

Posconflicto y violencia sexual

La garantía de la
interrupción voluntaria
del embarazo en los
municipios priorizados
para la paz

*Ana Jimena Bautista Revelo
Blanca Capacho Niño
Margarita Martínez Osorio*

DOCUMENTOS 45

DOCUMENTOS 45

Ana Jimena Bautista Revelo

es abogada de la Universidad del Cauca, con especialización en derecho constitucional de la Universidad Externado de Colombia, y maestría en derechos humanos y democracia en América Latina de la Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador. Actualmente es estudiante de maestría de Sociología de la Universidad Nacional de Colombia. Ha trabajado en organizaciones no gubernamentales y como asesora en el Congreso de la República, en temas relacionados con la defensa de los derechos humanos de las mujeres, derechos de las víctimas del conflicto armado y conflictos territoriales/ ambientales. Actualmente se desempeña como investigadora principal en Dejusticia en el área de Litigio. Sus publicaciones más recientes son: *Cárcel o muerte. El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto; Corazón del desafío para la paz: tierra, territorios sin violencias y participación para las mujeres; La restitución de tierras en Colombia ¿realidad o ficción?*

Blanca Capacho Niño

es abogada de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga, y cuenta con una maestría en Derechos Fundamentales de la Universidad Carlos III de Madrid, y otra en Desarrollo y Ayuda Humanitaria de La Sorbona de París. Durante ocho años laboró en el Congreso de la República en temas relacionados con los derechos y las garantías constitucionales, organización territorial, y estrategias y políticas para la paz. Como parte de sus estudios en Desarrollo y Ayuda Humanitaria, realizó su pasantía en la sublínea de Género de Dejusticia entre abril y octubre de 2017.

Margarita Martínez Osorio

es filósofa e historiadora de la Universidad del Rosario. Sus intereses se centran en temas de género, teoría política y feminismos. Se desempeña como docente de la Universidad del Rosario y actualmente es investigadora del área de Género en Dejusticia. Sus más recientes publicaciones son: *Cárcel o muerte. El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto; Negociando desde los márgenes. La participación política de las mujeres en los procesos de paz en Colombia (1982-2016); El ejercicio de la interrupción voluntaria del embarazo en el marco del conflicto armado; Mujeres, políticas de drogas y encarcelamiento: una guía para la reforma de políticas en Colombia.*

Posconflicto y violencia sexual

La garantía de
la interrupción
voluntaria del
embarazo en
los municipios
priorizados
para la paz

Ana Jimena Bautista Revelo

Blanca Capacho Niño

Margarita Martínez Osorio

Documentos Dejusticia 45

POSCONFLICTO Y VIOLENCIA SEXUAL

La garantía de la interrupción voluntaria del embarazo
en los municipios priorizados para la paz

ISBN: 978-958-5441-33-0 Versión digital

Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia

Carrera 24 N° 34-61, Bogotá, D.C.

Teléfono: (57 1) 608 3605

info@dejusticia.org

<http://www.dejusticia.org>

Este texto puede ser descargado gratuitamente en <https://www.dejusticia.org>

Creative Commons Attribution-Non Commercial Share-Alike License 2.5.



Revisión de textos: María José Díaz Granados

Preprensa: Diego Alberto Valencia

Cubierta: Alejandro Ospina

Bogotá, enero de 2018

Contenido

AGRADECIMIENTOS	9
INTRODUCCIÓN	11
Metodología de la investigación	16
LA VIOLENCIA SEXUAL EN LOS MUNICIPIOS	
PDET (2008-2017): DIAGNÓSTICO Y DESAFÍOS	19
Precisiones metodológicas	20
Comportamiento de la violencia sexual en los municipios PDET (2008-2017)	21
Conclusiones	27
¿Cómo interpretar las cifras?: retos en términos de atención a víctimas de violencia sexual en los municipios PDET	28
El continuum de violencia sexual y de género	29
Aumento de la violencia sexual en escenarios de posconflicto	32
Conclusiones	34
APLICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ATENCIÓN EN SALUD EN CASOS DE IVE POR VIOLENCIA SEXUAL EN ZONAS PDET	35
Importancia de la Resolución 0459 de 2012	37
Balance de la aplicación del punto 8 del Protocolo: anticoncepción de emergencia y acceso a interrupción voluntaria del embarazo (IVE)	38
Conclusiones	59
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS	64
ANEXOS	66

AGRADECIMIENTOS

Durante la elaboración de esta investigación contamos con la ayuda generosa de personas a las que hoy queremos agradecer.

En primer lugar agradecemos a las directoras y directores de las instituciones prestadoras de salud (IPS) ubicadas en las zonas de los proyectos de desarrollo con enfoque territorial (PDET), que contestaron a nuestra extensa solicitud de información, quienes se tomaron el tiempo necesario para responder de manera transparente a partir de su experiencia a nuestras preguntas.

Queremos dar un agradecimiento especial a Angie Caicedo, pasante nacional de la sublínea de Género, y quien fue parte activa en la fase de recolección y sistematización de la información que sirvió de base para la elaboración de este documento.

A Vivian Newman, María Adelaida Ceballos, Lucía Ramírez, Alejandro Jiménez, María Ximena Dávila, Diana Güiza y Valentina Roso, investigador e investigadoras de Dejusticia, quienes desde la generosidad de los saberes propios comentaron un documento previo a esta publicación y enriquecieron los argumentos que exponemos. A Elvia Sáenz, por las tareas administrativas desarrolladas, que hacen posible la existencia de este libro.

INTRODUCCIÓN

Entre 2008 y 2017, la Fiscalía General de la Nación (FGN) registró 36.881 casos de violencia sexual ocurridos en los 170 municipios rurales priorizados para la aplicación del Acuerdo de paz en Colombia. Además de que estos municipios han mantenido tasas críticas de ocurrencia de este delito durante el periodo de tiempo señalado, la Defensoría del Pueblo, en su sistema de alertas tempranas, también ha llamado la atención sobre el alto riesgo de violencia sexual que se ha presentado en algunas de estas zonas del país desde el momento del cese al fuego promovido en el marco del proceso de paz. ¿Se encuentra el Estado preparado para atender en salud y de manera integral a las víctimas de violencia sexual en estos territorios que históricamente han tenido precaria presencia institucional? ¿Cuál es la capacidad institucional de estos municipios para garantizar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a aquellas mujeres víctimas que solicitan acceder a este derecho? ¿Qué factores se deben tener en cuenta para prevenir que los índices críticos de violencia sexual se sigan manteniendo o aumenten en estos territorios?

El presente documento tiene por objetivo abordar estas preguntas, al evaluar cómo ha sido la aplicación del Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual en los 170 municipios priorizados para la implementación de la reforma rural integral (RRI) del Acuerdo de paz; nos concentraremos, particularmente, en las posibilidades de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en estas zonas del país.

La RRI consagrada en el Acuerdo de paz, además de plantear un proceso de democratización de acceso a la tierra, considera dentro de sus principios la necesidad de crear once planes nacionales dirigidos a proveer bienes y servicios públicos en las zonas rurales del país. Como

parte de esto, el Plan Nacional de Salud Rural debe tener en cuenta los requerimientos en salud para las mujeres de acuerdo con su ciclo vital, incluidas medidas en materia de salud sexual y reproductiva, y en atención psicosocial (Gobierno Nacional de Colombia y Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia, 2016). En este escenario, en el Plan Nacional de Salud Rural, las víctimas de violencia sexual, en particular las mujeres, encuentran una alternativa para garantizar su efectiva atención y para dar los primeros pasos en el diseño de una estrategia de prevención que tenga en cuenta las particularidades regionales.

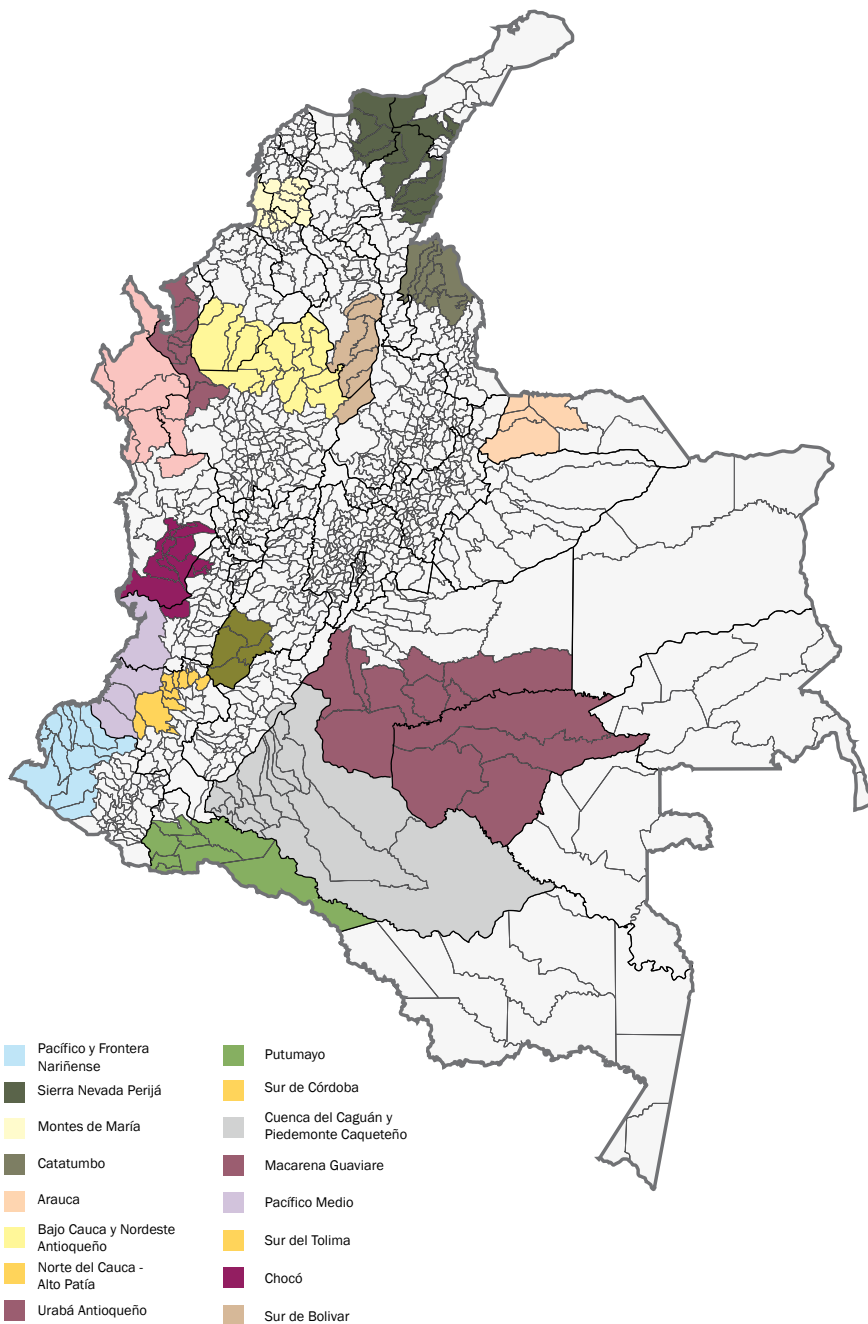
Para la materialización de los Planes asociados a la Reforma Rural Integral, el Acuerdo establece la priorización de 170 municipios del país a través de la elaboración de los denominados proyectos de desarrollo con enfoque territorial (PDET).¹ Los PDET son territorios que tienen cuatro características: i) presentan mayores niveles de pobreza, pobreza extrema y necesidades básicas insatisfechas; ii) han sufrido mayores afectaciones derivadas del conflicto armado; iii) tienen una mayor debilidad institucional administrativa y de capacidad de gestión, y iv) tienen presencia de cultivos de uso ilícito. En conjunto, los 170 municipios PDET quedaron distribuidos en 16 regiones, las cuales no siguen la lógica de organización departamental, sino que agrupan a los municipios de acuerdo a sus afinidades socio-económicas y culturales. El mapa 1 muestra la distribución de las distintas regiones PDET.

Dadas las características que comparten los municipios incluidos en los PDET –que van desde la pobreza histórica, hasta la continuada presencia de actores armados y economías ilegales en los territorios–, la aplicación de los planes nacionales –en especial del plan de salud rural– enfrenta, al menos, tres retos en materia de construcción de Estado y acceso a derechos. En primer lugar, implica avanzar en el fortalecimiento del Estado en las zonas rurales. Este aspecto es vital si se considera la menor capacidad histórica de presencia estatal en estos territorios, en los cuales las instituciones tienen una competencia crítica y baja para cobrar impuestos, y para brindar justicia y salud (García Villegas, Torres, Revelo, Espinosa y Duarte, 2016). En segundo lugar, supone mejorar las condiciones vida de la población rural. La Misión para la Transformación del Campo, del Departamento Nacional de Planeación (DNP) resalta que existe una brecha en materia de pobreza extrema y multidimensional entre las zonas rurales

1 Decreto 893 de 2017, del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.

Mapa 1

Regiones PDET



FUENTE: Agencia de Renovación del Territorio, 2017.

y urbanas, que se refleja especialmente en el acceso precario a determinados derechos y servicios, como el de la atención en salud. Así, por ejemplo, el 89 % de la población rural es pobre o vulnerable (Ocampo, 2015).

En tercer lugar, fortalecer el Estado en los municipios PDET es una tarea que también debería pasar por lograr la aplicación del enfoque de género en todos los procesos institucionales. Este objetivo parte de reconocer que han sido las mujeres rurales quienes han estado expuestas a condiciones de mayor vulnerabilidad en términos económicos, y a padecer los efectos diferenciados del conflicto armado.² En este sentido, el propio Acuerdo de paz menciona que “para garantizar una igualdad efectiva se requiere adelantar medidas afirmativas que respondan a los impactos desproporcionados que ha tenido el conflicto armado en las mujeres, en particular la violencia sexual” (Gobierno Nacional de Colombia y Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia, 2016). Con respecto a esto, la atención en salud para víctimas de violencia sexual, y el acceso a la IVE por parte de mujeres víctimas que lo soliciten, son procesos indispensables que se deben movilizar, como una de las garantías para la paz en los municipios del país más afectados por el conflicto armado y por el abandono estatal.

En el marco de estos tres retos, el Programa de Salud Rural adquiere una importancia central para las mujeres rurales de los territorios PDET, en particular, para aquellas que han sido víctimas de violencia sexual. El Programa no solo abre la posibilidad de diseñar estrategias para que las víctimas puedan acceder a sus derechos sexuales y reproductivos –entre ellos a la IVE– de manera oportuna y en buenas condiciones, sino que, además, puede brindar las condiciones para establecer mecanismos concretos de prevención para que la violencia sexual no siga ocurriendo y no aumente en el escenario de posconflicto.

Por una parte, el análisis de la literatura comparada muestra que, en varios escenarios, la violencia sexual tiende a incrementarse en el posconflicto. Así lo ha señalado la Defensoría del Pueblo cuando afirma que “[la violencia sexual] requiere especial atención en el marco del proceso de posacuerdo, en la medida en que puede exacerbarse como forma de control de la población o en la disputa de los actores armados por el reposicionamiento y el dominio territorial de espacios en donde estaban las FARC” (Colprensa, 2017). En consecuencia, este documento pretende ser un llamado de alerta ante el posible incremento del riesgo de violencia

2 Corte Constitucional, Sentencia SU-426 de 2016, M. P. María Victoria Calle.

sexual, y ante los mecanismos que el Estado debe preparar y disponer para prevenir este tipo de hechos y para atender a las ya víctimas de este delito.

Por otra parte, el plan de salud rural también involucra retos en materia de salud sexual y reproductiva y, de manera específica, en lo que se refiere a las garantías para el goce efectivo del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Han pasado diez años desde la expedición de la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, que despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres circunstancias específicas, y que consagró la IVE en dichos casos como un derecho fundamental. Actualmente, es posible afirmar que en Colombia se ha construido un marco jurídico relativamente estable, conformado especialmente por sentencias de la Corte Constitucional, pero también por actos administrativos del Poder Ejecutivo, que señalan requisitos de acceso y medidas de atención en casos de IVE, y que resuelven aspectos que en algún momento fueron objeto de controversia, como la objeción de conciencia o los derechos de menores de edad y de personas con capacidades diferenciadas. En términos generales, se puede decir que este marco jurídico ha fijado un verdadero estándar en materia de acceso y atención en salud en los tres casos de IVE despenalizados por la Corte (Dalén, Guzmán y Molano, 2013).

Para el caso de las víctimas de violencia sexual, el marco jurídico en materia de interrupción del embarazo ha sido recogido en la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Protección Social, que adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral de Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Sin embargo, la materialización de este Protocolo y, en particular, del acceso al derecho a la IVE, enfrenta fuertes barreras sociales, económicas y culturales. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres afirma que dichas barreras podrían ser clasificadas en tres grandes ejes: i) desconocimiento legal del derecho a la IVE, ii) interpretación restrictiva del marco legal y iii) fallas en la prestación del servicio de salud (Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2017).

Estos obstáculos para acceder de manera oportuna y en buenas condiciones a la IVE tienen un comportamiento diferenciado en las zonas urbanas y en las zonas rurales del país. Así, por ejemplo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, al momento de indagar por el conocimiento que tienen las personas acerca de la despenalización parcial del aborto y de las tres circunstancias específicas, se encontró que este es mayor en zonas urbanas en una relación del 60,4 % frente al 51,6 % de las personas encuestadas (Ministerio de Salud y Profamilia, 2016, p.

223). Pese a estos datos, el conocimiento con que cuenta el país sobre la dinámica de las barreras de acceso a la IVE en las zonas rurales es aún deficitario, por lo que este texto pretende ser un acercamiento preliminar a este fenómeno.

Así las cosas, el presente documento busca aportar a dos grandes objetivos del contexto colombiano actual: en primer lugar, pretendemos contribuir a la construcción de paz con diagnósticos y propuestas que puedan dar cuenta de algunos de los retos que implica el momento transicional que atraviesa Colombia desde la firma del Acuerdo Final entre el Gobierno Nacional y las FARC-EP. En segundo lugar, pretendemos contribuir a avanzar en la materialización de los derechos sexuales y reproductivos en el país y, en especial, de la interrupción voluntaria del embarazo. Estos objetivos no son entendidos de manera desarticulada; por el contrario, los pensamos como estrechamente vinculados, pues ambos involucran la posibilidad de construir Estado y mejores condiciones de vida en aquellas regiones rurales que han estado más azotadas por el conflicto armado y la pobreza.

El texto consta de dos capítulos. El primero se propone indagar por el comportamiento del delito de violencia sexual en los 170 municipios que componen las regiones PDET durante los años 2008 y 2017. Todo ello, con el fin de determinar cuáles han sido los municipios y las regiones en los que la presencia de este delito ha sido más alta y extendida, y poder así establecer alertas sobre los posibles incrementos de la violencia sexual en el posconflicto colombiano. Esta última reflexión la construiremos a partir de revisión bibliográfica de experiencias comparadas de posconflicto. En el segundo capítulo se presenta un primer balance sobre la aplicación efectiva de los estándares en materia de atención a las víctimas de violencia sexual, especialmente frente a los casos de IVE y a la anticoncepción de emergencia, en aquellas zonas rurales del país en donde se desarrollan los denominados PDET. Con este análisis esperamos contribuir al reto de la construcción de la paz, especialmente para las mujeres rurales, lo cual implica mejores condiciones de salud sexual y reproductiva.

Metodología de la investigación

En aras de dar cuenta de la dinámica de la violencia sexual en los territorios PDET en los últimos años, acudimos a la recopilación, sistematización, triangulación y análisis de información oficial, concretamente de las

noticias criminales de delitos de violencia sexual de la Fiscalía General de la Nación, de los exámenes médico-legales en casos de violencia sexual del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), y de los casos de violencia sexual reportados por el Sistema de Alertas Tempranas (SAT) de la Defensoría del Pueblo. El periodo cubierto por los datos suministrados por la Fiscalía es de 2008 a 2017; esta información se encuentra desagregada por año y por municipio. Los datos de la revista *Forensis*, de Medicina Legal, cubren el año 2015 y se encuentran desagregados por municipio, sexo y edad, por lo que nos permiten examinar cómo fue, en ese año, el comportamiento de la violencia sexual en relación con el género. Finalmente, el SAT de la Defensoría se remite al periodo de 2016 a 2017. De esta manera, el primer capítulo del documento busca dar cuenta de los casos de violencia sexual registrados en los municipios PDET durante los últimos diez años (2008-2017), y mostrar en cuáles de estos lugares se han identificado alertas de violencia sexual durante el 2017.

Las cifras de violencia sexual con las que contamos no determinan el actor perpetrador del delito. En este sentido, los casos reportados pueden ser de violencia sexual en el marco del conflicto armado, así como en los escenarios de no guerra. Las alertas tempranas de la Defensoría sí se refieren a casos de violencia sexual perpetrados por actores armados después del proceso del cese al fuego establecido en el Acuerdo de paz.

Por otro lado, para la construcción del segundo capítulo, en el que presentamos un balance entre el estándar establecido en materia de atención en salud, concretamente frente a IVE y anticoncepción de emergencia en caso de víctimas de violencia sexual, y su efectiva aplicación por parte de las IPS en las zonas PDET, rastreamos las IPS con presencia en los 170 municipios en donde se desarrollan los PDET. En esta labor identificamos 1.134 IPS de carácter público y privado presentes en estos municipios; de ellas, seleccionamos aquellas que podrían estar en capacidad de prestar servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria del embarazo, y procedimos a tomar una muestra aleatoria correspondiente a 234 IPS presentes en las 16 zonas PDET. A cada una de estas IPS le enviamos una amplia solicitud de información sobre IVE y anticoncepción de emergencia frente a víctimas de violencia sexual (ver anexo 1). De la totalidad de peticiones enviadas, la oficina de correos devolvió 21, argumentando que la dirección suministrada –la cual había sido tomada de la información pública del Ministerio de Salud y Protección

Social³– no era suficiente para hacerla llegar a su destinatario. Finalmente, de las 213 peticiones efectivamente enviadas solo logramos obtener la respuesta de 30 IPS, de las cuales 3 son indígenas.⁴

En cuanto al nivel de atención, 23 de las 30 IPS son de primer nivel, 3 se encuentran dentro del tercer nivel de atención y 4 de ellas son de segundo nivel.⁵ En relación con su ubicación, las 30 IPS están en 29 municipios del país, 9 de ellas se encuentran localizadas en la zona PDET del Alto Patía, norte del Cauca; 5 en la zona PDET Sierra Nevada Perijá; 4 se encuentran en la zona PDET Bajo Cauca y nordeste antioqueño; 3 están en la zona PDET cuenca del Caguán y piedemonte caqueteño; 2 se encuentran en la zona PDET Montes de María; 2 más en la zona PDET sur de Bolívar. Las otras 6 IPS analizadas están ubicadas en las zonas PDET de Arauca, Urbá antioqueño, Pacífico medio, Catatumbo, sur de Tolima y Putumayo. En total contamos entonces con información de 11 de las 16 regiones PDET. Las respuestas entregadas por las IPS fueron sistematizadas y analizadas, y son el principal insumo para la elaboración del segundo capítulo, en el que contrastamos las disposiciones del Protocolo y Modelo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual con las respuestas dadas por las IPS.

Frente a las IPS de las que obtuvimos respuesta es preciso hacer dos aclaraciones: en primer lugar, no pudimos obtener información de todas las IPS correspondientes a la muestra representativa; las dificultades para transportar por correo los derechos de petición, junto con la información desactualizada, fueron factores que no nos permitieron contactar a las IPS que constituían el número de la muestra. Por esta razón, la información con la que contamos no es representativa y no es concluyente frente a la situación de atención a víctimas de violencia sexual en los municipios

-
- 3 La información de las IPS se tomó de la siguiente página del Ministerio de Salud y Protección Social: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>. Sobre este punto es preciso mencionar que varias de las referencias que proporcionan la información sobre las IPS con presencia en los municipios están desactualizadas en la base de datos del Ministerio de Salud. Esto dificultó el trabajo investigativo, pues no pudimos contactar a varios hospitales por esta razón.
 - 4 Teniendo en cuenta que el propósito de este estudio no es generar investigaciones disciplinarias contra las instituciones prestadoras de salud que respondieron de manera sincera a nuestra solicitud de información, en el documento que se presenta se anonimizan sus nombres.
 - 5 Según la Resolución 5261 de 1994, los servicios tienen niveles de responsabilidad y de complejidad de la atención en salud. Ver <http://www.renovacionmagisterial.org/boletin/boletin23/sa2.pdf>

PDET. En segundo lugar, la anterior situación pone en evidencia la precariedad para acceder a muchos de los municipios PDET, pues la falta de vías y canales de comunicación es muestra de las dificultades en términos de infraestructura y de acceso que son propias de municipios que han estado históricamente aislados de los centros del país y que han padecido de manera sistemática el conflicto armado colombiano. En este contexto podemos pensar que las IPS con las que pudimos contactarnos son aquellas que, dentro de la totalidad de municipios PDET, cuentan con mejores condiciones de infraestructura y recursos para conectar con el centro del país. Así, a pesar de no ser una muestra representativa, estas IPS pueden llegar a ser una muestra más “optimista” con relación a las IPS de los otros municipios, de tal manera que podemos pensar que la situación de aquellos a los que no pudimos acceder es mucho más precaria.

Finalmente, quisiéramos hacer un llamado a quienes lean este documento: la reflexión que proponemos aquí está construida eminentemente por cifras. Tal y como lo señala Juan Pablo Aranguren (2016), aunque las cifras son importantes porque sacan a la luz la sistematicidad y dimensión de ciertos tipos de delitos o conductas violentas, detrás de cada uno de esos números hay historias de dolor, victimización y resistencia que están lejos de reducirse a las cifras y que, de hecho, pueden llegar a ocultarse en razón de ellas. Por este motivo esperamos que quienes se acerquen al documento puedan hacerlo teniendo presentes las historias detrás de él y considerando que cada número encarna una vida y un cuerpo afectado por un delito que no ha dejado de ocurrir en Colombia y para el cual aún no tenemos respuestas institucionales fuertes y suficientemente dignas.

LA VIOLENCIA SEXUAL EN LOS MUNICIPIOS PDET (2008-2017): DIAGNÓSTICO Y DESAFÍOS

Este capítulo se propone estudiar el comportamiento de la violencia sexual en los 170 municipios que actualmente forman parte de los PDET, durante el periodo que comprende los años de 2008 a 2017. En primer lugar, proporcionaremos cifras respecto a los casos de violencia sexual registrados en la base de datos del Sistema Penal Oral Acusatorio (SPOA) de la Fiscalía General de la Nación, a los casos identificados en la revista *Forensis*, de Medicina Legal, y a los casos de violencia sexual registrados en el Sistema de Alertas Tempranas (SAT) de la Defensoría del Pueblo. En la segunda parte, con base en el análisis de las cifras anteriores, y a partir de la revisión de literatura comparada, estudiaremos cuáles son los principales

retos de la prevención y la atención a víctimas de violencia sexual en zonas de posconflicto.

Precisiones metodológicas

Para la elaboración del presente capítulo contamos con tres fuentes de información principales: en primer lugar, la base de datos disponible en línea del SPOA nos permitió acceder a la información sobre conductas delictivas de violencia sexual perpetradas en cada uno de los municipios PDET durante los años comprendidos entre 2008 y 2017.⁶ Con base en esta información construimos una base de datos que cubre el periodo de los años 2008 a 2017. Para cada uno de estos años determinamos la tasa de violencia sexual por cada 100.000 habitantes en los 170 municipios que conforman las zonas PDET, lo que nos permitió establecer un promedio de cuáles son los municipios con una tasa de violencia sexual nula (0 casos por año), baja (entre 1 y 10 casos), media (entre 11 y 50 casos), alta (entre 51 y 100 casos) y muy alta (más de 100 casos). Construimos esta categorización con el fin de, en el rango de casos de violencia sexual registrados en esta base de datos, identificar las diferencias del comportamiento de este delito en los distintos municipios.

En segundo lugar, a partir de las cifras proporcionadas en el número correspondiente a 2015 de la revista de Medicina Legal, *Forensis*, construimos una base de datos que contiene información sobre el número de exámenes médico-legales por presunto delito sexual practicados durante 2015 en los municipios pertenecientes a las zonas PDET. Esta información se encuentra desagregada por sexo y por edad. Para estas cifras utilizamos el mismo parámetro de medida de la primera base de datos –el cual oscila entre 0 y más de 100 casos– y lo aplicamos a: i) casos de violencia sexual en general, ii) casos de mujeres víctimas y iii) casos de hombres víctimas.

Finalmente, cruzamos las anteriores bases de datos con la información proporcionada por el Sistema de Alertas Tempranas (SAT) de la Defensoría del Pueblo, el cual monitorea y evalúa las situaciones de riesgo de la población civil en los municipios afectados por el accionar de los actores armados. De estos informes desagregamos los casos correspondientes a riesgo de violencia sexual en los municipios PDET y los cruzamos con las anteriores bases de datos.

6 A partir de la información del SPOA, desagregamos aquellos delitos relacionados con violencia sexual contenidos en los títulos “Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales” y “Delitos contra las personas y bienes protegidos por el derecho”.

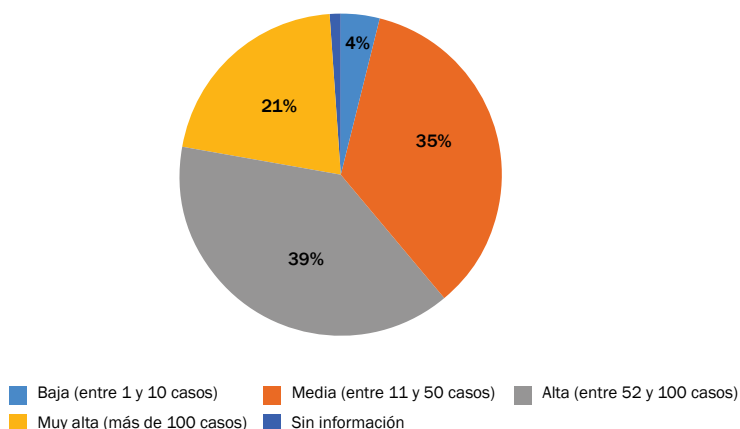
Comportamiento de la violencia sexual en los municipios PDET (2008-2017)

Entre 2008 y 2017, la FGN registró 36.881 casos de violencia sexual en los 170 municipios que corresponden a las zonas PDET, por lo que se puede decir que, en promedio, en este conjunto de municipios se presentaron aproximadamente 3.688 casos por año. Durante este periodo de tiempo, 6 municipios (3,5 %) mantuvieron una tasa baja de violencia sexual (entre 1 y 10 casos por año), 60 municipios (35,3 %) una tasa media (entre 10 y 50 casos por año), 67 (39,4 %) una tasa alta (entre 51 y 100 casos por año) y 36 (21,2 %) una tasa muy alta (más de 100 casos por año) –de 1 caso no tenemos información–. Esto significa que el 60,6 % de los municipios PDET mantuvieron tasas altas y muy altas de violencia sexual durante los 10 años estudiados. Además, en total, en 2017 la Defensoría del Pueblo registró 61 alertas tempranas de violencia sexual por parte de actores armados en los municipios PDET; de estas, 37 (61 %) se ubican en municipios con índices alto y muy alto de violencia sexual (figura 1)⁷.

Las regiones PDET que contienen un mayor número de municipios con índices alto y muy alto de violencia sexual son: Arauca, Bajo Cauca y

Gráfica 1

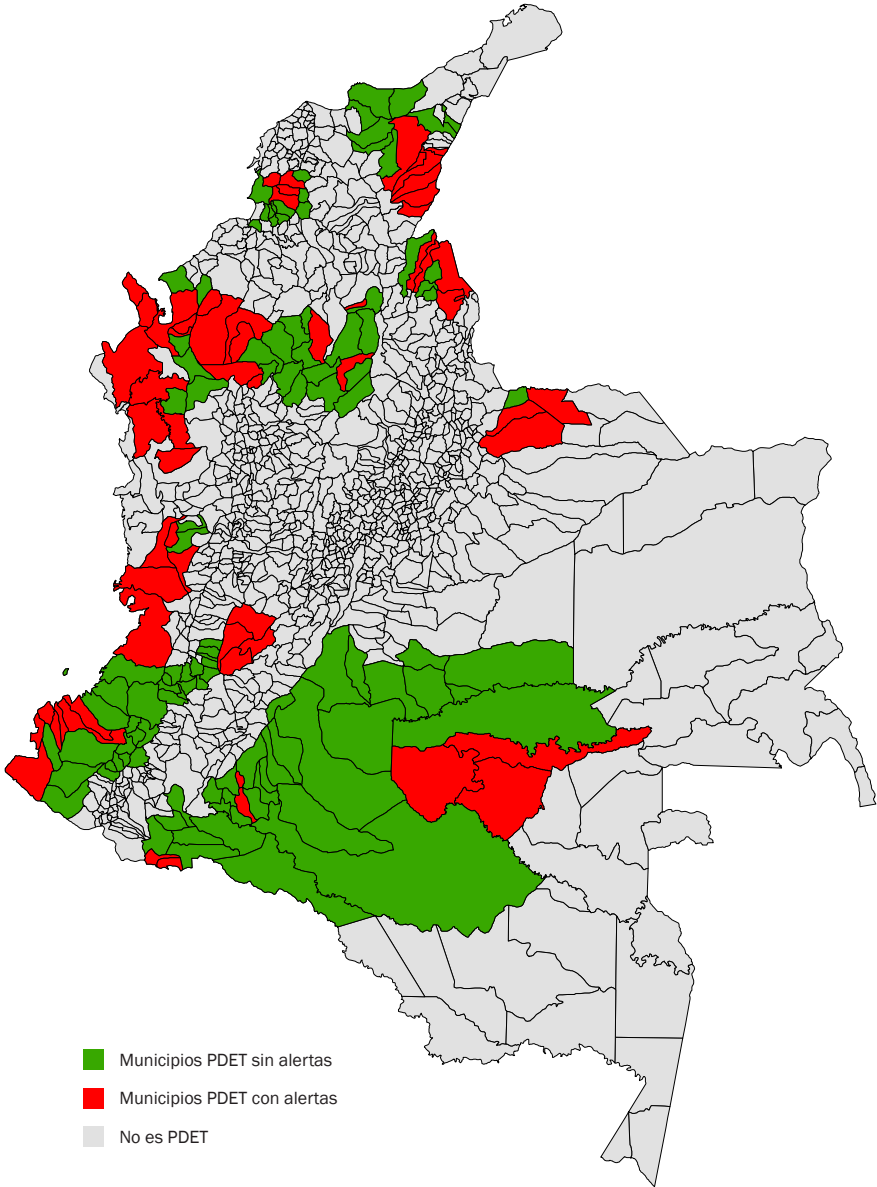
Porcentaje de municipios PDET por tasa de violencia sexual



FUENTE: Elaboración propia con base en datos del SPOA

⁷ En el anexo 2 se puede ver la lista de municipios con altas y muy altas tasas de violencia sexual, así como la presencia de alertas tempranas de la Defensoría del Pueblo en estos municipios.

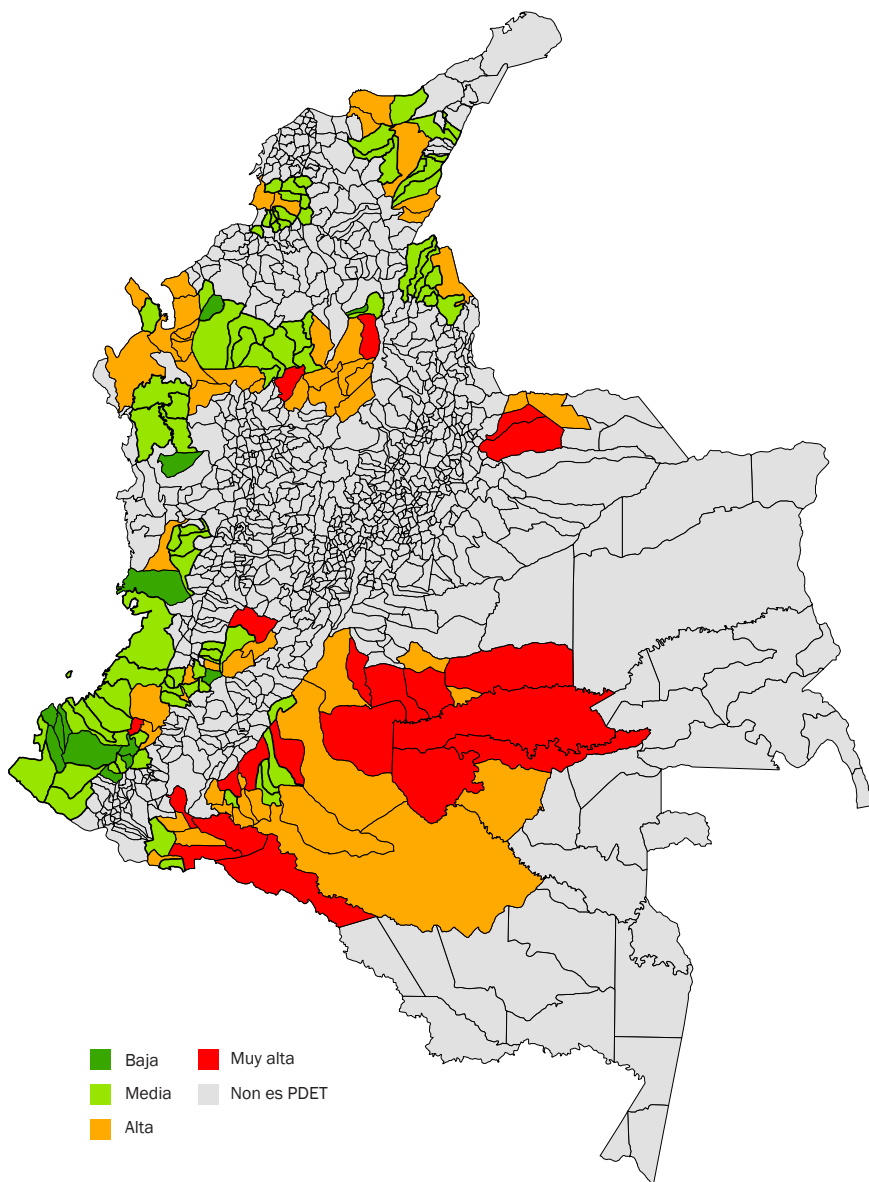
Mapa 2
Alertas tempranas de violencia sexual
en los municipios PDET, 2017



FUENTE: Elaboración propia con base en los datos suministrados por la Defensoría del Pueblo

Mapa 3

Tasas de violencia sexual en los municipios PDET, 2008-2017



FUENTE: Elaboración propia con base en los datos proporcionados por el SPOA

nordeste antioqueño, cuenca del Caguán y piedemonte caqueteño, Macarena-Guaviare, Putumayo, sur de Bolívar, sur del Tolima, Urabá antioqueño, Montes de María y Sierra Nevada de Perijá. Esto significa que el 62,5 % de las regiones PDET tuvieron altas tasas de violencia sexual durante 2008 y 2017.

En Arauca, Macarena-Guaviare y el sur del Tolima, la totalidad de los municipios pertenecientes a estas regiones se encuentran con índices alto y muy alto de violencia sexual. Además, en el caso del sur del Tolima, todos los municipios que componen esta región PDET presentan alerta temprana de la Defensoría. En Arauca, de los 4 municipios que componen esta zona PDET, 3 presentan alerta temprana de la Defensoría –es decir, el 75 % de los municipios–, y, en Macarena-Guaviare, de los 12 municipios pertenecientes a esta región 3 (25 %) presentan alerta temprana. Así, estas tres regiones no solo han mantenido tasas muy altas de violencia sexual durante diez años, sino que, adicionalmente, también se encuentran en alto riesgo de violencia sexual por parte de los actores armados que actualmente tienen presencia en la zona.

En el Putumayo, de los 9 municipios que componen esta región, 8 (89%, han mantenido tasas altas y muy altas de violencia sexual y 2 de ellos (22 %) tienen alerta temprana. De ellos, 3 municipios (37,5 %) tienen alerta temprana de la Defensoría. De los 17 municipios de la cuenca del Caguán y piedemonte caqueteño, 15 (88 %) tienen índices altos y muy altos de violencia sexual, y 2 (11,76 %) tienen alerta temprana. El Urabá antioqueño cuenta con 8 municipios, de los cuales en 7 (87,5 %) se encuentran en tasas altas y muy altas. En el Bajo Cauca y nordeste antioqueño, 10 de sus 13 municipios (77 %) mantienen tasas altas y muy altas, y en 3 de ellos (23 %) hay alerta de alto riesgo. En el sur de Bolívar, 5 de sus 7 municipios (71,4 %) tienen tasas altas y muy altas, y en 2 (28,5 %) hay alertas de la Defensoría. En Montes de María, 10 de sus 15 municipios (66,7 %) tienen índices alto y muy alto de violencia sexual y 4 de ellos (27 %) tienen alerta temprana. Finalmente, en la región de la Sierra Nevada de Perijá, 8 de sus 15 municipios (53,3 %) tienen tasas altas y muy altas de violencia sexual, y 7 (46,7 %) presentan alerta temprana de la Defensoría (tabla 1).

Por otra parte, en 2008, año en el que comienza nuestro periodo de estudio, hubo 19 municipios que no registraron casos de violencia sexual, 9 casos con índices de violencia sexual bajos, 85 casos con índice

Tabla 1
Índices de violencia sexual por región

Nombre de la región PDET	Total de municipios PDET	Municipios con tasas altas y muy altas de violencia sexual (2007-2015)	Municipios con alerta temprana de la Defensoría del Pueblo
Sur del Tolima	4	4	4
Arauca	4	4	3
Macarena-Guaviare	12	12	3
Urabá antioqueño	8	7	3
Putumayo	9	8	2
Cuenca del Caguán y piedemonte caqueteño	17	15	2
Sur de Bolívar	7	5	2
Bajo Cauca y nordeste antioqueño	13	10	3
Montes de María	15	10	4
Sierra Nevada de Perijá	15	8	7

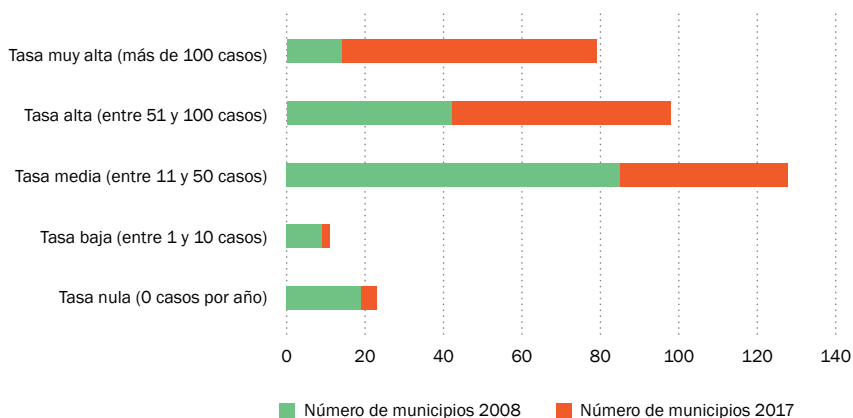
FUENTE: Elaboración propia con base en datos del SPOA y del Sistema de Alertas Tempranas de la Defensoría del Pueblo.

medio, 42 casos con tasa alta y 14 con tasa muy alta –de un caso no se tiene información–. Esto contrasta fuertemente con las cifras registradas en 2017: durante este año, 4 municipios no registraron casos de violencia sexual, 2 tuvieron un índice bajo, 42 una tasa media, 56 alta y 65 muy alta –de un caso no se tiene información–. Estas cifras muestran que los casos registrados por la FGN han aumentado desde 2008 hasta 2017. Este fenómeno puede tener tres explicaciones no necesariamente excluyentes entre sí: en primer lugar, es posible que los métodos de recolección de información de la FGN hayan mejorado y, por ello, la capacidad para identificar casos⁸. En segundo lugar, y vinculado con lo anterior, la ausencia de actores armados en algunos de los territorios estudiados pudo haber facilitado el proceso de recolección de datos. En tercer lugar, los casos de

⁸ Sabemos, por ejemplo, que el 25 de agosto de 2017 la Fiscalía presentó la Directiva 001, “por medio de la cual se establecen lineamientos generales sobre la persecución penal del delito de violencia intrafamiliar”. En medio de las conductas delictivas cubiertas por esta directiva se encuentra la violencia sexual.

violencia sexual se pudieron haber disparado en razón del contexto de posconflicto (figura 2).⁹

Figura 2
Comparación entre número de municipios por tasa de violencia sexual 2008 y 2017

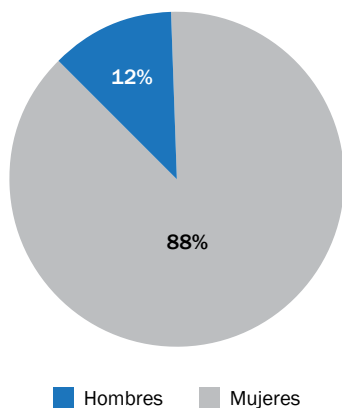


FUENTE: Elaboración propia con base en datos del SPOA

En relación con el comportamiento de la violencia sexual en términos de género, las cifras de Medicina Legal para el año 2015 registraron un total de 2.434 casos en los municipios PDET; de ellos, 2.135 (88 %) fueron perpetrados contra mujeres y 299 (12,3 %) contra hombres. De los 170 municipios que conforman los PDET, la violencia sexual contra hombres alcanzó tasas altas (entre 50 y 100 casos) y muy altas (más de 100 casos) en 6 municipios (3,52 %) –la tasa muy alta se encuentra en Corinto, municipio de la región del Alto Patía, y norte del Cauca–. Con respecto a los casos de violencia sexual que registran víctimas mujeres, en 46 municipios (27 %) alcanzan tasas muy altas y en 42 (25 %) tasas altas, lo que significa que en el 52 % de los municipios PDET las tasas de violencia sexual contra mujeres oscilaron entre 50 y más de 100 casos en el 2015. De la totalidad de casos identificados por Medicina Legal en 2015, 2.044, es decir el 84 % corresponde a víctimas menores de edad (figura 3).

⁹ El análisis de cómo los escenarios de posconflicto tienden a representar riesgo de aumento de violencia sexual se realizará en la segunda parte de este capítulo.

Figura 3
Porcentaje víctimas de violencia sexual en los municipios
PDET 2015, desagregado por sexo



FUENTE: Elaboración propia con base en datos de la revista Forensis de Medicina Legal, año 2015

Conclusiones

En conjunto, los datos proporcionados por el sistema de recolección de información de la FGN registran 36.881 casos de violencia sexual perpetrados entre 2008 y 2017 en las regiones PDET. Las cifras desagregadas por sexo proporcionadas por Medicina Legal muestran que, en el 2015, el 88 % de los casos de violencia sexual tienen como víctimas a las mujeres y el 12 % tienen como víctimas a hombres. De igual manera, el análisis de la distribución municipal de estos casos pone de presente el hecho de que, en aproximadamente el 52 % de los municipios PDET se presentaron más de 50 casos de violencia sexual contra mujeres en un año.

Finalmente, el 60,6 % de las regiones PDET han mantenido, desde 2008 hasta 2017, tasas altas y muy altas de violencia sexual y, en el 61 % de estos casos, las altas tasas coinciden con la presencia de alertas tempranas de la Defensoría del Pueblo que muestran el riesgo actual de la población civil de sufrir violencia sexual por parte de actores armados. El hecho de que las regiones PDET hayan mantenido comportamientos similares en materia de violencia sexual durante los últimos diez años evidencia cómo este delito ha permanecido de manera sistemática e incluso ha aumentado su registro en estas regiones en contextos de guerra, y en el actual escenario de posconflicto. Del mismo modo, nos preocupa de manera significativa la coincidencia de varias de estas regiones con las alertas tempranas de la Defensoría, pues esto no solo muestra que, ante la presencia de actores

armados en el territorio, las perversas tasas de violencia sexual pueden llegar a mantenerse e incluso a aumentar, sino que también pone de presente que el contexto de riesgo persiste.

Regiones PDET con mayor número de municipios con tasas altas y muy altas de violencia sexual desde el 2008 hasta el 2017:

1. Sur del Tolima
2. Arauca
3. Bajo Cauca y nordeste antioqueño
4. Cuenca del Caguán y piedemonte caqueteño
5. Macarena-Guaviare
6. Putumayo
7. Sur de Bolívar
8. Urabá antioqueño
9. Montes de María
10. Sierra Nevada de Perijá

¿Cómo interpretar las cifras?: retos en términos de atención a víctimas de violencia sexual en los municipios PDET

Los municipios PDET comparten, al menos, dos características fundamentales que los hacen vulnerables y propensos a generar contextos de impunidad y tolerancia frente a delitos como la violencia sexual. Por un lado, se trata de municipios en los que la presencia de actores armados ha sido una constante histórica, lo que ha supuesto, en muchos casos, la convivencia cotidiana de la población civil con órdenes de género armados que usan la violencia sexual como método de castigo y dominación.¹⁰ Por otro lado, los municipios PDET también se han caracterizado por su pobreza histórica y por la debilidad institucional para responder a las necesidades en derechos y servicios básicos para las poblaciones que allí habitan.

En este contexto, existen dos marcos explicativos que permiten contextualizar las cifras de violencia sexual en los municipios PDET: en

10 En *La guerra inscrita en el cuerpo*, el informe del Centro de Memoria Histórica sobre violencia sexual en el conflicto armado colombiano, se reconstruyen de manera cuidadosa las diferentes formas en que los actores de la guerra usaron la violencia sexual como parte de sus dinámicas de dominación y castigo. De igual manera, el informe hace énfasis en cómo la violencia sexual se convirtió en una práctica extendida, sistemática y cotidiana en aquellos territorios azotados por la guerra.

primer lugar, el marco explicativo del continuum de violencia sexual, el cual muestra cómo, a pesar de que la guerra impone unas lógicas de género particulares de órdenes armados, estas se intersectan constantemente con los órdenes de género cotidianos que generan impunidad y tolerancia a la violencia sexual. En segundo lugar, la literatura comparada que analiza el comportamiento de la violencia sexual en escenarios de posconflicto ha mostrado la tendencia a que estos casos aumenten una vez los actores armados se desmovilizan; este marco interpretativo es de utilidad para el caso colombiano, en la medida en que permite entender la dimensión de los desafíos que enfrenta el país actualmente en materia de prevención y atención a la violencia sexual.

El continuum de violencia sexual y de género

Elizabeth Wood, en su investigación sobre violencia sexual en los conflictos armados, afirma que usualmente se tiende a asumir que esta es una práctica inevitable de las guerras. Sin embargo, la investigación empírica muestra lo contrario: no en todas las guerras se practica violencia sexual y, en los lugares en los que la presencia de este delito es extendida y sistemática, sus modalidades y dimensiones varían de un contexto a otro. Frente a estos últimos casos, Wood afirma que “en algunos escenarios, la violencia sexual en el marco de un conflicto armado magnifica algunas prácticas culturales de violencia sexual previamente existentes; en otros, es durante el conflicto que se gestan patrones de la violencia sexual antes inexistentes” (2009, p. 4). En Colombia, por un lado, sabemos que la violencia sexual sí fue una práctica sistemáticamente usada por todos los actores del conflicto de diversas maneras como parte de sus lógicas de guerra y, por otro, también vemos en las cifras que las tasas de violencia sexual se han mantenido críticas en tiempos de guerra y de no guerra en los municipios PDET.

Como bien lo indica Wood, la literatura sobre violencia sexual, conflictos armados y periodos de posconflicto ha sugerido, para algunos contextos, la tesis del continuum de la violencia como marco explicativo para entender la persistencia de la violencia sexual en tiempos de no guerra y de guerra. Esta tesis indica que las dinámicas del conflicto son una continuidad de las violencias que cotidianamente se viven en las comunidades; en este sentido, tal y como lo afirma Jelke Boesten, el continuum de violencias parte del supuesto de que “el uso de la violencia sexual por parte de todos los actores armados puede entenderse como una magnificación de la existente institucionalizada y normalizada violencia contra las mujeres”

(2014, p. 4). Desde esta perspectiva, como lo señala una investigación de Dejusticia, “las modalidades de violencia ejercidas por los diferentes actores armados están insertas y siguen las lógicas presentes en los contextos cotidianos, con la diferencia fundamental de que, en el conflicto armado, la impunidad y el poder ejercido por los armados suponen la casi absoluta libertad de estos para ejercer la violencia de manera irrestricta” (Chaparro, Dalén, Guzmán y Martínez, 2015, p. 30).

Sin embargo, la literatura de violencia sexual en Colombia también ha criticado la tesis del continuum, porque mantener esta afirmación puede llegar a naturalizar la violencia sexual en ciertos escenarios, al no considerar sus cambios y las modalidades particulares que adquiere en los contextos de guerra. Así lo señalan Chaparro, Estefan y Céspedes cuando afirman que la violencia sexual en la guerra colombiana tiene unas lógicas que no se agotan en las dinámicas de la violencia cotidiana. Para estas autoras, en el caso colombiano, el conflicto armado ha significado la presencia de tres aspectos que no existen en la vida cotidiana y que hacen a la violencia sexual un delito de guerra: “1) el cambio de contextos; 2) la presencia de circunstancias anormales y 3) la posibilidad de que un hecho delictivo en contra de una mujer se enmarque en un propósito más amplio perseguido por el grupo armado que la simple violencia de género” (2014, p. 30).

En el marco de esta discusión sobre el continuum de la violencia sexual, el caso colombiano muestra que, por un lado, y en efecto, la guerra impuso unas lógicas de género particulares que no se reducen a las dinámicas de violencia de género de la cotidianidad. La instauración de órdenes de género armados para amedrentar poblaciones, el uso del cuerpo como una herramienta para disputar el territorio con el enemigo, y las diversas formas en que los actores armados marcaron los “cuerpos incómodos” o “no deseados”, son algunas de las modalidades identificadas por Memoria Histórica y por diversas organizaciones feministas y de mujeres como usos de la violencia sexual en la guerra. Sin embargo, por otro lado, las cifras presentadas en la sección anterior ponen de presente el hecho de que el comportamiento de la violencia sexual en los territorios más azotados por el conflicto armado se ha mantenido crítico en tiempos de conflicto y de no conflicto. Sisma Mujer, en su más reciente publicación, y a partir de los datos proporcionados por Medicina Legal, afirma que “los datos existentes dan cuenta de la continuidad de la violencia sexual. Esta continuidad [...] confirma que ni la negociación de paz ni la paz necesariamente han impactado la situación de violencia sexual relacionada con

el conflicto, porque la problemática es más compleja” (Corporación Sis-ma Mujer, 2017, p. 35). De ahí que sea posible afirmar que, en el caso colombiano, se puede hablar de la existencia de un continuum de violencia sexual pero, al mismo tiempo, del surgimiento de unas lógicas de violencias sexuales propias de la guerra y no reducibles a las cotidianas.

La existencia del continuum encuentra su nicho, principalmente, en la precaria capacidad institucional en los municipios de Colombia más azotados por la guerra, lo que fomenta un contexto de impunidad frente a este delito y desamparo para las víctimas. Con respecto a esto, el libro *Los territorios de la paz: la construcción del Estado local en Colombia*, muestra la dificultad para que la presencia del Estado se haga efectiva en los municipios del país, en especial, en aquellos históricamente azotados por el conflicto armado y dominados por los órdenes sociales y políticos instaurados por los actores armados. Esta investigación de Dejusticia analiza tres índices que permiten medir la capacidad institucional del Estado en dichas regiones: i) la provisión de justicia, ii) la capacidad tributaria y iii) la gestión administrativa. De acuerdo con estos índices, los municipios tienen una capacidad local crítica cuando se encuentran en categorías baja y muy baja en los tres índices, y tienen una capacidad local baja cuando dos de los índices se encuentran en categorías baja o muy baja (García Villegas *et al.*, 2016).

La conclusión principal del estudio es que 137 municipios en Colombia tienen una capacidad local crítica y 272 una capacidad local baja: “esto significa que el 36 % de los municipios del país tienen un Estado con capacidad institucional baja o crítica. Allí viven 13’257.566 personas y representan el 58 % del territorio nacional” (García Villegas *et al.*, 2016, p. 73). Así, en los municipios con capacidad baja y crítica, el Estado no cuenta con el monopolio de la fuerza, ni con la capacidad para cobrar los impuestos ni para brindar justicia; esto genera un contexto en el que los derechos de los y las ciudadanas no son garantizados.

Los territorios de la paz también pone en evidencia que “los municipios con un CLC (capacidad local crítica) o un CLB (capacidad local baja) sí han sido más afectados por el conflicto armado, pues han expulsado más desplazados” (García Villegas *et al.*, 2016, p. 78). Además, la presencia del conflicto armado en estos municipios coincide, en la mayoría de los casos, con la existencia extendida de cultivos ilícitos: “en los municipios con CLC o CLB la densidad de los cultivos de coca es el doble y el triple que en los que el Estado opera” (p. 78).

Esta precaria presencia institucional en los municipios de Colombia más afectados por el conflicto armado supone grandes dificultades para que las personas que allí habitan puedan acceder a la justicia y a servicios básicos como la salud. En el caso de las víctimas de violencia sexual, este contexto fomenta, no solo la impunidad, sino su inadecuada atención. Una investigación de Dejusticia sobre el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en zonas de conflicto armado afirma que

...la disponibilidad de servicios de salud reproductiva en el país es baja, en particular, en lo que concierne a aquellas instituciones de salud que ofrecen servicios de IVE. Según el estudio del Instituto Guttmacher, en 2008 solamente el 11 % del total de las IPS con la capacidad de ofrecer servicios de IVE los ofrecieron, y la mayoría de los servicios ofrecidos se proporcionó en las ciudades grandes (Chaparro *et al.*, 2015, p. 39).

En este sentido, no es descabellado pensar que los municipios PDET, cuya oferta institucional tiende a ser crítica y baja, y que, además, en general se encuentran ubicados principalmente en zonas rurales distantes de las grandes ciudades, tengan graves carencias en materia de atención en salud a las víctimas de violencia sexual. Este escenario da las condiciones para que el continuum de violencia sexual exista, pues la impunidad y la desatención a las víctimas y a la gravedad del fenómeno son elementos que generan disposiciones para que el delito siga ocurriendo de manera persistente.

Aumento de la violencia sexual en escenarios de posconflicto

De acuerdo con Jelke Boesten, en su análisis sobre violencia sexual en el posconflicto peruano,

...las violentas estructuras de inequidad de género son usualmente exacerbadas durante la guerra y, más importante aún, no son enfrentadas después de la guerra [...] La alta incidencia de la violencia sexual contra las mujeres puede ser parte de un espectro más amplio de posguerra, violencia cotidiana que incluye violencia al interior de la familia, violencia de pandillas y bandas criminales, corrupción policial y discriminación institucional (traducción propia) (Boesten, 2014, p. 9).¹¹

11 La tesis del incremento de la violencia sexual en el contexto de posconflicto también ha sido defendida para el caso de Mozambique (Sideris, 2003).

En este sentido, el hecho de que la violencia sexual se mantenga en periodos de guerra y de no guerra en algunos contextos suele responder a un cúmulo de factores que no se reducen a las lógicas del conflicto; la violencia de género estructural en las familias, junto con los impedimentos institucionales para acceder a la atención y la justicia, y la presencia de grupos armados posdesmovilización, son todos elementos que se conjugan para hacer del posconflicto un escenario propicio para la impunidad y la reproducción sistemática de los crímenes de violencia sexual.

En el país, la Encuesta de Prevalencia de Violencia Sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano 2010-2015, publicada en agosto de 2017, da cuenta de algunas de las modalidades de violencia sexual en el país y de las intersecciones entre un contexto armado y uno de violencia cotidiana. La Encuesta concluyó que la percepción generalizada de las mujeres es que la violencia sexual en el espacio público se incrementa con la presencia de actores armados. Por su parte, la violencia en el espacio privado, perpetrada por familiares, es una constante y “la proporción de mujeres víctimas de los tipos de violencia sexual relacionados con la regulación de la vida social, el servicio doméstico forzado, el embarazo forzado, el aborto forzado, la prostitución forzada y la violación es mayor para quienes el agresor fue un familiar” (Encuesta de Prevalencia de Violencia Sexual 2010-2015, 2017, p. 19). Esto pone en evidencia el hecho de que la violencia sexual en escenarios de conflicto y posconflicto se practica de acuerdo con unas lógicas que involucran tanto a actores armados como a actores cercanos a las víctimas, como sus familiares. De ahí la persistencia de este delito en escenarios de no guerra: en medio de un contexto de precariedad institucional que fomenta la impunidad y la desatención, y en el que la violencia sexual se ha normalizado en la vida cotidiana y familiar, el posconflicto no garantiza por sí mismo la reducción de las tasas de violencia sexual.

De hecho, el análisis de los casos comparados de países que han pasado por escenarios de posconflicto y en los que, durante el conflicto, la violencia sexual se convirtió en un delito extendido y sistemático de guerra, muestra cómo la violencia sexual se incrementó una vez los armados se desmovilizaron e ingresaron a la vida civil. Esto ha encontrado varias explicaciones: según Boesten, los traumas psicosociales derivados de la dura experiencia de haber pasado por una guerra no se suelen tramitar ni tener en cuenta como parte de la política pública del posconflicto. El resultado es que “el incremento de la violencia en las familias del posconflicto

es la consecuencia del trauma mutuo y, en algunos casos, del alcoholismo que puede resultar de dichas experiencias” (traducción propia) (Boesten, 2014, p. 126). En esta misma vía, tal y como lo ha descrito Kimberly Theidon para el caso colombiano, los hombres y las mujeres que han convivido cotidianamente con la guerra han llegado a naturalizar órdenes de género profundamente militaristas en los que la autoridad y la hombría se demuestran a través del ejercicio de poder desmedido y de las armas. Esas son las masculinidades apreciadas, legitimadas y demandadas por las comunidades en tiempos de guerra, y desmilitarizarlas para que se adecuen a contextos de paz e igualdad es un reto profundamente difícil (Theidon, 2007, 2009). A esto se suma el hecho de que las familias del posconflicto deben enfrentarse, en muchos casos, al cuidado de niños y niñas producto de violaciones sexuales que se dieron en el marco de la guerra, lo cual genera profundos conflictos y violencias al interior de familias estructuradas desde arreglos de género usualmente patriarcales y violentos (Boesten, 2014).

Sin embargo, Boesten también señala que, si bien es un hecho que los traumas derivados de las experiencias de la guerra pueden detonar las violencias al interior de las familias y en la cotidianidad de los territorios del posconflicto, también es cierto que muchas de estas violencias ya existían antes de la guerra, tal y como lo pone de presente la tesis del continuum de violencia sexual. Por esta razón, el escenario posconflicto supone una complejidad que conjuga las violencias cotidianas, las violencias de la guerra y de sus traumas posteriores, y la precaria presencia institucional, para generar un panorama de impunidad y desatención propicio para el incremento de la violencia sexual.

Conclusiones

Los municipios PDET, en el periodo de posconflicto que atraviesa actualmente Colombia, plantean, al menos, tres grandes retos en lo que se refiere a la atención y prevención de la violencia sexual. En primer lugar, como se pudo advertir por las cifras presentadas en la primera parte de este capítulo, varios de los municipios con tasas altas y muy altas de violencia sexual presentan alertas tempranas por parte de actores armados. Esto significa que las comunidades que habitan los territorios priorizados para la implementación del acuerdo de paz están conviviendo actualmente con el accionar de los grupos armados posdesmovilización, lo que claramente incrementa el riesgo de violencia e impide la puesta en marcha de mecanismos efectivos para la atención de las víctimas.

En segundo lugar, la precariedad institucional que históricamente ha caracterizado a los municipios PDET genera condiciones para que el continuum de violencia sexual siga reproduciéndose, pues, en el estado de cosas actual, la institucionalidad no parece estar preparada para asumir los posibles incrementos de la violencia sexual en el posconflicto, ni para articular políticas públicas que tiendan a la prevención de la ocurrencia de este delito.

En esta misma dirección, y en tercer lugar, el posconflicto en los municipios PDET supone pensar en políticas y medidas que estén encaminadas a responder a las necesidades psicosociales de las personas que han pasado por la guerra. Esto implicaría un entendimiento profundo de las características y complejidades de los órdenes de género que se promovieron durante el conflicto y que calaron en las subjetividades y en la organización social de las comunidades. Para ello, es fundamental que los datos sobre los casos de violencia sexual sean cada vez más exactos y puedan dar cuenta del perfil tanto de víctimas como de victimarios. Aunque Medicina Legal y la Fiscalía han hecho esfuerzos en este sentido al desagregar sus bases de datos por sexo y edad, aún no tenemos conocimiento de otras muchas interseccionalidades de las víctimas, tales como su orientación sexual, su identidad de género, su raza o pertenencia étnica, así como si tenían alguna discapacidad o no. Esta información sería el primer paso para poder construir una política pública que realmente responda, prevenga y dé cuenta de los retos en materia de violencia sexual de este periodo de implementación del acuerdo de paz en los territorios más azotados por el conflicto y más olvidados por las instituciones.

APLICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ATENCIÓN EN SALUD EN CASOS DE IVE POR VIOLENCIA SEXUAL EN ZONAS PDET

Como mecanismo para garantizar la atención integral en salud a las víctimas de violencia sexual, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el 6 de marzo de 2012 la Resolución 0459, por medio de la cual “se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”, el cual va dirigido a las instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales y equipos interdisciplinarios.¹² El Protocolo

12 Esta expedición se realizó con fundamento en: el artículo 2, numeral 20 del Decreto 4107 de 2011 en el que se consagran las funciones del Minis-

se desarrolla a través de 15 grandes pasos que van desde la preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual, hasta el adecuado cierre del caso.¹³

El objetivo de este capítulo es presentar un primer balance sobre la aplicación del acápite número 8 de dicho Protocolo, referente a la anticoncepción de emergencia y el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, en aquellas zonas que han sido priorizadas por el Acuerdo Final para el desarrollo de los proyectos de desarrollo con enfoque territorial (PDET). Para lograr tal propósito, primero haremos una breve referencia a la importancia de la Resolución 0459 y, segundo, abordaremos cada uno de los aspectos desarrollados en el punto 8 del Protocolo, contrastando el estándar vigente en la materia con las prácticas y condiciones materiales con que se cuenta en las zonas PDET, a partir de la información suministrada por las instituciones prestadoras de salud que respondieron a las solicitudes de información.

terio de Salud y Protección Social; el artículo 10 de la Ley 1146 de 2007, que se refiere a la obligación de crear un protocolo de diagnóstico y atención a niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual; los artículos 8 y 13 de la Ley 1257 de 2008, dentro de los que se establecen los derechos de las mujeres víctimas de violencia, y la obligación del Ministerio de elaborar y actualizar los protocolos y las guías de actuación en salud ante casos de violencias contra las mujeres; y el artículo 5 del Decreto 4796 de 2011 a través del cual el Ministerio se compromete a adoptar el Protocolo de Atención integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual.

- 13** Los quince pasos de acuerdo con el protocolo son: “1. La preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual. 2. La verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud. 3. La recepción inmediata a la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas. 4. La valoración clínica inicial de la víctima. 5. La toma de las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial. 6. La profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud. 7. La profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud. 8. La anticoncepción de emergencia y el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. 9. La intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta. 10. Los seguimientos clínicos requeridos. 11. La derivación hacia otros profesionales de la salud para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual. 12. La derivación hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual. 13. Los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan. 14. Los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud. 15. El adecuado cierre de caso”.

Importancia de la Resolución 0459 de 2012

Como consecuencia de la magnitud de la violencia sexual en Colombia se ha configurado un marco jurídico interno robusto¹⁴ en materia de atención, prevención, investigación, juzgamiento, reparación y protección en favor de las víctimas de este tipo de crímenes que, de acuerdo con las circunstancias en que se presenten, pueden llegar a configurarse como crímenes de guerra o como crímenes de lesa humanidad. Uno de los aspectos que ha sido regulado por este marco jurídico es el relacionado con el derecho a la salud de las víctimas de violencia sexual. Así, por ejemplo, la Corte Constitucional, al estudiar la obligatoriedad de la aplicación del Protocolo y Modelo de Atención en Salud, a partir del análisis de constitucionalidad del artículo 23 de la Ley 1719 de 2014, precisó cuál es el mínimo constitucional que debe ser garantizado a las víctimas de violencia sexual de manera inmediata por parte del Estado:

...Este derecho [salud] comprende el acceso a la atención de forma inmediata, integral, especializada, con enfoque diferencial, de forma gratuita y durante el tiempo necesario para superar las afectaciones físicas y psicológicas derivadas de las agresiones, que incluye valoración médica, tratamientos, procedimientos quirúrgicos o medicación que garanticen los derechos sexuales y reproductivos, tales como el acceso a la anticoncepción de emergencia y a la interrupción voluntaria del embarazo, la atención psicosocial en condiciones de dignidad y respeto.¹⁵

La adopción del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud hace parte del desarrollo de la dimensión positiva de las obligaciones que tiene el Estado para garantizar el derecho a la salud de las víctimas de violencia sexual y de materializar el deber de debida diligencia. En este escenario, el Protocolo es una herramienta para satisfacer ese mínimo constitucional, lo cual se logra, de una parte, facilitando la colaboración interinstitucional y, de otra parte, estandarizando las prácticas de atención en salud, de acuerdo con los estándares fijados en la materia, los cuales se

14 Dentro del marco jurídico que protege a las víctimas de violencia sexual se encuentran los siguientes instrumentos normativos: Ley 2360 de 1997, Ley 975 de 2005, Ley 1257 de 2008, Decreto 1290 de 2008; Ley 1448 de 2011; Decreto 4796 de 2011, Decreto 4799 de 2011; Ley 1592 de 2012; Ley 1719 de 2014. Autos 092 de 2008, 036 de 2009, 028 de 2013 y 009 de 2015 de la Corte Constitucional.

15 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-754 de 2015, M. P. Gloria Stella Ortiz.

encuentran en diversos instrumentos normativos, que van desde leyes de la República, subreglas jurisprudenciales que ha fijado la Corte Constitucional en sentencias de constitucionalidad y de tutela, hasta deberes establecidos en instrumentos internacionales de derechos humanos. Adicionalmente, al estandarizar la atención en salud se reducen las posibilidades de que operen prejuicios, especialmente aquellos que surgen en razón del género, contra las principales víctimas de este tipo de violencias, que son las mujeres y las niñas.

Con respecto a este último punto, la Corte Constitucional ha llamado la atención sobre los impactos de los estereotipos de género sobre la salud física y mental de las víctimas, los cuales afectan la confianza, el principio de buena fe, la confidencialidad médica y pueden dar lugar a procesos de revictimización. Dentro de los principales prejuicios de género asociados a los servicios de salud están: i) la concepción de que las mujeres normalmente exageran y mienten en las declaraciones y se debe buscar la forma de hacerlas quedar en evidencia, y ii) la idea de que las víctimas se quieren aprovechar del Estado y pretenden beneficios personales.¹⁶

Partiendo entonces de la importancia de la aplicación del Protocolo, a continuación se presentan las respuestas que las IPS localizadas en las zonas PDET dieron sobre su aplicación en relación con el punto 8 del Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual.

Balance de la aplicación del punto 8 del Protocolo: anticoncepción de emergencia y acceso a interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

Como se explicó en la introducción, el desarrollo de este apartado tiene como base fundamental las respuestas que brindaron 30 IPS a los derechos de petición enviados por Dejusticia para conocer cómo se viene aplicando la Resolución 459 de 2012.

Frente a la caracterización de las 30 IPS es necesario tener presente que 23 son de primer nivel, 3 se encuentran dentro del tercer nivel de atención y 4 de ellas son de segundo nivel. De acuerdo con la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud “Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de

16 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-754 de 2015, M. P. Gloria Stella Ortiz (este listado no es exhaustivo).

Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, estos niveles de atención en salud distinguen el nivel de complejidad de atención que pueden ofrecer de acuerdo con la actividad, el procedimiento y la intervención, así como el personal idóneo para su ejecución. De esta manera, el nivel I debe garantizar la presencia de médico general o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud. El nivel II debe garantizar médico general con interconsulta, remisión o asesoría de personal o recursos especializados. Los niveles III y IV deben garantizar especialista con la participación del médico general. Así, entonces, la atención de los procedimientos contemplados en el plan obligatorio de salud cambia de acuerdo con el nivel de complejidad.

En relación con su ubicación, las 30 IPS están en 29 municipios del país, 9 de ellas se encuentran localizadas en la zona PDET del Alto Patía, norte del Cauca; 5 en la zona PDET Sierra Nevada de Perijá; 4 se encuentran en la zona PDET Bajo Cauca y nordeste antioqueño; 3 están en la zona PDET cuenca del Caguán y piedemonte caquetense; 2 se encuentran en la zona PDET Montes de María; 2 más en la zona PDET Sur de Bolívar. Las otras 6 IPS analizadas se encuentran ubicadas en las zonas PDET de Arauca, Urabá antioqueño, Pacífico medio, Catatumbo, sur de Tolima y Putumayo.

Antes de iniciar el estudio sobre la aplicación del Protocolo de Atención en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual, es importante poner de presente que 27 de las 30 IPS respondieron a la pregunta sobre los casos de violencia sexual atendidos durante el periodo 2012-2017. Las IPS manifestaron haber atendido un total de 3.019 casos de violencia sexual, de los cuales 7 se registran como ocurridos en el marco del conflicto armado.

Las IPS que registraron un mayor número de casos de atención a víctimas de violencia sexual fueron aquellas ubicadas en los municipios de Valledupar (509 casos), La Jagua de Ibirico (482 casos), Caucasia (260 casos), Mocoa (258 casos) y Santa Marta (217 casos).

Siguiendo los datos proporcionados en la primera parte de este documento, de los municipios anteriores, Valledupar y la Jagua de Ibirico se encuentran en tasas altas de violencia sexual y ambos presentan alerta temprana de la Defensoría del Pueblo. Santa Marta también mantuvo un comportamiento alto de violencia sexual durante 2008 y 2017. Con respecto a Caucasia y Mocoa, ambos son municipios que forman parte de las regiones PDET que identificamos con tasas más altas de violencia sexual durante los diez últimos años y, en el caso de Mocoa, su índice de este delito se ha mantenido muy alto.

El primer aspecto por el que indagamos a través de los derechos de petición enviados a las IPS de los municipios PDET está relacionado con el cumplimiento del punto 8 del Protocolo de Atención en Salud y tiene que ver, específicamente, con el suministro a las víctimas de violencia sexual de la anticoncepción de emergencia cuando el hecho violento se ha presentado dentro de las anteriores 72 horas a la atención en salud. El Protocolo plantea lo siguiente:

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (durante las primeras 72 horas)

De manera rutinaria debe ser prescrita la anticoncepción de emergencia de tipo hormonal en todo caso de violencia sexual que involucre riesgo potencial de embarazo y que se consulte durante las primeras 72 horas luego de la agresión sexual. La anticoncepción de emergencia no se debe supeditar a los resultados de ningún examen paraclínico.

Resolución 459 de 2012

La anticoncepción de emergencia se realiza a través del suministro de Levonorgestrel o del método combinado, también denominado Yuzpe, que consiste en una combinación de Levonorgestrel y Etinilestradiol. En ambos casos, dichos medicamentos deben ser suministrados dentro de las 72 horas después del acceso carnal sin protección.

En la Sentencia T-627 de 2012, la Corte Constitucional resolvió una tutela interpuesta por Mónica Roa y 1.279 mujeres más contra miembros de la Procuraduría General de la Nación. Las demandantes consideraron violados sus derechos sexuales y reproductivos, entre otras razones, por declaraciones hechas por miembros de la Procuraduría dirigidas a señalar los anticonceptivos orales de emergencia como abortivos. En dicha sentencia la Corte tuteló los derechos de las accionantes manifestando que:

La anticoncepción oral de emergencia (i) no tiene carácter abortivo sino anticonceptivo, (ii) su uso no está restringido a las hipótesis despenalizadas de aborto, (iii) las mujeres que hacen uso de ella fuera de las causales despenalizadas de aborto no incurrir, en ningún caso, en el delito de aborto y (iv) hace parte de los servicios de salud reproductiva que las mujeres colombianas pueden libremente elegir.¹⁷

17 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-627 de 2012, M. P. Humberto Sierra Porto.

Al preguntar por el suministro de la anticoncepción de emergencia, la mayoría de IPS manifestaron contar con la disponibilidad de los medicamentos necesarios para suministrar a las mujeres que así lo necesitaran (tres IPS no respondieron esta pregunta).

De los casos reportados por las IPS, en 2 de estas no se suministró la anticoncepción de emergencia, y en 10 casos no se suministró ni a un 20 % de los casos atendidos, incumpliendo con lo estipulado por el Protocolo. Los casos más preocupantes se presentaron en las IPS ubicadas en los municipios que de Arauca, Caucasia, Valledupar, La Paz, Dabeiba, Ricaurte, Mocoa, Timbiquí y Miranda. En la tabla 2 se señala la respuesta dada por las diferentes IPS haciendo referencia al municipio en el que se encuentra ubicada, señalando el número de casos atendidos relacionados con violencia sexual, seguida del número de casos atendidos que se presentaron contra mujeres, y finalmente en cuántos casos se suministró la anticoncepción de emergencia dentro de las 72 horas siguientes a la ocurrencia de los hechos.

Las respuestas de las IPS ubicadas en Caucasia y en Valledupar son especialmente preocupantes si se tiene en cuenta que ambas están catalogadas en el tercer nivel de atención. Por último, es importante resaltar como positivo el caso de la IPS ubicada en la Jagua de Ibirico en el Cesar, la cual manifestó haber suministrado el medicamento anticonceptivo en el 100 % de los casos atendidos.

El segundo aspecto por estudiar es el relacionado con la anticoncepción que debe ser suministrada a las víctimas de violencia sexual entre las 72 y las 120 horas después de la agresión.

ANTICONCEPCIÓN (entre las 72 y las 120 horas)

Cuando la consulta se realiza después de 72 y antes de 120 horas de una agresión sexual que involucra riesgo de embarazo, puede efectuarse anticoncepción de emergencia con DIU, siempre que se cumpla con los criterios clínicos para que la paciente pueda usar este tipo de dispositivo.

Resolución 459 de 2012

El DIU es un dispositivo intrauterino impregnado con Levonorgestrel, con liberación de 20 mg/día. Este dispositivo funciona como método anticonceptivo que puede ser usado como método de emergencia hasta el quinto día después de la relación sexual de riesgo.

Tabla 2
Reporte de suministro de anticoncepción
de emergencia por parte de IPS

Municipio	Casos de violencia sexual atendidos	Casos presentados contra mujeres	Casos en los que se suministró anticoncepción de emergencia
Silvia	5	No registra número	Sí se suministró (no registra número)
Florencia	96	86	19
Anorí	44	39	10
Mutatá	54	50	Sí se suministró (no registra número)
Arauca	287	No registra número	39
Norte del Cauca	98	No registra número	Sí se suministró (no registra número)
Colosó	47	No registra número	36
Caucasia	260	232	3
Valledupar	509	No registra número	94
La Jagua de Ibirico	482	No registra número	Todos
La Paz	23	18	2
Dabeiba	32	No registra número	1
El Carmen y Abrego	Sí	No registra número	Sí se suministró (no registra número)
Ricaurte	38	No registra número	3
Chaparral	85	No registra número	36
Santander de Quilichao	98	No registra número	Sí se suministró (no registra número)
Mocoa	258	No registra número	10
Algeciras	26	23	19
Amalfi	8	5	0
Buenos Aires	64	No registra número	55
Timbiquí	9	No registra número	1
López de Micay	8	8	8
San Calixto	3	3	2
Santa Rosa del Sur	59	No registra número	0
Santa Marta	217	No registra número	Sí se suministró (no registra número)
Miranda	195	168	16
Balboa	8	7	2

FUENTE: Elaboración propia con base en los datos suministrados por las IPS

Al preguntar por el uso de este método anticonceptivo en casos de violencia sexual la respuesta de las IPS fue muy baja. Solo dos de las 30 IPS manifestaron haber hecho uso del DIU como método anticonceptivo. En el municipio de Anorí (Antioquia) se realizó este procedimiento en dos casos y en el municipio de Buenos Aires (Cauca) se llevó a cabo en cuatro casos. En ambos municipios se utilizó el dispositivo DIU en IPS de primer nivel.

En aquellos eventos en donde el embarazo no ha podido evitarse en casos de violencia sexual, es un derecho de las mujeres poder acudir a la interrupción voluntaria del embarazo. Al respecto, el Protocolo señala los componentes para una atención adecuada de la IVE en casos de violencia sexual, los cuales van desde el primer contacto de la víctima con la IPS hasta el seguimiento al procedimiento efectuado.

RECEPCIÓN

El tiempo de espera debe ser breve incluso sin cita previa. Ausencia de interrogatorios más allá de la toma de datos establecidos para la identificación de la persona. Respeto a la intimidad de la consultante. No es necesario pedir a la víctima que relate lo que sucedió.

Resolución 459 de 2012

Sobre la brevedad de la consulta incluso sin cita previa es importante recordar que de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014, la atención en salud en este tipo de casos se brindará como una urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta, y de la existencia de denuncia penal.

En las solicitudes de información dirigidas a las IPS se quiso conocer si las entidades contaban con personal en recepción capacitado para proteger la privacidad de las víctimas, para que sean especialmente cuidadosos/as en no pedirles de ninguna manera que relaten lo que les sucedió. Frente a este punto se encontró que 26 de las 30 IPS consultadas cuentan con personal en recepción capacitado en la manera como se solicita información en casos de violencia sexual, mientras que 4 IPS no suministraron información respecto a esta pregunta. Sobre este aspecto, es necesario contar a futuro con procesos de observación que permitan corroborar los resultados de la capacitación expresados por las IPS en sus respuestas.

INFORMACIÓN INICIAL

Un profesional debe brindar a la mujer información sobre el procedimiento en condiciones de confidencialidad, con una actitud cálida, escucha activa, tiempo suficiente para atender sin prisa, transmisión de confianza y plena aceptación, transmisión de certeza de que la paciente será atendida en sus necesidades en esa u otra institución, explicando los pasos que se deben seguir.

Resolución 459 de 2012

Sobre la información mínima que la mujer debe recibir en relación con la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con el Protocolo para el Sector Salud del Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra lo siguiente:

...las opciones de tratamiento, incluyendo las características, riesgos y ventajas asociadas a cada una de ellas; lo que sucederá y lo que sentirá durante el tratamiento quirúrgico o con medicamentos y el tiempo que tomará cada uno; lo que puede esperar después del procedimiento, retorno de la fertilidad, reinicio de la actividad normal (incluyendo relaciones sexuales), cuidados que debe tener posteriormente, anticoncepción y demás actividades de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva; y el marco legal que la protege y le garantiza el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y la necesidad del consentimiento informado (Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

Sobre este punto indagamos concretamente por tres aspectos que están íntimamente relacionados con el objetivo de brindar información a las pacientes en un ambiente de confidencialidad y con actitud cálida: primero, por la manera como las IPS protegen la intimidad de las víctimas; segundo, por la existencia de espacios físicos adecuados que permitan garantizar la confidencialidad de la conversación entre el personal de salud y las víctimas; y tercero, por la existencia de personal capacitado sobre IVE, derechos de las pacientes en este tipo de casos y perspectiva de género.

Frente a la protección de la información suministrada por las víctimas, especialmente frente a la realización o no del procedimiento de la IVE en los casos de violencia sexual, de las 30 IPS, 23 afirmaron proteger la confidencialidad a partir del tratamiento de dicha información como información reservada. Adicionalmente, dos IPS sostuvieron que

la confidencialidad se garantizaba a través del secreto profesional del personal médico que atiende este tipo de casos. Las cinco IPS faltantes no suministraron información sobre cómo se garantizaba la confidencialidad a las víctimas de violencia sexual.

Pese a las anteriores respuestas en las que las IPS afirmaron que la información sobre el acceso o no a la IVE es de carácter reservado (3 IPS), las ubicadas en La Paz (Cesar), en Florencia (Caquetá) y en Balboa (Cauca) entregaron a Dejusticia el nombre e identificación de las víctimas de violencia sexual, sin que tal información fuera solicitada. Esta situación claramente resulta violatoria del derecho a la intimidad y desconoce el carácter reservado de la historia clínica, al extraer datos fundamentales de la misma. Incluso, dos IPS señalaron de ese listado a cuáles de ellas se les había suministrado la anticoncepción de emergencia. Frente a esto, es importante recordar que la historia clínica es un documento de carácter privado sometido a reserva y, por lo tanto, solo puede ser conocida por el médico y su paciente. En consecuencia, solo con la autorización de la paciente puede revelarse a un tercero el contenido de la misma, incluso tratándose de un familiar cercano.¹⁸

En relación con el segundo aspecto, sobre la existencia de espacios físicos que garanticen el carácter privado que debe caracterizar la entrega de información a las víctimas sobre la posibilidad de acceder al procedimiento de IVE, la ESE ubicada en La Paz (Cesar) manifestó no contar con espacios propicios para suministrar este tipo de información. Este aspecto es especialmente preocupante si se tiene en cuenta que esta IPS manifestó haber atendido entre 2013 y 2017, 23 víctimas de violencia sexual, 14 de las cuales fueron mujeres en edad reproductiva.

Finalmente, al indagar por la capacitación o no del personal de salud que interviene en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual sobre IVE, derechos de las pacientes en este tipo de casos y perspectiva de género, se encontró que 28 de las 30 IPS han abierto o solicitado espacios de formación en esta temática. Dentro de estas 28 IPS, 19 han recibido una sola capacitación y 11 han recibido más de una. En cuanto al tiempo empleado para realizar estos espacios de formación se encontró que en 13 IPS duró más de un día, en 4 IPS la capacitación duró un día, y en 10 IPS duró menos de un día. Estas capacitaciones fueron dirigidas

18 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-408 de 2014, M. P. Jorge Iván Palacio.

mayoritariamente (en 19 casos) por el sector público a través de las secretarías municipales o departamentales de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social; de manera residual, la capacitación se brindó por parte de universidades o fundaciones especializadas en derechos sexuales y reproductivos, o de manera mixta.

Las dos IPS que manifestaron no haber recibido capacitación sobre estos temas fueron las ESE ubicadas en Santa Rosa del Sur y en Balboa (Cauca), entidades de primer y segundo nivel de atención, respectivamente.

Considerando la importancia del tema, el alto riesgo de violencia sexual que presentan estos territorios, y las barreras frente a la IVE que existen especialmente por aspectos socioculturales, resulta urgente poder reforzar los espacios de capacitación con el personal de salud, de tal forma que se realicen de manera permanente, en especial si se tiene en cuenta la dificultad que entraña modificar patrones culturales que pueden estar ligados a prejuicios en razón del género en el personal de salud. Estos prejuicios deben combatirse para que realmente pueda brindarse información sobre la IVE de manera clara, cálida y confidencial.

CONSULTA MÉDICA

- Requiere una duración mucho mayor que otras consultas médicas.
- Explicar desde el inicio el tipo de examen que se realizará así como el uso del espéculo o del examen bimanual. Tal examen está orientado primordialmente a establecer la edad gestacional para recomendar la técnica más apropiada, detectar la presencia de posibles infecciones genitales que deben ser tratadas antes del procedimiento para evitar complicaciones (sin embargo, es prioritaria la IVE, por lo cual este tipo de tratamiento no debe convertirse en un obstáculo de acceso), o establecer si debe ser derivada a otro tipo de prestador de servicios de salud. Si la víctima no desea un examen ginecológico no debe ser obligada pues este no es un prerrequisito para acceder a una IVE, se puede recurrir a la ecografía para establecer la edad gestacional. Por otra parte, este tipo de negativa puede indicar que se ha de requerir sedación durante el procedimiento.
- Solicitar de rutina los siguientes exámenes: serología, títulos para VIH, anticuerpos para herpes tipo II, frotis vaginal, solo si es necesario. Al finalizar la consulta se debe explicar el procedimiento y los pasos que se deben seguir.

Resolución 459 de 2012

Respecto del tiempo de duración de las citas médicas es importante recordar que de acuerdo con el artículo 97 de la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud y de Protección Social, las citas médicas no pueden tener una duración menor a 20 minutos. Este entonces es el parámetro para interpretar la disposición contenida en el Protocolo que establece que las citas médicas en casos de violencia sexual requieren una duración mucho mayor.

Al indagar por el tiempo de duración de las citas médicas en general dentro de las IPS se encontró que cuatro, ubicadas en los municipios de Arauca, Caucasia, La Paz y Ricaurte tienen como tiempo promedio de una cita médica general menos de 15 minutos. Las 26 IPS restantes manifestaron que el tiempo promedio de las citas es entre 15 y 20 minutos.

Ahora bien, al momento de preguntar por el tiempo promedio de las citas en casos de violencia sexual, las cuales deben durar un tiempo considerablemente mayor a los 20 minutos, una IPS no contestó, 26 IPS manifestaron emplear más de 20 minutos, sin especificar el tiempo preciso, con lo cual no es posible establecer si se cumple o no con el estándar fijado, y 3 IPS manifestaron que en promedio las citas duran entre 15 y 20 minutos (IPS ubicadas en Florencia, Mutatá y Arauca). Estos promedios de duración de las citas médicas están incumpliendo lo establecido por la resolución, lo cual es especialmente grave si se considera, por ejemplo, la dimensión de la violencia sexual en el departamento de Arauca, tal y como se estableció en el primer capítulo de este documento.

Respecto del uso de ecografía para determinar la edad gestacional del feto se encontró que solo 10 de las IPS consultadas dijeron contar con el equipo y el personal capacitado para realizar este tipo de exámenes, mientras que 20 de las 30 IPS no cuentan con lo requerido para realizar dichos exámenes. Una de las razones que imposibilita la realización de exámenes de ecografía se encuentra en la pertenencia al primer nivel de complejidad de atención. Sin embargo, dichas IPS manifestaron que en el caso en que se requiere este tipo de examen se remite a la paciente a una entidad que tenga un mayor nivel de complejidad. Esta situación es bastante compleja si se tiene en cuenta que en casos como el de Arauca, en donde no hay ni primer ni segundo nivel de atención, la remisión más cercana implica viajar a Cúcuta o Bucaramanga.

El tema de la realización de exámenes clínicos ha sido desarrollado con amplitud para todas las víctimas de violencia sexual en el punto 4 del Protocolo, y es un aspecto que tiene un fundamento normativo robusto,

dentro del que se cuentan normas como la Ley 360 de 1997 y la Ley 1146 de 2007. Pese a ello, es importante manifestar que en todas las IPS que respondieron a la solicitud de información se ordenó la realización de exámenes de prueba de tamizaje para VIH. Análogamente, se observó que 29 de las IPS cuentan con laboratorios, y que el tiempo de realización de los exámenes que se ordenan en aquellos casos de violencia sexual es de menos de 5 horas. Finalmente, la IPS que afirmó no tener laboratorio para la realización de exámenes es indígena y pertenece al primer nivel de complejidad.

ORIENTACIÓN POR PROFESIONALES DE SALUD MENTAL O CIENCIAS SOCIALES

- Debe ser realizada por profesionales de trabajo social, psicología, psiquiatría y otros profesionales de la salud y las ciencias sociales, debidamente entrenados en el manejo de violencias sexuales y con experticia tanto en temas de salud sexual y reproductiva, como de derechos sexuales y reproductivos.
- En caso de niñas(os) y adolescentes debe involucrarse siempre un familiar protector (nunca el agresor, si ha sido violencia sexual intrafamiliar). La participación de una tercera persona en la entrevista siempre debe contar con el asentimiento informado de la niña, el niño o el adolescente.
- Debe informársele sobre sus derechos, en particular a la IVE, junto con otras posibilidades ante el embarazo, y respetar las decisiones de la víctima, sin tratar de influenciarla en ningún sentido.

Resolución 459 de 2012

Para poder llevar a cabo las disposiciones antes referenciadas del Protocolo y Modelo de Atención en Salud consideramos necesario conocer si en las IPS existe la disponibilidad de acompañamiento psicológico o por parte de un/a trabajador/a social. Frente a este asunto, se encontró que 8 de las 30 IPS no cuentan con este tipo de acompañamiento, ellas son las ubicadas en Florencia, Anorí, Colosó, El Carmen y Teorama, San Calixto, Miranda y Balboa.

En sus respuestas, las anteriores IPS manifestaron hacer parte del primer nivel de complejidad y, en consecuencia, no contar con personal especializado en el manejo de estos casos. No obstante, es importante poner de presente que otras IPS que también están en el primer nivel de atención respondieron que cuentan con este tipo de profesionales para brindar la atención requerida a las víctimas de violencia sexual. Adicionalmente,

algunas de las IPS que respondieron no contar con profesionales que pudieran brindar acompañamiento psicosocial expresaron que, de ser necesario ese tipo de acompañamiento, la IPS podría recurrir al psicólogo(a) o trabajador(a) social de alguna de las instituciones educativas presentes en el territorio.

Respecto a la clase de profesional que realiza este acompañamiento se observa que 9 IPS cuentan con la presencia de un psicólogo/a y de un trabajador/a social; 11 IPS cuentan con la asesoría de un psicólogo/a, y una entidad de salud cuenta con un trabajador/a social para este tipo de asesorías. Una IPS no respondió la pregunta realizada.

PROCEDIMIENTOS DE IVE

La guía de IVE construida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica diferentes procedimientos según la edad gestacional, los preferidos son la aspiración al vacío y los métodos farmacológicos, que pueden ser atendidos en el primer nivel por médicos generales. La dilatación y curetaje no se considera un método de elección.

- Deben ofrecerse métodos para manejo del dolor acordes con las características clínicas de la paciente, operar la cadena de custodia sobre los tejidos obtenidos durante el procedimiento, brindar cuidados de recuperación posteriores al procedimiento durante 30-40 minutos, programar una cita posprocedimiento para 7-15 días después de este.
- Debe hacerse la notificación y el reporte de los casos acogiendo los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.
- La violencia sexual es una urgencia médica, cuando se practique una IVE la provisión de servicios, procedimientos o medicamentos necesarios para brindar la atención no está restringida por el régimen de aseguramiento o el nivel de complejidad.

Resolución 459 de 2012

El Protocolo para la Prevención del aborto inseguro en Colombia fue desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social y por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, de acuerdo con la Guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el aborto sin riesgos, siguiendo la Ley 100 de 1993 y la Sentencia C-366 de 2005. Este marco jurídico está dirigido a los prestadores de servicios de salud y busca establecer “directrices claras y actualizadas a la tecnología disponible para la prestación del servicio en forma adecuada y así garantizar el derecho constitucionalmente amparado” (Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2014).

Este Protocolo, que es complementario a la Resolución 459 de 2012, especialmente en el punto 8, describe la ruta que se debe seguir para la atención de las víctimas de violencia sexual, y aclara desde su artículo primero que su aplicación es de obligatorio cumplimiento por parte de las entidades promotoras de salud, del régimen contributivo y subsidiario, y por las instituciones prestadoras de los servicios de salud a nivel nacional. Además, enfatiza que constituye para tales entidades: i) un marco de referencia en el seguimiento de la atención a personas víctimas de violencia sexual; ii) les ofrece procesos, procedimientos e insumos para garantizar la atención oportuna, integral y de calidad de los servicios de salud; iii) articula guías y reglamentos en cuanto a procedimientos, y iv) ofrece instrumentos para los procesos judiciales.

Respecto a los procedimientos para la realización de la IVE, el Protocolo establece métodos quirúrgicos y métodos con medicamentos que están clasificados de acuerdo con la edad gestacional. El modelo de atención indica y explica la manera como se desarrolla la IVE en cada caso, sea en el tratamiento quirúrgico (preparación previa, evacuación uterina, recuperación y salida), o el tratamiento con medicamentos (elección del esquema apropiado e información) y, finalmente, el seguimiento que debe llevarse a cabo después de cada procedimiento.

Hasta las quince semanas es posible el tratamiento con medicamentos o el tratamiento quirúrgico. El método farmacológico se realiza a través de una combinación entre mifepristona con misoprostol, o solo con misoprostol, siendo ambulatorio el procedimiento hasta la semana 10. De acuerdo con el Protocolo del Ministerio de Salud, el uso de métodos de IVE con medicamentos requiere la posibilidad de ofrecer aspiración al vacío en el mismo lugar o en un sitio de remisión, en caso de ser necesaria.

Por su parte, el método quirúrgico consiste en la aspiración al vacío manual o eléctrica.

La dilatación y el curetaje (legrado cortante) es un método señalado por la OMS como método obsoleto, el cual no debe ser utilizado ya que se ha comprobado su mayor asociación con complicaciones como sangrado y perforación, mayores tiempos de estancia y mayores costos. La aspiración al vacío se puede realizar hasta la semana 15 por personal debidamente capacitado y cánulas del tamaño adecuado (Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2014).

Después de las 15 semanas de gestación, el método quirúrgico que debe utilizarse es la dilatación y evacuación (DyE) –para la cual es necesaria la utilización de aspiración y pinzas–; como método con medicamentos se recomienda la mifepristona “seguida de dosis repetidas de una prostaglandina o de análogos de las prostaglandinas, como el misoprostol. También pueden emplearse esquemas con misoprostol solo en dosis repetidas hasta lograr la expulsión” (Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2014).

Ahora bien, sobre las competencias de las IPS de acuerdo con el nivel de atención frente a la IVE tenemos que en el primer nivel de atención ...los centros de atención primaria que cuenten con personal médico debidamente entrenado, están en la capacidad de ofrecer servicios de IVE por aspiración endouterina hasta las 15 semanas y con medicamentos hasta la semana 10 de embarazo, dado que ambos son procedimientos ambulatorios. Para el caso de la aspiración uterina en el primer nivel de atención, se debe cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución No. 1.441 de 2013. Así mismo deben estar en capacidad de identificar, estabilizar y remitir cualquier complicación de la IVE que no pueda tratarse en ese nivel (Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2014).

En el segundo nivel de atención en salud se deben ofrecer todos los servicios de IVE delineados en el primer nivel y debe estar preparado para atender servicios de IVE en todas las circunstancias y etapas del embarazo. Finalmente, las instituciones de tercer nivel deben estar preparadas para recibir remisiones de primer y segundo nivel, ya que ellas deberán atender los casos que por enfermedades coexistentes en la mujer o situaciones de carácter especial requieran de un nivel de mayor complejidad. Asimismo, los centros médicos en este nivel de atención deben brindar todo el apoyo al primer y segundo nivel en el manejo de las complicaciones por IVE (Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, 2014).

Finalmente, en el listado de los procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (POS), según la Resolución 1687 de 2017, encontramos tanto la “Evacuación por aspiración del útero para terminación del embarazo”,¹⁹

19 Código 69.5.1/6951.

como el “Legrado uterino obstétrico para terminación del embarazo”.²⁰ De igual manera, desde el 2012 se encuentra incluido en el POS el Misoprostol,²¹ y en marzo de este año, el Invima aprobó la comercialización (por parte de Profamilia) de la Mifepristona, medicamento que hace parte de la Lista modelo OMS de medicamentos esenciales, actualizado en el 2017. Respecto a este medicamento, el Invima (2017) señaló que es “un tratamiento oral [...] que, en combinación con el Misoprostol, ofrece mayor eficacia y seguridad que las alternativas existentes” (2017). Profamilia, por su parte, señala que este medicamento ofrece una eficacia del 95 %, brinda mayor seguridad para las mujeres, y tiene menos efectos secundarios; de allí que Profamilia celebre y considere que su aprobación por el Invima constituye un gran avance en materia de derechos sexuales y reproductivos para las mujeres pues mejorará las condiciones de la IVE en el país (Profamilia, 2017). Es de anotar que este medicamento es de suministro intrahospitalario y será recetado directamente por los profesionales de la salud que estén capacitados en los servicios de IVE.

Al preguntar a las IPS que tienen presencia en las zonas PDET sobre el tipo de procedimientos usados para garantizar la IVE, 13 IPS respondieron que no realizan la interrupción voluntaria del embarazo, ocho de ellas argumentan que no lo realizan porque están en el primer nivel de atención médica, una manifiesta que no lo hace porque no cuentan con aspiración manual endouterina, una más expone que no reciben urgencias, únicamente consultas externas, y que por esta razón no realizan IVE, y las demás no explican la razón por la cual no garantizan el procedimiento. Llama la atención el alto número de IPS que no realizan la IVE ni siquiera en las primeras semanas de gestación a través del método farmacológico, situación que demuestra, de entrada, la falta de capacitación del personal a cargo. Sobre este punto, al preguntar por el número de personas del personal médico y de enfermería que se encuentran capacitadas para adelantar procedimientos de IVE, ocho de las 30 IPS manifestaron no contar con personal capacitado para realizar estos procedimientos.

Ocho IPS no respondieron a la pregunta relacionada con el tipo de procedimientos que realizan para garantizar el acceso a la IVE, 5 lo hicieron manifestando que realizan la IVE únicamente a través de método farmacológico. Llama la atención que de 3 de las IPS que brindaron esta

20 Código 75.0.2/7502.

21 Código G02AD06.

respuesta, 2 están en el tercer nivel de atención y una en el segundo nivel, lo que significa que, de acuerdo con el Protocolo del Ministerio de Salud y Protección Social, deberían llevar a cabo los distintos procedimientos disponibles para la IVE.

Solo 3 IPS de las 30 (ubicadas en Caucasia, Mocoa y Santa Rosa del Sur) manifestaron realizar la IVE a través de método farmacológico y quirúrgico. Sin embargo, dos de ellas señalaron que dentro de los métodos usados aún acuden a la dilatación y el curetaje, método que, como se ha dicho, es considerado como obsoleto por los riesgos que entraña. Esto es especialmente grave si se considera que parte de la realización del derecho a la IVE es garantizar la seguridad del procedimiento, lo cual implica que los medicamentos y procedimientos que disponga el Estado para garantizar el derecho deben procurar ser lo menos invasivos posibles y reducir los riesgos a los que pueden estar expuestas las mujeres (Guzmán y Chaparro, 2015). Por último, solo una IPS (ubicada en Buenos Aires) manifestó llevar a cabo la IVE a través de método quirúrgico, concretamente de aspiración al vacío. Las instituciones que realizan aspiración o algún tipo de método quirúrgico manifestaron hacer uso de anestesia.

En conclusión, podemos afirmar que solo 9 IPS de las 30 consultadas realizan algún tipo de procedimiento para garantizar la IVE, lo que significa que aproximadamente el 70 % de las IPS que nos proporcionaron información no garantizan su realización. Esto es bastante grave si se tiene en cuenta que todas las IPS pueden llevar a cabo la IVE farmacológica al menos en las primeras semanas de gestación y que, además, las altas tasas de violencia sexual presentes en las zonas PDET requerirían una atención prioritaria y adecuada para las víctimas (tabla 3).

Comparamos la información suministrada sobre los métodos usados para garantizar el derecho a la IVE con aquella sobre cuántos casos habían sido atendidos de manera efectiva por las IPS para garantizarla en casos de violencia sexual, usando como base los 3.019 reportados inicialmente. Encontramos que de los 3.019 casos (de los cuales no sabemos con precisión cuántos ocurrieron contra mujeres en edad reproductiva, y cuántos de ellos dieron lugar a embarazos no deseados), se procedió a la IVE en 32 oportunidades, equivalente al 1,05 % del total (tabla 4).

Tabla 3**Procedimientos de IVE en las IPS de los municipios PDET que respondieron a las solicitudes de información**

Nivel	Municipio Ubicación de la IPS	Tipo de procedimiento IVE
I	Silvia	No realiza IVE. Manifiesta que no lo hace porque solo atiende consulta externa y no urgencias
I	Florencia	No realiza IVE al ser de primer nivel, hace remisión
I	Anorí	Sin información
I	Mutatá	No realiza IVE al no contar con aspiración manual endouterina
II	Municipios de Arauca	Farmacológico
I	Municipios norte del Cauca	No realiza IVE
I	Colosó	No realiza IVE al ser primer nivel, hace remisión
III	Caucasia	Aspiración al vacío, método farmacológico, dilatación y curetaje
III	Valledupar	Farmacológico (solo hasta la semana 10)
I	Patía	No realiza IVE al ser primer nivel, hace remisión
I	La Paz	No realiza IVE al ser primer nivel de atención
I	Dabeiba	Farmacológico (12 semanas), es remitida para seguimiento con ecografía o para IVE quirúrgico
I	Carmen, Abrego	Sin información
II	Ricaurte	No realiza IVE, hace el traslado
III	Chaparral	Método farmacológico
I	Santander de Quilichao	Sin información
II	Mocoa	Método farmacológico (8 semanas), posteriormente legrado
I	Algeciras	Farmacológico
I	San Diego	Sin información
I	Amalfi	Sin información
I	Buenos aires	Aspiración al vacío
I	Timbiquí	Sin información
I	López de Micay	Sin información
I	San Calixto	No realiza IVE, hace el traslado
II	Santa Rosa del Sur	Aspiración al vacío, método farmacológico, dilatación y curetaje
I	Santa Marta	Sin información
I	Miranda	No se realiza IVE, remisión a nivel superior
I	Balboa	No se realiza IVE
I	San Vicente del Caguán	No se realiza IVE, remisión a nivel superior

FUENTE: Elaboración propia con base en los datos proporcionados por las IPS

Tabla 4**Número y tipo de procedimientos de IVE realizados en las IPS de los municipios PDET que respondieron a las solicitudes de información**

Nivel	Municipio Ubicación de la IPS	Procedimiento IVE	Total
II	Arauca	Farmacológico	3
I	Colosó	Remisión	1
III	Caucasia	Farmacológico y quirúrgico	4
III	Valledupar	Farmacológico	10
I	Dabeiba	Farmacológico	1
II	Ricaurte	Remisión	3
III	Chaparral	Farmacológico	1
II	Mocoa	Farmacológico y quirúrgico	9

FUENTE: Elaboración propia con base en los datos suministrados por las IPS

El siguiente componente abordado por el Protocolo para la Atención de las Víctimas de Violencia Sexual está relacionado justamente con el tiempo de traslado y la articulación interinstitucional.

REMISIÓN Y ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Si la víctima de violencia sexual no va a ser atendida para IVE en la misma institución donde fue valorada inicialmente, por requerir un mayor nivel de complejidad, se le deben facilitar todos los trámites administrativos, soportes de información y acompañamiento necesarios durante todo el proceso (por profesional en psicología o trabajo social). Debe evitarse cualquier retraso innecesario en el acceso a la IVE durante el proceso de remisión. La mujer debe conocer que su solicitud tiene que ser resuelta en los cinco días siguientes a la petición inicial y se debe hacer seguimiento continuo hasta asegurarse que ha recibido la atención solicitada.

Resolución 459 de 2012

Un elemento por destacar, teniendo en cuenta que muchas de las IPS manifestaron que no realizan la IVE directamente sino que acuden a la remisión, es el tiempo de cinco días con que cuenta el sistema de salud para llevar a cabo el procedimiento. Sobre este punto es importante recordar que la Corte Constitucional, en Sentencia T-841 de 2011, precisó que el tiempo para dar trámite a la solicitud de IVE y realizar el procedimiento es de cinco días, entendiéndose que dilaciones superiores resultan injustificadas y son inaceptables pues generan la imposibilidad de ejercer el derecho a la IVE.²²

²² Corte Constitucional. Sentencia T-841 de 2011. MP: Humberto Sierra Porto.

Sobre este punto, las IPS que contestaron a la solicitud de información manifestaron que en caso de tener que darse un traslado, ya sea porque no se realiza directamente o por la complejidad del caso, este se produce en las 72 horas siguientes a la solicitud. Y frente al tiempo que toman las IPS que declararon realizar directamente procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo, aquellas ubicadas en Arauca, Valledupar, Dabeiba, Mocoa, señalaron que dicho procedimiento tarda entre 5 y 10 días. Mientras las IPS ubicadas en Caucasia y Chaparral manifestaron que se hace en menos de 5 días.

IVE EN MENOR DE 14 AÑOS

- Es una mera formalidad la solicitud de una denuncia por violencia sexual a cualquier mujer con 14 años o menos que solicite una IVE, pues se presume que fue víctima de violencia sexual. En estos casos NUNCA se debe retrasar la realización de la IVE solicitada en espera de una denuncia. Sentencia T-209 de 2008.
- La decisión de la niña prima sobre la de sus padres, en caso de que ellos no estén de acuerdo con la IVE, pero ella la solicite. Sentencias C-355 de 2006, T-209 de 2008, T-388 de 2009.

Resolución 459 de 2012

Sobre este punto se buscó conocer si las IPS solicitan denuncia penal para proceder a la IVE en casos de violencia sexual en menores de 14 años. Frente a este asunto, a pesar de la claridad que existe de que en este tipo de casos la denuncia es una formalidad, pues siempre que haya una menor de 14 años se presume que existió violencia sexual (sentencias T-209 de 2008; T-388 de 2009), se encontró que en 18 IPS se solicita denuncia penal en este tipo de casos, mientras 12 no lo hacen. Sobre este punto es importante recordar que la solicitud de requisitos no contemplados en la jurisprudencia constituye un claro obstáculo al ejercicio del derecho a la IVE (Dalén, 2013) (tabla 5).

Llama la atención que cuando se indagó por la autoridad ante la que se denunciaban este tipo de casos, cuatro registraron como autoridad competente a las Comisarías de Familia (La Paz, San Diego, Amalfi y Balboa), cuando es claro que este tipo de hechos deben denunciarse ante la Fiscalía General de la Nación. Esto probablemente está relacionado con la ausencia de la Fiscalía en buena parte de las zonas rurales del país.

Por otro lado, buscamos establecer en el último año cuántos casos se presentaron en los que se haya mostrado una contradicción entre la

Tabla 5
Ubicación de las IPS de los municipios PDET
y solicitud de denuncia en casos de violencia
sexual contra menores de 14 años

Municipio	Solicita denuncia
Silvia	SÍ
Florencia	NO
Anorí	NO
Mutatá	SÍ
Arauca	SÍ
Municipios norte del Cauca	NO
Colosó	SÍ
Caucasia	SÍ
Valledupar	NO
Patía	NO
La Jagua de Iberico	SÍ
La Paz	SÍ
Dabeiba	NO
Carmen, Abrego	NO
Ricaurte	NO
Chaparral	SÍ
Santander de Quilichao	NO
Mocoa	SÍ
Algeciras	SÍ
San Diego	SÍ
Amalfi	SÍ
Buenos aires	SÍ
Timbiquí	SÍ
López de Micay	SÍ
San Calixto	NO
Santa Rosa del Sur	SÍ
Santa Marta	SÍ
Miranda	NO
Balboa	SÍ
San Vicente del Caguán	NO

FUENTE: Elaboración propia con base en los datos suministrados por las IPS

voluntad de la víctima y sus padres o representantes legales durante la decisión de interrumpir un embarazo en casos de niñas víctimas de violencia sexual. Respecto a este punto se encontró que en dos IPS atendieron este tipo de casos, en los cuales se manifiesta que prevaleció la voluntad de la víctima. A diferencia de 28 IPS que afirmaron no haber tenido ningún caso de contradicción entre los padres o acudientes y la víctima.

El último componente del Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual en su punto 8 hace referencia a la fase de seguimiento del caso después de la IVE.

IVE EN MENOR DE 14 AÑOS

- El objetivo de este control es evaluar la salud general de la mujer, la ausencia de complicaciones que no hayan sido reconocidas a través de los signos de alarma durante los días posteriores al procedimiento, y el reforzamiento de los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial.
- En el caso de IVE con medicamentos, el control también está encaminado a confirmar si el tratamiento fue exitoso. Cuando se sospeche una falla del tratamiento o un aborto incompleto, se debe confirmar. En caso de confirmarse, se debe realizar un procedimiento de evacuación uterina por aspiración. Si se detecta una complicación debe iniciarse inmediatamente el tratamiento. La visita de control y seguimiento es una oportunidad para hablar con la mujer de sus experiencias, si es necesario, así como de ofrecer asesoramiento adicional. La asesoría anticonceptiva es esencial en el seguimiento y siempre debe hacer parte de la atención. Si la mujer aún no ha iniciado un método anticonceptivo, debe ofrecérselo en este momento. La información detallada y completa sobre la atención se encuentra en el Protocolo de Prevención del Aborto Inseguro.

Resolución 459 de 2012

Al preguntar por el seguimiento que realizan las IPS con posterioridad a un procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo en víctimas de violencia sexual, 11 respondieron que hacen seguimiento de carácter “mixto”, al contar con personal médico y psicosocial para tal propósito. Adicionalmente, 3 IPS manifestaron contar con seguimiento médico y una de las IPS manifestó realizar únicamente seguimiento psicosocial; 15 IPS afirmaron no contar con ninguna clase de seguimiento, argumentando su primer nivel de atención, o porque no realizan procedimientos de IVE.

Frente a posibles fallas en los procedimientos, de las nueve IPS que manifestaron realizar IVE, tres señalaron haber tenido fallas en el

procedimiento. Ante esa situación, dos de ellas decidieron remitir a una entidad de mayor complejidad y en una se decidió cambiar de procedimiento.

Finalmente, al indagar si se lleva o no a cabo algún tipo de asesoría sobre métodos anticonceptivos con posterioridad de la IVE, es de resaltar que, en algunos casos, así no se hicieran procedimientos de IVE afirmaron realizar asesorías con respecto a este tema. En 22 IPS se llevan a cabo asesorías sobre métodos anticonceptivos, se haga o no IVE, mientras que 6 IPS no realizan asesorías (aquellas ubicadas en Florencia, Anorí, Mutatá, Patía, Algeciras, López de Micay), y 2 IPS no suministraron información con respecto a este punto.

Conclusiones

La interrupción voluntaria del embarazo es un derecho fundamental en aquellos casos despenalizados por la Corte Constitucional, dentro de los que se encuentra el hecho de que el embarazo sea producto de violencia sexual. Esto, al considerar que la violencia sexual viola los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, siendo esta una violencia de género que las afecta de manera particular y masiva.

Como derivación de la despenalización del aborto en las tres causales, entre ellas la violencia sexual, surgen obligaciones en cabeza del Estado relacionadas con el deber de garantizar y desarrollar todas las actividades necesarias para el acceso efectivo a la IVE a través de condiciones de oportunidad, calidad y seguridad, y la remoción de los obstáculos para el acceso real, seguro y efectivo a la IVE²³ (Dalén, Guzmán y Molano, 2013).

Podríamos afirmar que estas obligaciones deberían ser reforzadas y priorizadas en el marco de escenarios de posconflicto, en particular en aquellos territorios que se han caracterizado por mantener índices críticos de violencia sexual y por carecer de la capacidad institucional para el acceso a derechos por parte de las personas. Sobre este aspecto es importante recordar la recomendación general número 30 del Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw) relativa a los derechos de las mujeres tanto en contextos de conflicto como de posconflicto, de acuerdo con la cual los Estados parte deberían garantizar no solo el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, sino también el acceso a los anticonceptivos de emergencia,

23 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-388 de 2009, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

servicios de aborto sin riesgo, atención posterior el aborto, prevención y tratamiento de VIH y otras infecciones, atención para tratar lesiones ocasionadas por violencia sexual, entre otras (Comité de la Cedaw, 2013).

Pese a ello, después de hacer un primer ejercicio para conocer el nivel de aplicación por parte de IPS que se encuentran en zonas PDET del punto 8 del Protocolo y Modelo de Atención en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual, encontramos que existe una enorme diferencia entre aquellos estándares contenidos en la Resolución 459 de 2012 y las prácticas, capacidades y procedimientos con que cuentan las IPS en estas zonas del país. Esta situación afecta de manera particular a las mujeres rurales, que a su vez son quienes han sufrido con mayor rigor los impactos del conflicto armado y quienes, además, se encuentran en un contexto de alto riesgo de violencia sexual y de la presencia continuada de este delito en sus vidas diarias.

Los obstáculos evidenciados en las respuestas de las IPS van, desde la falta de capacitación por parte del personal de salud en la materia, pasando por condiciones deficitarias de infraestructura y de equipamiento, hasta la falta de personal de salud necesario para garantizar el derecho a la IVE. Y aunque no se haya planteado de manera expresa y se requieran próximos estudios que permitan conocer la situación de manera cualitativa, es posible que estas prácticas se produzcan no solo por falta de capacitación, sino también por falta de voluntad entre funcionarios y directivas de las IPS.

RECOMENDACIONES

La construcción de la paz pasa por atender y prevenir la violencia sexual; hay que escuchar las alertas tempranas que existen, no ignorar que si la violencia sexual fue parte de la guerra, también es parte del posconflicto, y que, como mostramos en este texto, estos crímenes pueden incrementarse después de la firma de la paz. Parte de la atención pasa por garantizar el derecho a la salud y eso implica hacer realidad la aplicación del estándar en materia de IVE en las zonas rurales.

Desde Dejusticia hemos trabajado con otras organizaciones para fortalecer dicho estándar normativo. Parte de ese trabajo fue justamente la demanda a la Ley 1719 de 2014 para lograr la obligatoriedad en la aplicación del Protocolo y Modelo de Atención en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, sin embargo, el gran reto ahora es trabajar por su efectiva

aplicación. Como se mostró en el segundo capítulo de este texto, existe una gran brecha entre las normas y su cumplimiento.

El escenario de posconflicto implica darles un lugar prioritario a las zonas rurales, y en especial, a aquellas que han sido afectadas por el conflicto, que están en situación pobreza y donde el Estado ha estado ausente o ha sido absolutamente débil tal y como ocurre con las zonas PDET.

En consecuencia, a partir de los hallazgos de la investigación presentamos las siguientes recomendaciones:

Al Ministerio de Salud y Protección Social

- El Plan Nacional de Salud Rural que está a cargo del Ministerio de Salud, y que hace parte de la reforma rural integral debe tener enfoque de género y garantizar un componente amplio y fuerte en salud sexual y reproductiva, en donde uno de los objetivos sea la efectiva aplicación de la Resolución 459 de 2012.
- Impulsar una auditoría sobre el cumplimiento de la Resolución 459 de 2012 por parte de las IPS presentes en las zonas PDET.
- Trabajar con las direcciones territoriales de salud (departamentales y municipales) presentes en las zonas PDET a fin de que en los planes territoriales de salud se disponga de lo necesario para prevenir la violencia sexual, y garantizar la atención en salud a las víctimas de estos crímenes, incluyendo el cumplimiento de la Resolución 459 de 2012.
- Ajustar la política nacional de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos a las urgencias que se dan dentro del posconflicto, tal y como ocurre con el incremento del riesgo de la violencia sexual, e incluir una atención priorizada en las zonas PDET, en temas como el fortalecimiento de la gestión del sector salud, y el seguimiento y monitoreo.

A la Agencia de Renovación del Territorio

- Los Planes de Acción de Transformación Regional (PATR), que serán el producto del trabajo de planeación de las comunidades y de la institucionalidad en las zonas PDET, y que contendrán la visión a diez años de dichas zonas, deberán incluir dentro del pilar de Salud Rural proyectos enfocados en salud sexual y reproductiva, con elementos que diseñen mecanismos de prevención de violencia sexual, así como herramientas para atender a las víctimas de este delito y la garantía de acceso a IVE. Esto debe considerar:

1. Implementar un fuerte componente pedagógico dirigido a las y los funcionarios de las IPS ubicadas en las zonas PDET –entre los que se deben incluir a los y las funcionarias externas, como el personal de seguridad y de la recepción de los hospitales– sobre los estándares en materia de atención en salud para víctimas de violencia sexual. Este componente pedagógico también debe identificar y transformar posibles prejuicios en razón del género que puedan operar al momento de garantizar el acceso a la IVE. Para el desarrollo de este componente se recomienda involucrar de manera decidida a las secretarías departamentales de las mujeres o que trabajan por la equidad entre los géneros, las cuales son crecientes en el país, y allí en donde no existan promover su creación. De igual manera, se recomienda involucrar de manera decidida a las universidades públicas que tienen presencia o son cercanas a estas regiones del país.

2. Crear y ejecutar campañas informativas sobre derechos sexuales y reproductivos, y en especial sobre IVE, que atiendan el enfoque de género, diferencial y territorial, de tal manera que las mujeres puedan exigir sus derechos cuando tengan que enfrentarse a situaciones de deficiencia en la atención a su salud sexual y reproductiva.

3. Dotar a las IPS públicas de espacios que garanticen la confidencialidad entre el personal de salud y las víctimas de violencia sexual, y proveer a las IPS de los territorios PDET de los elementos de diagnóstico y quirúrgicos necesarios para que puedan garantizar integralmente el acceso a la IVE.

4. Garantizar la presencia de personal de salud que garantice la atención médica y psicosocial de las víctimas de violencia sexual en todas las IPS públicas que están presentes en las zonas PDET del país, incluidas aquellas IPS de primer nivel de atención.

5. Disponer de un porcentaje específico en el presupuesto destinado a la elaboración del Plan Nacional de Salud Rural y de los PATR, para el desarrollo de las acciones descritas.

6. Crear una línea base que incluya la salud sexual y reproductiva en los territorios PDET, solo así se podrá conocer cuál será el impacto de la paz en estos territorios del país, en un componente fundamental para las mujeres, como es la salud sexual y reproductiva.

A las secretarías de salud municipal

- Garantizar asesoría y capacitación a las y los funcionarios de las IPS ubicadas en las zonas PDET sobre los estándares en materia de atención en salud para víctimas de violencia sexual, y un componente que busque identificar y transformar posibles prejuicios en razón del género que puedan operar al momento de garantizar el acceso a la IVE.
- Adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control a las IPS presentes en su jurisdicción, para garantizar el efectivo cumplimiento de la Resolución 459 de 2012.
- Comprometerse con la incorporación e implementación de un componente fuerte de salud sexual y reproductiva dentro de los PATR que surjan producto de los PDET que se elaboren en sus territorios.

A las IPS presentes en los territorios PDET

- Implementar un fuerte componente pedagógico dirigido al personal administrativo y de salud sobre los estándares en materia de atención en salud para víctimas de violencia sexual, y un componente que busque identificar y transformar posibles prejuicios en razón del género que puedan operar al momento de garantizar el acceso a la IVE.
- Crear campañas informativas dirigidas a sus usuarias y usuarios sobre derechos sexuales y reproductivos, y en especial sobre IVE, que atiendan el enfoque de género, diferencial y territorial.

REFERENCIAS

- Aranguren, J. P. (2016). *Cuerpos al límite. Tortura, subjetividad y memoria en Colombia (1977-1982)*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Boesten, J. (2014). *Sexual violence during war and peace. Gender, power and post conflict justice in Perú*. New York: Palgrave McMillan.
- Centro Nacional de Memoria Histórica (2017). *La guerra inscrita en el cuerpo: informe nacional sobre violencia sexual en el conflicto armado colombiano*. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica.
- Céspedes, L., Chaparro, N. y Estefan, S. (2014). Metodologías en el estudio de la violencia sexual en el marco del conflicto armado colombiano. *Colombia internacional*, 80 (enero-abril), 19-56.
- Chaparro González, N., Dalén, A. Guzmán, D. E. y Martínez Osorio, M. (2015). *El ejercicio de la interrupción voluntaria del embarazo en el marco del conflicto armado*. Bogotá: Dejusticia.
- Colprensa (2017, mayo 25). Alertan sobre riesgo de violencia sexual contra mujeres en zonas de conflicto. Recuperado de <http://www.elpais.com.co/colombia/alertan-sobre-creciente-riesgo-de-violencia-sexual-contra-mujeres-en-zonas-de-conflicto.html>
- Comité de la Cedaw (2013). Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia. CEDAW/C/COL/CO/7-8 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Recuperado de <http://historico.equidadmujer.gov.co/Documents/Observaciones-CEDAW-VII-VIII-Informe-Colombia.pdf>
- Dalén, A. (2013). *La implementación de la despenalización parcial del aborto en Colombia*. Bogotá: Dejusticia.
- Dalén, A., Guzmán, D. E. y Molano, P. (2013). *La regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia*. Bogotá: Dejusticia.
- García Villegas, M., Torres, N., Revelo, J., Espinosa, J. y Duarte, N. (2016). *Los territorios de la paz: la construcción del Estado local en Colombia*. Bogotá: Dejusticia.
- Gobierno Nacional de Colombia y Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (2016). Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera.
- Guzmán, D. E. y Chaparro, N. (2015). *Los remedios que da el derecho. El papel del juez constitucional cuando la interrupción del embarazo no se garantiza*. Bogotá: Dejusticia.

- Invima (2017, marzo 3). Aprobado medicamento más efectivo y seguro para interrupción del embarazo. Recuperado de <https://www.invima.gov.co/aprobado-medicamento-mas-efectivo-y-seguro-para-interrupcion-del-embarazo>
- Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2017). *Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia*. Bogotá: Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
- Ministerio de Salud y Profamilia (2016). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, Tomo 2. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas (2014). *Prevención del aborto inseguro en Colombia. Protocolo para el Sector Salud*. Recuperado de https://www.orientame.org.co/wp-content/files_mf/14316439372014ProtocoloIVEMinsalud.pdf
- Ocampo, J. A. (2015). *El campo colombiano: un camino hacia el bienestar y la paz. Misión para la transformación del Campo*. Bogotá: DANE.
- Profamilia (2017). Profamilia trae a Colombia medicamento más seguro y efectivo para la interrupción voluntaria del embarazo. Recuperado de <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2017/05/Comunicado-de-prensa-Mifepristona.pdf>
- Sideris, Tina. (2003). War, Gender and Culture: Mozambican women refugees. *Social Science and Medicine*, 56. 713-724.
- Theidon, K. (2007). Género en transición: sentido común, mujeres y guerra. *Revista Memoria*, 1.
- Theidon, K. (2009). Reconstructing Masculinities: The Disarmament, Demobilization, and Reintegration of Former Combatants in Colombia. *Human Rights Quarterly*, vol. 31, No.1. pp. 1-34.
- Wood, E. (2009). Violencia sexual durante la guerra: hacia un entendimiento de la variación. *Análisis político*, 22 (66), 3-27.

ANEXOS

Anexo 1

Bogotá D.C., 29 de junio de 2017

Señor(a)

Nombre del Director(a) de las IPS XXXX

Dirección

Referencia: *Derecho de petición de información*

Dejusticia es una organización que trabaja en investigación y litigio sobre derechos humanos, y que busca tener incidencia en los procesos de diseño de políticas públicas y en las discusiones en materia de derechos, democracia y Estado.

Con fundamento en el artículo 23 de la Constitución Política, artículo 25 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y el artículo 13 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, el Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad – Dejusticia, se permite solicitar información relacionada con la aplicación de la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, en el periodo comprendido entre 2012-2017. Esta información será utilizada en las diferentes labores de investigación académica y de incidencia política que actualmente adelanta Dejusticia, en temas relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo, en especial en una investigación que actualmente se adelanta sobre la aplicación del punto 8 del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. En consecuencia, de manera respetuosa le solicito informar:

1. ¿Cuántos casos de violencia asexual han sido atendidos por la entidad que usted representa durante los últimos 5 años? Sírvase desagregar dicha información por año y, en caso de ser posible, por edad de la paciente. ¿Conoce cuántos de estos casos se produjeron en contexto o en razón del conflicto armado?
2. ¿En cuántos casos de aquellos referenciados en el punto uno fue necesario realizar interrupciones voluntarias del embarazo? Sírvase

desagregar la información por año y, si es posible, por edad de las pacientes.

3. ¿En cuántos de los casos referenciados en el punto uno se suministró anticoncepción de emergencia?, especifique el nombre del medicamento suministrado en este tipo de casos.
4. En la entidad que usted representa hay acceso, de manera continua, a los siguientes medicamentos: Levonorgestrel y Etinilestradiol?
5. Informe si en los casos de violencia sexual que han llegado a su institución después de las 72 horas se ha utilizado como anticonceptivo de emergencia el DIU. En caso afirmativo sírvase informar si tiene cifras sobre este procedimiento en relación con los casos referenciados en el punto uno.
6. Sírvase informar si el personal médico, de enfermería y, en general, el personal de salud que interviene de alguna manera en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual ha recibido algún tipo de capacitación sobre IVE, derechos de las pacientes en este tipo de casos y perspectiva de género. En caso afirmativo, sírvase informar cuántas horas o días duró dicha capacitación, quien la orientó, su contenido y hace cuánto tiempo se realizó.
7. Sírvase informar cuántas personas del personal médico y de enfermería se encuentran capacitadas para adelantar procesos de interrupción voluntaria del embarazo.
8. La entidad que usted representa ¿cuenta con espacios privados para brindar a la mujer información sobre el procedimiento de IVE en condiciones de confidencialidad?
9. Sírvase informar en cuántos casos de aquellos referenciados en el punto dos se presentaron casos de objeción de conciencia por parte del personal de salud.
10. ¿Cuál es el procedimiento que su entidad realiza en aquellos casos de objeción de conciencia por parte del personal de salud para la realización de IVE?
11. En aquellos casos de embarazo por violencia sexual, ¿cuánto tiempo en promedio se demora la realización del procedimiento de IVE después de su solicitud?
12. En la entidad que usted representa, para proceder a la IVE en casos de violencia sexual en menores de 14 años ¿se solicita la denuncia penal?
13. ¿En el último año ha tenido conocimiento de casos en donde la decisión de interrumpir un embarazo en casos de niñas víctimas de

violencia sexual se haya presentado una contradicción entre la voluntad de la víctima y sus padre o acudientes? En caso afirmativo ¿cómo se ha resuelto esta situación?, ¿qué prevaleció?

14. ¿De qué manera la entidad que usted representa protege la confidencialidad del procedimiento de la IVE en casos de violencia sexual?
15. ¿Cuál es el tiempo en promedio de una cita médica en la IPS que usted representa?
16. ¿Cuál es el tiempo en promedio de las citas médicas en donde se atiende a pacientes víctimas de violencia sexual?
17. ¿Cuáles son los exámenes médicos que se ordenan dentro de la institución que usted representa en aquellos casos de violencia sexual?, ¿existe algún problema en la toma o el análisis de dichos exámenes?
18. La entidad que usted representa ¿cuenta con la posibilidad de realizar exámenes de ecografía?
19. La entidad que usted representa ¿cuenta con laboratorios que permitan realizar exámenes para serología, VIH, anticuerpos para herpes tipo II y frotis vaginal? En promedio ¿cuánto tiempo tarda la realización de este tipo de exámenes y la entrega de sus resultados?
20. ¿Existe acompañamiento psicológico o por parte de un trabajador/a social a las víctimas de violencia sexual en la entidad que usted representa?
21. ¿Qué tipo de procedimientos clínicos se utilizan para llevar a cabo la interrupción voluntaria del embarazo?
22. ¿En cuáles de los procedimientos referenciados en la anterior pregunta se usa sedación para su realización?
23. Por la complejidad de ciertos procedimientos para la interrupción de la IVE, ¿se ha hecho necesario el traslado a otra institución prestadora de salud? En caso afirmativo señale en qué tipo de casos y en promedio cuánto tiempo se demora dicho traslado.
24. ¿Con posterioridad a la práctica de la IVE que tipo de seguimiento médico o psicológico se produce en esos casos?
25. ¿Existe alguna diferencia en el tratamiento dado a una víctima de violencia sexual de acuerdo con su régimen de aseguramiento? En caso afirmativo señale cuáles.
26. ¿En los casos referenciados en el punto dos se han presentado fallas en el tratamiento para la interrupción del embarazo?, en caso afirmativo sírvase informar en dichos casos cómo se ha procedido.

27. ¿Con posterioridad a la aplicación de la IVE se da algún tipo de asesoría sobre métodos anticonceptivos?
28. En el caso de las personas que se encuentran en la recepción y brindan información inicial a las pacientes: ¿están capacitadas en las consideraciones sobre privacidad para la toma de datos sobre identificación de la persona, y de ninguna manera para que las víctimas de violencia sexual relaten lo que le sucedió?
29. ¿La entidad que usted representan notifica al Ministerio de Salud sobre las IVE realizadas?
30. Con posterioridad a la firma del Acuerdo Final, ¿la entidad que usted representa ha recibido alguna clase de notificación o comunicación por parte del Ministerio de Salud u otra entidad del Gobierno nacional sobre la implementación del Plan Nacional de Salud Rural o sobre alguna clase de intervención en el marco del Acuerdo Final? En caso afirmativo sírvase señalar en qué sentido.
31. Atendiendo a quienes afirman que hay un incremento del riesgo de sufrir violencia sexual en el marco del posacuerdo, sírvase informar si se ha adoptado algún tipo de medida por parte de la entidad que usted representa frente a dicha situación.

Agradecemos de antemano la atención prestada e información adicional que nos pueda suministrar respecto al tema expuesto. Tan pronto tengamos los resultados de la investigación académica que adelantamos los compartiremos con la institución que usted representa.

Para notificaciones:

Dirección física: Carrera 24 #34-61, Bogotá D.C. (Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad – Dejusticia)

Atentamente,

Ana Jimena Bautista

Coordinadora sublínea de Género

Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad – Dejusticia

Anexo 2

Municipios PDET con tasas altas (entre 50 y 100 casos) y muy altas (más de 100 casos) de violencia sexual durante 2008 y 2017

	Región PDET	Departamento	Municipio	Tasa	Alerta Temprana Defensoría del Pueblo
1	Alto Patía, norte del Cauca	Cauca	Argelia	Muy alta	No
2			Cajibío	Alta	No
3			Caloto	Alta	No
4			Corinto	Alta	No
5			El Tambo	Muy alta	No
6			Patía	Alta	No
7			Piendamó	Alta	No
8			Santander de Quilichao	Muy alta	No
9		Valle del Cauca	Pradera	Alta	No
10	Arauca	Arauca	Arauquita	Muy alta	Sí
11			Fortul	Muy Alta	Sí
12			Saravena	Alta	No
13			Tame	Muy alta	Sí
14	Bajo Cauca y nordeste antioqueño	Antioquia	Amalfi	Alta	No
15			Anorí	Muy alta	No
16			Briceño	Muy alta	Sí
17			Caucasia	Alta	No
18			El Bagre	Alta	Sí
19			Ituango	Alta	Sí
20			Remedios	Alta	No
21			Segovia	Alta	No
22			Tarazá	Alta	No
23			Zaragoza	Alta	No
24	Catatumbo	Norte de Santander	Convención	Alta	Sí
25			El Tarra	Alta	No
26			Tibú	Muy alta	Sí
27	Chocó	Chocó	Acandí	Alta	Sí
28			Condoto	Alta	No
29			Istmina	Muy alta	Sí
30			Riosucio	Muy alta	Sí
31			Ungía	Alta	Sí

	Región PDET	Departamento	Municipio	Tasa	Alerta Temprana Defensoría del Pueblo	
32	Cuenca del Caguán y piedemonte caqueteño	Caquetá	Belén de los Andaquíes	Muy alta	No	
33			Cartagena del Chairá	Alta	No	
34			Curillo	Alta	No	
35			El Doncello	Alta	No	
36			El Paujil	Alta	No	
37			Florencia	Muy alta	No	
38			Milán	Alta	No	
39			Morelia	Alta	Sí	
40			Puerto Rico	Muy alta	No	
41			San José del Fragua	Muy alta	No	
42			San Vicente del Caguán	Muy alta	No	
43			Solano	Alta	No	
44			Solita	Alta	No	
45			Valparaíso	Alta	Sí	
46				Huila	Algeciras	Alta
47	Macarena-Guaviare	Meta	La Macarena	Muy Alta	No	
48			Mapiripán	Muy alta	No	
49			Mesetas	Muy alta	No	
50			Puerto Concordia	Muy alta	No	
51			Puerto Lleras	Muy alta	No	
52			Puerto Rico	Muy alta	No	
53			Vistahermosa	Muy alta	No	
54			Uribe	Alta	No	
55				Guaviare	Calamar	Muy alta
56			El Retorno	Muy alta	Sí	
57			Miraflores	Alta	Sí	
58			San José del Guaviare	Muy alta	No	

	Región PDET	Departamento	Municipio	Tasa	Alerta Temprana Defensoría del Pueblo
59	Montes de María	Bolívar	Córdoba	Alta	No
60			El Carmen de Bolívar	Alta	Sí
61			María la Baja	Alta	Sí
62			San Juan Nepomuceno	Alta	Sí
63			Zambrano	Alta	No
64			Sucre	Coloso	Alta
65		Los Palmitos		Alta	No
66		Palmito		Alta	No
67		San Onofre		Alta	No
68			Tolú Viejo	Alta	No
69	Pacífico y frontera nariñense	Nariño	Tumaco	Alta	Sí
70	Putumayo	Putumayo	Leguízamo	Muy alta	No
71			Mocoa	Muy alta	No
72			Puerto Asís	Muy alta	No
73			Puerto Guzmán	Muy alta	No
74			Puerto Caicedo	Alta	No
75			San Miguel	Alta	Sí
76			Valle del Guamuez	Alta	Sí
77			Villagarzón	Muy alta	No
78	Sierra Nevada de Perijá	Cesar	Agustín Codazzi	Alta	Sí
79			Becerril	Alta	Sí
80			La Jagua de Ibirico	Alta	Sí
81			Valledupar	Alta	Sí
82		La Guajira	Fonseca	Alta	No
83			San Juan del Cesar	Alta	No
84		Magdalena	Ciénaga	Alta	No
85			Santa Marta	Alta	No

	Región PDET	Departamento	Municipio	Tasa	Alerta Temprana Defensoría del Pueblo
86	Sur de Bolívar	Antioquia	Yondó	Muy alta	No
87		Bolívar	Cantagallo	Alta	No
88			San Pablo	Alta	Sí
89			Santa Rosa del Sur	Alta	No
90			Simití	Muy alta	No
91	Sur de Córdoba	Córdoba	Montelíbano	Alta	Sí
92			Tierralta	Alta	Sí
93	Sur de Tolima	Tolima	Ataco	Muy alta	Sí
94			Chaparral	Muy alta	Sí
95			Planadas	Alta	Sí
96			Rioblanco	Alta	Sí
97	Urabá Antioqueño	Antioquia	Apartadó	Alta	Sí
98			Carepa	Alta	Sí
99			Chigorodó	Alta	No
100			Dabeiba	Alta	No
101			Mutatá	Muy alta	No
102			Necoclí	Alta	No
103			Turbo	Alta	Sí

• DOCUMENTOS 1

ETNORREPARACIONES: la justicia colectiva étnica y la reparación a pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes en Colombia

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito, Yukyan Lam
2011

• DOCUMENTOS 2

LA CONSULTA PREVIA: DILEMAS Y SOLUCIONES. Lecciones del proceso de construcción del decreto de reparación y restitución de tierras para pueblos indígenas en Colombia

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito, Natalia Orduz Salinas
2012

• DOCUMENTOS 3

***LA ADICCIÓN PUNITIVA:
La desproporción de leyes de drogas en América Latina***

Publicación digital e impresa
Rodrigo Uprimny, Diana Esther Guzmán, Jorge Parra Norato
2012

• DOCUMENTOS 4

***ORDEN PÚBLICO Y PERFILES RACIALES:
experiencias de afrocolombianos con la policía en Cali***

Publicación digital e impresa
Yukyan Lam, Camilo Ávila
2013

• DOCUMENTOS 5

***INSTITUCIONES Y NARCOTRÁFICO:
la geografía judicial de los delitos de drogas en Colombia***

Publicación digital
Mauricio García Villegas, Jose Rafael Espinosa Restrepo,
Felipe Jiménez Ángel
2013

• DOCUMENTOS 6

ENTRE ESTEREOTIPOS: Trayectorias laborales de mujeres y hombres en Colombia

Publicación digital
Diana Esther Guzmán, Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 7

***LA DISCRIMINACIÓN RACIAL EN EL TRABAJO:
Un estudio experimental en Bogotá***

Publicación digital e impresa
César Rodríguez Garavito, Juan Camilo Cárdenas C.,
Juan David Oviedo M., Sebastián Villamizar S.
2013

• DOCUMENTOS 8

LA REGULACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN COLOMBIA

Publicación digital

Annika Dalén, Diana Esther Guzmán, Paola Molano
2013

• DOCUMENTOS 9

ACOSO LABORAL

Publicación digital

Diana Guzmán, Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 10

ACCESO A LA JUSTICIA: Mujeres, conflicto armado y justicia

Publicación digital

Diana Esther Guzmán Rodríguez, Sylvia Prieto Dávila
2013

• DOCUMENTOS 11

LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DESPENALIZACIÓN PARCIAL DEL ABORTO

Publicación digital e impresa

Annika Dalén
2013

• DOCUMENTOS 12

RESTITUCIÓN DE TIERRAS Y ENFOQUE DE GÉNERO

Publicación digital e impresa

Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro
2013

• DOCUMENTOS 13

RAZA Y VIVIENDA EN COLOMBIA: la segregación residencial y las condiciones de vida en las ciudades

Publicación digital e impresa

María José Álvarez Rivadulla, César Rodríguez Garavito, Sebastián Villamizar Santamaría, Natalia Duarte
2013

• DOCUMENTOS 14

PARTICIPACIÓN POLÍTICA DE LAS MUJERES Y PARTIDOS. Posibilidades a partir de la reforma política de 2011.

Publicación digital

Diana Esther Guzmán Rodríguez, Sylvia Prieto Dávila
2013

• DOCUMENTOS 15

BANCADA DE MUJERES DEL CONGRESO: una historia por contar

Publicación digital

Sylvia Cristina Prieto Dávila, Diana Guzmán Rodríguez
2013

• DOCUMENTOS 16

OBLIGACIONES CRUZADAS: Políticas de drogas y derechos humanos

Publicación digital

Diana Guzmán, Jorge Parra, Rodrigo Uprimny
2013

• DOCUMENTOS 17

GUÍA PARA IMPLEMENTAR DECISIONES SOBRE DERECHOS SOCIALES

Estrategias para los jueces, funcionarios y activistas

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Celeste Kauffman
2014

• DOCUMENTOS 18

***VIGILANCIA DE LAS COMUNICACIONES EN COLOMBIA
El abismo entre la capacidad tecnológica y los controles legales***

Publicación digital e impresa

Carlos Cortés Castillo
2014

• DOCUMENTOS 19

NO INTERRUMPIR EL DERECHO

Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud en materia de IVE

Publicación digital

Nina Chaparro González, Annika Dalén
2015

• DOCUMENTOS 20

***DATOS PERSONALES EN INFORMACIÓN PÚBLICA:
oscuridad en lo privado y luz en lo público***

Publicación digital e impresa

Vivian Newman
2015

• DOCUMENTOS 21

REQUISAS, ¿A DISCRECIÓN?

Una tensión entre seguridad e intimidad

Publicación digital e impresa

Sebastián Lalinde Ordóñez
2015

• DOCUMENTOS 22

FORMACIÓN EN VIOLENCIA SEXUAL EN EL CONFLICTO ARMADO: una propuesta metodológica para funcionarios

Publicación digital

Silvia Rojas Castro, Annika Dalén
2015

• DOCUMENTOS 23

CASAS DE JUSTICIA:

una buena idea mal administrada

Publicación digital

Equipo de investigación: Mauricio García Villegas,
Jose Rafael Espinosa Restrepo, Sebastián Lalinde Ordóñez,
Lina Arroyave Velásquez, Carolina Villadiego Burbano
2015

• DOCUMENTOS 24

LOS REMEDIOS QUE DA EL DERECHO.

El papel del juez constitucional cuando la interrupción del embarazo no se garantiza

Publicación digital

Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro González
2015

• DOCUMENTOS 25

EL EJERCICIO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL MARCO DEL CONFLICTO ARMADO

Publicación digital

Margarita Martínez Osorio, Annika Dalén,
Diana Esther Guzmán, Nina Chaparro González
2015

• DOCUMENTOS 26

CUIDADOS PALIATIVOS:

abordaje de la atención en salud desde un enfoque de derechos humanos

Publicación digital e impresa

Isabel Pereira Arana
2016

• DOCUMENTOS 27

SARAYAKU ANTE EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS:

justicia para el pueblo del Medio Día y su selva viviente

Publicación digital e impresa

Mario Melo Cevallos
2016

• DOCUMENTOS 28 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

LOS TERRITORIOS DE LA PAZ.

La construcción del estado local en Colombia

Publicación digital e impresa

Mauricio García Villegas, Nicolás Torres Echeverry,
Javier Revelo Rebolledo, Jose R. Espinosa Restrepo,
Natalia Duarte Mayorga
2016

• DOCUMENTOS 29 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

**NEGOCIANDO DESDE LOS MÁRGENES:
*la participación política de las mujeres en los procesos de paz en Colombia (1982-2016)***

Publicación digital e impresa

Nina Chaparro González, Margarita Martínez Osorio
2016

• DOCUMENTOS 30 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

**LA PAZ AMBIENTAL:
*retos y propuestas para el posacuerdo***

Publicación digital e impresa

César Rodríguez Garavito, Diana Rodríguez Franco,
Helena Durán Crane
2016

• DOCUMENTOS 31 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

**ACCESO A LOS ARCHIVOS DE INTELIGENCIA
Y CONTRAINTELIGENCIA EN EL MARCO DEL POSACUERDO**

Publicación digital e impresa

Ana María Ramírez Mourraille, María Paula Ángel Arango,
Mauricio Albarracín Caballero, Rodrigo Uprimny Yepes,
Vivian Newman Pont
2017

• DOCUMENTOS 32

**JUSTICIA TRANSICIONAL Y ACCIÓN SIN DAÑO
*Una reflexión desde el proceso de restitución de tierras***

Publicación digital e impresa

Aura Patricia Bolívar Jaime, Olga del Pilar Vásquez Cruz
2017

• DOCUMENTOS 33

**SIN REGLAS NI CONTROLES
*Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores de edad***

Publicación digital e impresa

Diana Guarnizo Peralta
2017

• DOCUMENTOS 34

**ACADEMIA Y CIUDADANÍA
*Profesores universitarios cumpliendo y violando normas***

Publicación digital e impresa

Mauricio García Villegas, Nicolás Torres Echeverry,
Andrea Ramírez Pisco, Juan Camilo Cárdenas Campo
2017

• DOCUMENTOS 35 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

ESTRATEGIAS PARA UNA REFORMA RURAL TRANSICIONAL

Publicación digital e impresa

Nelson Camilo Sánchez León

2017

• DOCUMENTOS 36 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

SISTEMA DE JUSTICIA TERRITORIAL PARA LA PAZ

Publicación digital e impresa

Carolina Villadiego Burbano, Sebastián Lalinde Ordóñez

2017

• DOCUMENTOS 37

DELITOS DE DROGAS Y SOBREDOSIS CARCELARIA EN COLOMBIA

Publicación digital e impresa

Rodrigo Uprimny Yepes, Sergio Chaparro Hernández,

Luis Felipe Cruz Olivera

2017

• DOCUMENTOS 38 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

COCA, INSTITUCIONES Y DESARROLLO

Los retos de los municipios productores en el posacuerdo

Publicación digital e impresa

Sergio Chaparro Hernández, Luis Felipe Cruz Olivera

2017

• DOCUMENTOS 39 IDEAS PARA CONSTRUIR LA PAZ

RESTITUCIÓN DE TIERRAS, POLÍTICA DE VIVIENDA Y PROYECTOS PRODUCTIVOS

Ideas para el posacuerdo

Publicación digital e impresa

Aura Patricia Bolívar Jaime, Angie Paola Botero Giraldo,

Laura Gabriela Gutiérrez Baquero

2017

• DOCUMENTOS 40

CÁRCEL O MUERTE

El secreto profesional como garantía fundamental en casos de aborto

Publicación digital

Ana Jimena Bautista Revelo, Anna Joseph,

Margarita Martínez Osorio

2017

• DOCUMENTOS 41

SOBREDOSIS CARCELARIA Y POLÍTICA DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA

Publicación digital e impresa

Sergio Chaparro Hernández, Catalina Pérez Correa

2017

• DOCUMENTOS 42

SOBREPESO Y CONTRAPESOS

La autorregulación de la industria no es suficiente para proteger a los menores de edad

Publicación digital e impresa

Valentina Rozo Ángel

2017

• DOCUMENTOS 43

VÍCTIMAS Y PRENSA DESPUÉS DE LA GUERRA

Tensiones entre intimidad, verdad histórica y libertad de expresión

Publicación digital e impresa

Vivian Newman Pont

María Paula Ángel Arango

María Ximena Dávila Contreras

2018

• DOCUMENTOS 44

LO QUE NO DEBE SER CONTADO

Tensiones entre el derecho a la intimidad y el acceso a la información en casos de interrupción voluntaria del embarazo

Publicación digital

Nina Chaparro González

Diana Esther Guzmán

Silvia Rojas Castro

2018

El Acuerdo de paz celebrado entre el Gobierno

nacional y la guerrilla de las FARC-EP es una oportunidad única para diseñar políticas destinadas a cerrar la brecha histórica entre el campo y la ciudad, y a garantizar el acceso a derechos y bienes básicos por parte de las comunidades rurales que se han visto más afectadas por el conflicto armado. Como parte de esto, el Acuerdo estipula la incorporación del enfoque de género en todos los procesos que se lleven a cabo como parte de la Reforma Rural Integral (punto 1 del Acuerdo) y de la puesta en marcha de los proyectos de desarrollo con enfoque territorial (PDET), dirigidos a promover la construcción de planes que fortalezcan la presencia del Estado en los territorios y que provean las condiciones para garantizar el acceso a derechos por parte de las comunidades rurales. El objetivo de este documento es evaluar las posibilidades de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) para las mujeres rurales que habitan en los 170 municipios que forman parte de los PDET, zonas priorizadas para la implementación del Acuerdo de paz en Colombia.

A partir de un análisis cuantitativo y, con base en la revisión de casos comparados de países en posconflicto, el documento estudia cómo ha sido el comportamiento de la violencia sexual desde 2007 hasta 2016 en los municipios PDET, y analiza cuál ha sido el efectivo cumplimiento de los estándares en materia de IVE por parte de las IPS localizadas en dichos municipios priorizados. Esta reflexión es un intento preliminar por identificar algunos de los retos más complejos y apremiantes que la implementación del Acuerdo de paz enfrenta en materia de derechos de las mujeres y de aplicación del enfoque de género en las políticas destinadas al mundo rural. De igual manera, el documento pretende hacer un llamado de alerta: la experiencia comparada ha mostrado el alto riesgo de que los casos de violencia sexual se incrementen en escenarios de posconflicto si no se articulan políticas públicas de prevención y de atención adecuadas. Dado el panorama colombiano, en el que la precariedad institucional en los municipios PDET es significativa, y en el que la violencia sexual se ha mantenido con índices críticos en tiempos de guerra y de no guerra, este llamado de alerta es más pertinente que nunca.

978-958-5441-33-0



9 789585 441330