encargado de cosificar a la mujer, al extremo de reducirla a un cuerpo físico, sexual y reproductivo (12).

En ese sentido, la violencia sexual ha sido invisibilizada durante años por nuestra sociedad siendo no solo un hecho aislado y privado (que ocurren en el seno familiar), sino que un tema de preocupación pública, y, por ende, un tema de Estado. La violencia de género o violencia sexual, atenta contra los derechos humanos e impide una vida digna y saludable, considerándose como una brecha para el desarrollo humano y social.

## DISCUSIÓN

---

Como se describió en párrafos anteriores, la implementación del modelo de atención a víctimas en el plano local, se ha basado en una estrategia de sensibilización respecto a la importancia de ejecutar acciones en salud desde un enfoque de derechos y de género como determinantes sociales de la salud. Sin embargo, el modelo presenta un desanclaje entre lo discursivo y lo práctico, lo que ha significado de-construir algunas significaciones dominantes en salud, como por ejemplo que la víctima no consulta por alguna “enfermedad física de riesgo vital o de gravedad” (desde una mirada biomédica), sino que por una violencia que puede configurarse de igual o mayor gravedad; y que necesita una respuesta sociosanitaria integral. Además, significa reconocer la violencia como una relación de poder que responde a una cultura patriarcal, y además la necesidad de visibilizarla y desnormalizarla en los contextos cotidianos e institucionales (6).

En ese sentido, se han identificado algunas resistencias de la instalación de las salas de acogida en las unidades de emergencia hospitalaria, principalmente desde el modelo biomédico/alopático, siendo una estructura que se transforma en una barrera impermeable y dominante a la hora reducir las tasas de victimización secundaria. Un ejemplo de aquello es la categorización de los pacientes y los tiempos de atención en urgencia (cultura de urgencia), siendo muchas veces reducida a un acto médico-administrativo, que deshumaniza el contacto con la víctima. Además, las dinámicas que se configuran en los modelos de atención en salud, responden a esta lógica biomédica (del turno, del box, etc.), por ende, las prácticas médicas se autoreproducen para generar un equilibrio del sistema médico (9). Por otra parte, a pesar de que la norma técnica plantea un trabajo centrado en los derechos de las personas, el cual busca reducir las tasas de victimización secundaria a la que se ven expuestas las víctimas, devela una resistencia y una desigualdad en términos de acceso a la atención, quedando en evidencia la descontextualización de la normativa los territorios locales. Un ejemplo es el discurso centralizado respecto a la atención, priorizando los recursos para la ejecución de este modelo (unidades clínicas forenses) en los hospitales regionales de alta complejidad, los cuales generalmente se encuentran situados en las capitales regionales. En este punto podemos observar cómo se discrimina la dispersión geográfica de la región de la Araucanía, y el alto porcentaje de población rural, mapuche, migratoria, etc.,

siendo el acceso a la atención limitado por una estructura centralizada (1).

Sin duda existe una atadura macro-micro que continúa con el proceso de dependencia en la toma de decisiones administrativas que pueden llegar a sobrepasar el marco de la salud de las víctimas, ya que están en juego factores políticos y jurídicos (7) que son canalizados a distintas esferas de la realidad social y no solo de la salud. Tal vez, estamos en presencia de valores tácitamente (3) conducidos que buscan su reproducción por medio de relaciones de poder (6) que impiden la planificación local, ajustadas a las necesidades locales de determinadas comunidades.

Por lo mismo, los acercamientos que realizan los profesionales en sus territorios, tienen que ver con un sello de carácter cualitativo en su quehacer diario, ya que la aplicación y/o adecuación de algunas prácticas locales apuntan a generar acciones pertinentes y adecuadas al contexto sociocultural de las personas, y además develan situaciones o puntos estresores que impiden o dificultan los procesos de atención y derivación por violencia sexual. Finalmente pareciera ser que la atención basada en los derechos de las víctimas queda a expensas de las voluntades y organización de los agentes institucionales en el territorio y no se condice con algunas directrices de la normativa técnica.

De este modo, se visualiza una relación estructural que demanda un quehacer pero que lo coarta al re-significarlo en un número o a una atención clínica/forense, en donde los medios probatorios (levantamiento de muestras) no expresan si el modelo es efectivo o no, sino que más bien demuestra que la institución realiza tantos peritajes y levantamiento de evidencias en un periodo determinado de tiempo. Según lo anterior, podemos estar en presencia de un proceso de desobjetivación de las personas y, a la vez, del propio quehacer de los profesionales, ya que se invisibiliza el proceso relacional entre las partes mencionadas (4).

La cultura patriarcal, la construcción social de género, la estigmatización social y los prejuicios generan una subvaloración de la experiencia narrativa o discurso de las víctimas, siendo esta reducida por un modelo biologicista. La cultura de la violación es la normalización de la violencia, lo que se traduce en estar rodeados de símbolos, lenguaje, construcciones y acciones que invisibilizan y justifican la violencia. Ergo, existe una resistencia a realizar peritajes sexológicos forense en las unidades de emergencia hospitalaria, principalmente por desconocimiento e invisibilización de la violencia sexual.

## **CONCLUSIONES Y PROYECCIONES**

La violencia sexual es un problema de salud pública y de derechos humanos, ya que es una vulneración a la integridad humana de una persona, y, por tanto, un abuso de sus derechos humanos fundamentales. Incorporar el enfoque de derechos y perspectiva género es prioritario, ya que significa avanzar en la equidad y la protección de la persona en situación de alta vulnerabilidad. En ese sentido, la respuesta de los agentes de salud frente a este tipo de vulneraciones debe ser siempre considerando la integridad de la persona. Es necesario fortalecer a los equipos de salud en la evaluación de la primera acogida, ya que esta etapa es crucial para proteger a la víctima y resguardar sus derechos, además de evitar posibles eventos futuros de violencia sexual.

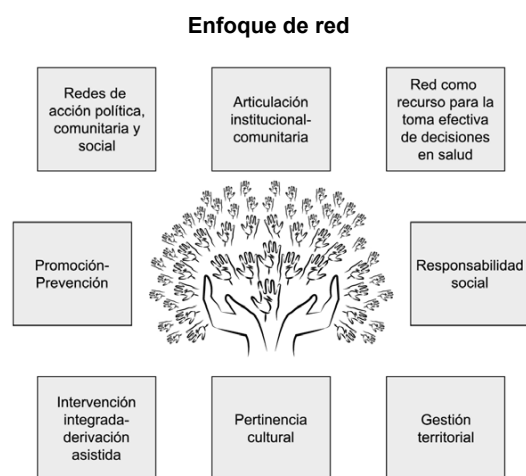
Es fundamental entregar conocimientos en materias de derechos humanos y victimización secundaria a los equipos de urgencia, esto con la finalidad de comprender la relevancia e impacto de sus acciones en salud. Por lo mismo, se ha apuntado a generar una concientización respecto a la victimización secundaria, ya que esta se produciría por el desconocimiento del fenómeno de la violencia y la victimización en sí. Interrumpir el circuito de la violencia sexual y violencia hacia las mujeres es reconocerlas como sujetos de derechos, por ende, la recuperación puede estar dada por las acciones en salud.

No cabe duda que existe un alto porcentaje de violencia sexual intrafamiliar. Los casos crónicos son los más difíciles de pesquisar, debido a que no presentan daño físico detectable y evidencian una clara brecha respecto a la pesquisa, la valoración del relato, evaluación e intervención. Es necesario fortalecer el análisis de caso y la derivación asistida a través de comités territoriales en salud.

Lo anterior, implica comprender que las instituciones médicas pueden transformarse como espacio para el cambio social. En ese sentido, la perspectiva emica (experiencia subjetiva de las usuarias, usuarios, comunidades) es crucial para establecer idiomas locales y contextuales (15). Por lo tanto, se deben reforzar las capacitaciones a los agentes de salud, no sólo en aspectos clínicos, si no que en aspectos socioculturales, humanos y éticos.

Los procesos de atención que se despliegan desde las salas de acogida y unidades de emergencia hospitalaria requieren una organización y cohesión grupal definida, con roles y responsabilidades claras de funciones e intervenciones. Desarrollar un trabajo integrado, ético, interdisciplinario e intersectorial en el territorio, se traduce en una atención humana que visibiliza la violencia y reduce la victimización secundaria.

Por último, y de acuerdo a la complejidad del fenómeno de la violencia sexual, se propone como modelo de intervención en salud, la gestión territorial y en red (5) la cual apunta a reducir la victimización secundaria y visibilizar a la víctima como sujeto de derechos. Dicho modelo se posiciona desde la teoría de la complejidad (13) reconociendo la violencia de género como una realidad compleja, por ende, es limitante pensar en una intervención unidimensional, unicausal y particular, ya que la reduce a un solo método y paradigma. El enfoque de red significa armar un tejido (de soporte social) cuyas fibras se tejen de acuerdo a la experiencia y necesidades de las personas en un territorio determinado, siendo las redes de apoyo las movilizadoras de recursos protectores para las comunidades.



Elaboración propia. Mapa conceptual que explicita el modelo de gestión territorial y en red.

## REFERENCIAS

1. Alarcón, A & Neira, J. Determinantes sociales de la salud. Trabajo presentado en la Tercera Escuela Internacional de Verano de Salud Pública de la Universidad de la Frontera, enero 2014, Chile.
2. Bataszew, B. Violencia política sexual, crimen de lesa humanidad. 2015.
3. Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres. El continuo de violencia hacia las mujeres y la creación de nuevos imaginarios. Santiago: Andros Impresores. 85-95
4. Beattie, J. Otras culturas. Objetivos, métodos y realizaciones de la Antropología Social. México: Fondo de cultura económica, 1972
5. Berger, P; Luckmann, T (1968) La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu.
6. Carballeda, A. . La intervención en lo social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Bueno Aires: Paidós, 2002
7. Foucault, M. Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. Argentina: Siglo XXI., 2008
8. González, M. La atención comunitaria en salud mental. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2002, vol.18, n.5 [citado 2014-01-11], pp. 340-342. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252002000500009&lng=es&nrm=i-so](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000500009&lng=es&nrm=i-so)>. ISSN 1561-3038.
9. Ministerio de Salud, Chile. Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual, 2004.
10. Martínez, A (2008). Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos Editorial.
11. Ministerio de Salud, Chile. Guía Clínica Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años Víctimas de Abuso Sexual, 2011
12. Ministerio de Salud, Chile. Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual.
13. Muñoz, K. La cultura de la violación en Chile: un análisis en los medios de comunicación digitales (tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile, 2016.
14. Morin, E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, Gedisa, 1998.
15. Organización Mundial de la Salud (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Recuperado el 25 de mayo de 2018 desde: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO\\_RHR\\_12.37\\_spa.pdf;jsessionid=DDFF59491EA42777BA-C0475176900056?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=DDFF59491EA42777BA-C0475176900056?sequence=1)
16. Schütz, A. La construcción significativa del mundo social: Introducción a la sociología comprensiva. Barcelona: Paidós, 1994