

Oferta institucional de atención en salud para adolescentes víctimas de violencia de género: Caso
Hospital Regional San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar-La Guajira

Esther Leticia Britto Molina

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Magíster en Derechos
Humanos

Directora:

Lucía Andrade Manjarrez

Magíster En Igualdad Y Derechos Humanos

Universidad Industrial De Santander

Facultad De Ciencias Humanas

Escuela de Derecho y Ciencias Políticas

Maestría En Derechos Humanos

Bucaramanga

2020

Agradecimientos

A mis Madres Celestiales, La Guadalupita y Fátima.

A la Universidad Industrial de Santander, por ser Instrumento vivo

Para materializa un sueño.

Al Equipo de Profesionales Administrativos y Sanitarios del Hospital Regional San Rafael de San Juan del Cesar, por la acogida, la calidez y por la oportunidad de aprendizaje brindada.

A mi Maestra y Directora de Tesis, quién con su absoluta dedicación aportó conocimiento y sabiduría en la construcción de este sueño.

Gracias.

Dedicatorias

A ti Santy, mi Cielo, el regalo más grade que me ha dado la vida, por ser mi permanente inspiración y motivo. Esta meta es por ti.

A mis Ángeles en el cielo: A mi Morenita, a Mary, a ti Negra por tu partida temprana y a Ti, mi único y verdadero Amigo, cómplice en los inocentes años mozos!! Eternos afectos pegados a lo más profundo de mi corazón.

A mis Hermanos y Sobrinos, por creer en mí, especialmente en estos momentos oscuros de miedos y dolores; prometo ser refugio y amparo para cada uno de los míos...

A mis Perlas Negras, fuente permanente de inspiración en el intento de ser una mejor persona en cada amanecer de mi pueblo que amo hasta el infinito.

A mi compañero de vida, por no dudar de mí y recordarme lo valiosa, capaz, inteligente y fuerte que soy.

Gracias.

Contenido

	Pág.
Introducción	14
1. Planteamiento del problema.....	16
2. Justificación	18
3. Objetivos	21
3.1 Objetivo general.....	21
3.2 Objetivos específicos	21
4. Estado del arte.....	22
5. Marco conceptual.....	26
6. Antecedentes jurídicos	30
6.1 Del orden internacional.....	30
6.2 Del orden nacional	35
7. Metodología	40
7.1 Diseño del estudio.....	41
7.2 Área de estudio	41
7.3 Muestra	41
7.4 Técnica de recogida de datos	42
7.4.1 Análisis de los datos.....	43

7.4.2 Rigor y calidad de la información.....	45
7.5 Consideraciones éticas	46
7.6 Limitaciones del estudio	47
8. De la atención en salud a víctimas de violencia sexual y violencia de género.	48
8.1. Género, perspectivas y enfoque	48
8.2. Violencia de género en clave de violación de derechos humanos	49
8.3. Modelo de atención en salud del Ministerio de Salud y la Protección Social: Política pública de salud para víctimas de violencia sexual y violencia de género	51
8.3.1 Estructura del Modelo de atención en salud	51
8.3.2 Consideraciones específicas del Modelo de atención en salud para la población Adolescente.....	53
8.3.3 Perfiles del Personal Sanitario-Administrativo de la atención en salud	54
8.3.4 Procesos intersectoriales y Ruta de Atención Intersectorial	57
8.3.5 Oferta institucional para víctimas de violencia sexual y violencia de género	59
8.4. Ruta de Atención institucional para adolescentes víctimas de violencia sexual o violencia basada en género de la E.S.E.	62
8.5 Prácticas Institucionales particulares de la ESE en el proceso de atención	63
8.6. Barrera de acceso a los servicios de salud	63
9. Resultados	65
9.1 Preconcepciones sobre las violencias basadas en género	66
9.2 Sistemas de <i>calidad</i> en la atención en salud	69
9.3 Modelos, Rutas de acceso y Prácticas institucionales	74

9.3.1. Ruta de Atención institucional para adolescentes víctimas de violencia sexual o violencia basada en género de la E.S.E.	74
9.3.2. Prácticas Institucionales particulares de la ESE en el proceso de atención	75
9.4 Factores asociados al <i>nivel de adherencia</i> a modelos, protocolos y rutas	75
9.4.1. Ámbito de la adherencia a protocolos y rutas	75
9.4.2. Ámbito de Interinstitucionalidad con Sistema de Protección y Sistema Jurídico-Legal	76
9.4.3. Ámbito análisis de registros en la Historia Clínica, con respecto al seguimiento de la ruta y protocolos (Nivel de adherencia)	76
10. Discusión.....	79
11. Conclusiones	86
12. Recomendaciones	88
Referencias.....	90
Apéndices.....	97

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. <i>Categorías de análisis</i>	43
Tabla 2. <i>Criterios de revisión y Auditoría para Historias Clínicas de casos cerrados de Adolescentes con diagnóstico de violencia sexual y violencia basada en género atendidos durante el periodo comprendido entre 2015-2018 en el Hospital Regional San Rafael de San Juan del Cesar, La Guajira.</i>	45
Tabla 3. <i>Factores asociados a la Calidad de la atención a Usuaris de los servicios médicos con diagnóstico de violencia sexual y violencia basada en género atendidos durante el periodo comprendido entre 2015-2018 en la E.S.E.</i>	70
Tabla 4. <i>Resultados de la revisión y auditoría de Historias clínicas consultadas de Usuaris con diagnóstico de violencia sexual y violencia basada en género atendidos durante el periodo comprendido entre 2015-2018 en la E.S.E.</i>	78

Lista de apéndices

	Pág.
Apéndice A. Derechos sexuales y reproductivos.....	97
Apéndice B. Protocolo de atención clínica a víctimas de violencia sexual y de género del Ministerio de Salud y la Protección Social. Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011.	99
Apéndice C. Modelo de Consentimiento Informado	103
Apéndice D. Guías de Entrevistas Semiestructuradas Personal Sanitario.....	109
Apéndice E. Protocolos de atención integral a víctimas de violencia sexual y de género del Hospital Regional San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar, La Guajira.	115
Apéndice F. Protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual y de género para procedimiento IVE Interrupción voluntaria de embarazo del Hospital Regional San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar, La Guajira.....	117
Apéndice G. Kit reglamentario para procedimiento IVE Interrupción voluntaria de embarazo del Hospital Regional San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar, La Guajira.	118
Apéndice H. Formato de Consentimiento Informado usado para Casos de violencia sexual o violencia de género en el Hospital Regional San Rafael de San Juan del Cesar, La Guajira.	119
Apéndice I. Formato de Seguimiento a Usuario usado para Casos de violencia sexual o violencia de género en el Hospital Regional San Rafael de San Juan del Cesar, La Guajira.	120

Apéndice J. Formato de Consolidado del mes de Agosto 2020 de Encuesta para evaluar la
satisfacción del Usuarios del Área de SIAU Hospital Regional San Rafael de San Juan del Cesar,
La Guajira. 121

Lista de abreviaturas

- APS: Atención primaria en salud.
- ARL: Aseguradora de riesgos laborales.
- CEDAW: Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- CF: Ciencias forenses.
- CIDH: Corte Interamericana de Derechos Humanos.
- DSR: Derechos sexuales y reproductivos.
- EPS: Entidad prestadora de salud.
- ESCNNA: Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.
- ESE: Empresa social del estado.
- INML: Instituto de medicina legal.
- IPS: Institución prestadora de salud.
- IVE: Interrupción voluntaria del embarazo
- MSPS: Ministerio de salud y la protección social.
- NNA: Niños, niñas y adolescentes.
- OMS: Organización mundial de la salud.
- PAARI: Plan de atención, asistencia y reparación integral a víctimas.
- PDSP: Plan decenal de salud pública.
- RUV: Registro único de víctimas.
- SNARIV: Sistema nacional de atención y reparación integral a víctimas.
- SIAU: Servicio de información y atención al usuario

SSR: Salud sexual y reproductiva.

VBG: Violencia basada en género.

VS: Violencia sexual.

Resumen

Título: Análisis de la oferta institucional de atención en salud para adolescentes víctimas de violencia de género, usuarias de servicios hospitalarios del Hospital Regional Nivel II del municipio de San Juan del Cesar-La Guajira.*

Autor: Esther Leticia Britto Molina.**

Palabras Claves: Violencia de Género en clave de violación de Derechos humanos, Atención en Salud a Víctimas de violencia sexual y violencia de género, Oferta institucional, Barreras de acceso.

Descripción

El trabajo busca revisar la oferta institucional y barreras de acceso de la atención en salud para adolescentes víctimas de violencia de género en servicios del Hospital San Rafael de San Juan del Cesar- La Guajira y pretende analizar los factores intervinientes en la accesibilidad, la calidad de atención, Modelos, y la ruta de atención para adolescentes víctimas de violencia de género; dado que actualmente la oferta institucional está dirigida a la población incluida en el Registro Único de Víctimas, a quienes se les identifican carencias en medidas de asistencia y reparación, contempladas en la Ley de víctimas, ley 1448 del 2011. No obstante, existen los casos no incluidos en este régimen, los no reportados y los casos que se mantienen ocultos y que por claras razones no pueden acceder a la atención en salud. Igualmente explora las rutas de atención en salud, que según el Modelo para la atención a víctimas de violencia sexual del MSPS, Ministerio de Salud y la Protección social, se constituyen en el instrumento a través del cual las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud EPS, deben garantizar este derecho. A partir de un estudio Cualitativo-Descriptivo, desarrollado bajo las técnicas de Análisis documental, entrevistas semiestructuradas y revisión de historias clínicas de casos atendidos entre 2015 y 2018, cerrados; debido al derecho a la confidencialidad según la ley 1098 del 2006, que tienen los casos activos, se establecerán las conclusiones y recomendaciones *para aportar en la construcción de una ruta de acceso clara y efectiva que garantice y proteja el derecho a la atención en salud que tienen las adolescentes víctimas de violencia de género*

* Trabajo de grado.

** Facultad De Ciencias Humanas. Escuela de Derecho y Ciencias Políticas. Maestría En Derechos Humanos. Lucía Andrade Manjarrez, Magíster En Igualdad Y Derechos Humanos

Abstract

Title: Analysis of the institutional offer of health care for adolescent victims of gender violence, users of hospital services of the Regional Hospital Level II of the municipality of San Juan del Cesar-La Guajira.*

Author: Esther Leticia Britto Molina.**

Keywords: Gender Violence in terms of violation of Human Rights, Health Care for Victims of sexual violence and gender violence, Institutional offer, Access barriers.

Description

The work seeks to review the institutional offer and access barriers to health care for adolescents who are victims of gender violence in the services of the Hospital San Rafael de San Juan del Cesar- La Guajira and seeks to analyze the factors involved in accessibility, quality of care, Models, and the care route for adolescent victims of gender violence; Since currently the institutional offer is aimed at the population included in the Sole Victims Registry, who are identified as lacking in assistance and reparation measures, contemplated in the Victims Law, Law 1448 of 2011. However, there are cases not included in this regime, those not reported and the cases that remain hidden and that for clear reasons cannot access health care. It also explores the health care routes, which according to the Model for the care of victims of sexual violence of the MSPS, Ministry of Health and Social Protection, are constituted in the instrument through which the Entities Providers of Health Services EPS, must guarantee this right. From a Qualitative-Descriptive study, developed under the techniques of documentary analysis, semi-structured interviews and review of clinical records of cases attended between 2015 and 2018, closed; Due to the right to confidentiality according to Law 1098 of 2006, which active cases have, conclusions and recommendations *will be established to contribute to the construction of a clear and effective access route that guarantees and protects the right to health care that have adolescent victims of gender violence.*

* Degree work.

** Faculty of Human Sciences. School of Law and Political Sciences. Master in Human Rights. Lucía Andrade Manjarrez, Master in Equality and Human Rights

Introducción

La atención en salud a víctimas de violencia sexual y de género es un tema de doble connotación; por un lado es un derecho fundamental de las víctimas, y por el otro, debido a su complejidad, se ha convertido en un problema de salud pública. La oferta institucional actual está dirigida a la población incluida en el Registro Único de Víctimas, y a las personas que en PAARI¹ se les identifican carencias en medidas de asistencia y reparación, contempladas en la Ley de víctimas, ley 1448 del 2011. Sin embargo, están los casos no incluidos en este régimen, los no reportados y los casos que se mantienen ocultos, que no pueden acceder a la atención.

La Política pública del Ministerio de Salud y la Protección Social, está en el Modelo de atención clínica en salud para víctimas de violencia sexual; que incorpora los protocolos y rutas de atención. Las rutas por su parte, se han constituido en el instrumento a través del cual las EPS, IPS y demás instituciones prestadoras de servicios deben garantizar este derecho; acorde a cada una de las consideraciones y lineamientos incorporadas debidamente en el Modelo.

El presente trabajo busca revisar la oferta institucional e identificar barreras de acceso propias de la atención en salud para adolescentes víctimas de violencia sexual y de género en servicios del Hospital San Rafael de San Juan del Cesar- La Guajira. El propósito de la investigación consiste en analizar los factores intervinientes en la prestación del servicio, a la luz de los estándares sugeridos por el Ministerio de salud, a fin de garantizarles a los niños, niñas y adolescentes la garantía de este derecho fundamental.

¹ Plan de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas.

A partir de un estudio Cualitativo-Descriptivo, basado en técnicas de Análisis documental, entrevistas semiestructuradas y revisión de historias clínicas de casos cerrados atendidos entre 2015 y 2018, se pretende establecer los sistemas de calidad, modelos, protocolos y rutas implementadas por la entidad en el proceso de atención y específicamente determinar si corresponden a los sugeridos por el Modelo de atención del Ministerio de Salud; todo a fin de aportar en la adaptación de una ruta de acceso clara y efectiva que garantice y proteja el derecho a la atención en salud que tienen las adolescentes víctimas de violencia de género.

La escogencia del Hospital San Rafael Nivel II del municipio de San Juan del Cesar como escenario de la investigación, está basada en dos importantes razones, por una parte la entidad es referente y única autorizada para recibir dichos casos; y por otro lado, la posición que ocupa en las más recientes estadísticas según fuentes de la Oficina de vigilancia en Salud pública de la Secretaría de Salud de La Guajira, que reportan casos atendidos de violencia de género, de la siguiente manera: En 2015: 662 casos, en 2016: 641 casos, en 2017: 891 casos, en 2018: 1040 casos. Para el caso exclusivo de violencia sexual en solo el 2018 se han reportado 139 casos atendidos, de la siguiente manera: 128 casos de género femenino, 11 casos de género masculino. Estos datos muestran que ocupa el 5° lugar en casos atendidos de violencia física y 6° lugar en casos atendidos de abuso sexual.

Finalmente, se espera que la investigación tenga un amplio alcance en las redes prestadoras de la atención en salud para víctimas de violencia sexual y de género y que se constituya en un referente no solo para los organismos regionales de salud, sino que pueda hacer aportes significativos en el abordaje de un tema tan complejo, pero también tan insuficientemente investigado.

1. Planteamiento del problema

El fenómeno de la violencia de género se considera actualmente un problema prioritario para la salud pública en Colombia y muchos países del mundo; su abordaje desde el sector salud ha estado sometido a múltiples tensiones políticas y sociales, (Bello-Urrego, 2013) dicho contexto agrava más la situación de las víctimas, en el marco de los derechos humanos. De hecho, la violencia existe desde siempre, aunque solo a partir de las últimas décadas del siglo XX, lo cual a su vez ha generado en muchos países la elaboración de políticas públicas sobre todo después de las Conferencias del Cairo y Beijing. (Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer Beijing, 1989)

En Latinoamérica algunos países han avanzado en la construcción de políticas públicas consistentes en la atención en salud para las víctimas de violencia sexual y de género; tal es el caso de México y Brasil. En Colombia, la Política pública actual está enfocada a la población incluida en el Registro Único de Víctimas RUV, y en el PAARI;² a partir de la Ley de víctimas, ley 1448 del 2011, sin embargo, quedan excluidos los casos que no han sido reportados por las entidades prestadoras de salud, los que se mantienen ocultos; en razón de la tolerancia social de la violencia contra la mujer que hace más difícil que ésta denuncie este tipo de abusos y por tanto, impiden el acceso a la atención necesaria y obligatoria, factor que se traduce en una cobertura restringida y en altos niveles de desatención. Para la implementación de ésta política, se hace acopio de las rutas de atención en salud, que se constituyen en el instrumento a través del cual las EPS, IPS y demás instituciones prestadoras de servicios garantizan este derecho.

² Plan de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas.

Para el Departamento de La Guajira integrado por 15 municipios, el panorama es más complejo dada las severas crisis de gobernabilidad y corrupción de los últimos años; a lo cual se suma el reciente fenómeno migratorio venezolano que la agudiza más. El Departamento cuenta con 3 hospitales de II nivel de atención, uno en Riohacha su capital, uno en Maicao y el tercero en San Juan del Cesar, municipio líder en salud para el sur Guajiro; debido a que el Hospital constituye un Centro de referencia de la red de prestadores de servicios para la zona y los municipios aledaños del Departamento del Cesar. Así mismo, el Hospital brinda servicios de salud en primer y segundo nivel de atención y para los casos de violencia sexual y de género, ha reportado altas cifras de ocurrencia del hecho; según los recientes boletines de la Secretaría de salud Departamental.

En torno a este escenario, la respuesta sigue siendo parcial tanto en cobertura, como en inclusión y en calidad del servicio; a este panorama se suma la ineficacia de muchos de los servicios hospitalarios que a pesar de contar con rutas de atención para estos casos, las mismas resultan ineficaces por la desinformación y el desconocimiento al interior de los equipos médicos. En todo caso los servicios en salud para víctimas de violencia sexual y de género comportan serias limitaciones en el Departamento de la Guajira; por esto se espera avanzar en un análisis amplio de la situación en el Hospital San Rafael del municipio de San Juan del Cesar, a fin de aportar estrategias y mejoras en la implementación de verdaderas rutas de atención para la población mencionada.

2. Justificación

Este trabajo cuyo propósito es analizar la Oferta institucional en salud para adolescentes víctimas de violencia de género en los servicios del Hospital San Rafael de San Juan del Cesar- La Guajira, se realiza a través de un análisis representativo de los factores intervinientes en la accesibilidad y la calidad de la atención en salud, que brinda la entidad a partir de los modelos, las prácticas y las rutas de atención para adolescentes víctimas de violencia de género registradas en el SNARIV, (Presidencia de la República, 2008) y también para casos no registrados en dicho sistema.

La importancia de la investigación radica en la revisión detallada de los modelos, prácticas institucionales y rutas de atención en salud para las adolescentes víctimas de violencia sexual y de género de la E.S.E. Hospital San Rafael; con cuyos resultados se aportará en la construcción de los ajustes necesarios para una Ruta de atención que no solo incluya los criterios sugeridos por el Ministerio de Salud, sino que además contemple las particularidades del territorio tanto para la población atendida como para la operatividad de los sistemas locales de salud; sin duda un instrumento útil que implicará mejoras en la calidad del servicio.

Considerando la definición de violencia sexual hecha por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “como todo acto sexual, la tentativa de consumarlo, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, independientemente de la relación de esta con la víctima y en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” y también las afirmaciones de La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer “CEDAW”, adoptada

por la Asamblea General en su resolución 34/180, Considerando que “*La Declaración Universal de Derechos Humanos reafirma el principio de la no discriminación y proclama que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que toda persona puede invocar todos los derechos y libertades proclamados en esa Declaración, sin distinción alguna y, por ende, sin distinción de sexo*”. Estos dos mandatos, serán tomados como referencia en el presente trabajo de investigación y se aplicará el término de víctima de violencia sexual y de género, bajo los anteriores criterios.

El panorama nacional de la violencia sexual y de género, concretamente para la población adolescente; se evidencia en las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF), según el cual las denuncias alcanzan un 4,0 % del total de los reconocimientos médico legales practicados por sus sedes (1995-2001), donde el mayor porcentaje, 86,2 %, son mujeres, cuyo grupo de edad más afectado es el de 10-14 años con un 37,0 %. El informe más reciente del mismo Instituto, reporta que las niñas menores de 18 años, son el grupo de edad con mayor riesgo de ocurrencia de un evento de este tipo, representando el 84,8 % del total de mujeres en el sexenio de 2009 a 2014. Entre los grupos de edad de menores de 18 años, se observa que en el de los 10 a los 14 años es donde más niñas reportan algún tipo de violencia sexual con un 38,8 % del total y un 45,8 % dentro de los rangos de edad de menores de 18 años.

Para La Guajira, las estadísticas son alarmantes; según fuentes de la Oficina de vigilancia en Salud pública de Secretaría de Salud Departamental, reporta los casos atendidos de la siguiente forma: En 2015: 662 casos, en 2016: 641 casos, en 2017: 891 casos, **en 2018 (A corte de 25 octubre): 1040 casos**. Para el caso de violencia sexual en solo el 2018 se han reportado **139 casos atendidos**, de los cuales, **128 casos son de género femenino**, 11 casos de género masculino. Las estadísticas por clasificación de edades muestran: en solo el 2018 en **Menores de edad: 295 casos**

atendidos. A esta situación se suma el reciente fenómeno migratorio Venezolano, el cual según la ONG SCI, (Save The Children, 2018) en su reporte anual, destaca el alto grado de vulnerabilidad que afrontan las niñas y adolescentes migrantes, por los delitos sexuales a los cuales son sometidas tanto durante el cruce de fronteras como al interior de su núcleo familiar o de los cuidadores que en la mayoría son personas extrañas a ellos, mientras los padres buscan el sustento diario.

Las estadísticas indican que San Juan del Cesar entre los 15 municipios, se posesiona en el **6 lugar** en casos de abuso sexual; coincide con esto la escasa literatura sobre el tema; la más reciente versa sobre ámbitos como el social, político, educativo, cultural e incluso legal; sin embargo, los pocos estudios sobre el derecho a la salud y a la calidad en la atención, señalan que este es un tema insuficientemente investigado. Además, se estima que la ineficacia de las rutas de atención en el Departamento es manifiesta; y el municipio de San Juan del Cesar no escapa de la censura, por la falta de capacidad para garantizar una atención de calidad.

Se trata entonces de determinar los alcances de la Ley 1257 del 2008 que evidencia los criterios de legitimidad relacionados con la protección y el acceso a derechos, también el Auto No. 092 del 2008 que declara que las mujeres víctimas registradas en el sistema PAARI o aquellas reconocidas por el estado como víctimas de violencia en el marco del conflicto armado, gozan de privilegios en la atención en salud y obliga a garantizarles la atención y protección.

En virtud de estos fundamentos, la investigación analizará la oferta institucional en salud, para adolescentes víctimas de violencia de género, específicamente los casos atendidos y cerrados en el periodo comprendido entre 2015-2018 en el Hospital Regional San Rafael Nivel II; debido al derecho a la confidencialidad de las personas víctimas según la ley 1098 del 2006, que otorga a los casos activos en el proceso de atención; además establecerá recomendaciones que garanticen la apropiación e implementación de una ruta de atención en salud para este grupo poblacional.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar la oferta institucional de atención en salud para adolescentes, víctimas de violencia de género, usuarias de servicios hospitalarios del Hospital Regional San Rafael Nivel II del municipio de San Juan del Cesar-La Guajira.

3.2 Objetivos específicos

Revisar los sistemas de calidad de la atención en salud que reciben las adolescentes, víctimas de violencia de género, usuarias de servicios hospitalarios del Hospital Regional San Rafael Nivel II del municipio de San Juan del Cesar-La Guajira.

Identificar modelos, prácticas institucionales y rutas para la atención en salud a adolescentes víctimas de violencia de género en los servicios hospitalarios del Hospital Regional San Rafael Nivel II del municipio de San Juan del Cesar-La Guajira.

Establecer el nivel de adherencia a los Protocolos de atención en salud a víctimas de violencia sexual y violencia de género, de la E.S.E. Hospital Regional San Rafael del municipio de San Juan del Cesar, La Guajira.

4. Estado del arte

Inicialmente, es importante mencionar que son muchos los estudios e investigaciones sobre el tema de género y violencia de género, existe abundante información sobre distintos ámbitos del fenómeno como: Social, cultural, educativo, legal; sin embargo en lo relacionado con el derecho fundamental a la salud, específicamente, a la atención de calidad en salud para adolescentes, el tema está insuficientemente investigado. De esto dan cuenta las bases de datos de Universidades públicas y privadas en el nivel de Maestrías y Doctorados, páginas web de entidades y organizaciones, cuya misión es la atención a víctimas de violencia de género; en la mayoría de los casos los estudios se enfocan en opiniones jurídicas y en modelos de atención específico para cada país; sin embargo hay escasas evidencias en el tema de atención en salud a adolescentes víctimas de violencia sexual y de género.

Una de las más recientes e importantes publicaciones que ha agrupado tres países incluyendo Colombia de la Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología FLASOG, (Ortiz Mariscal, Enero 2011), busca ofrecer una serie de medidas y buenas prácticas obtenidas de la revisión de protocolos, modelos de atención en salud y otros documentos relativos al tema de los países Latinoamericanos y del Caribe adscritos a la Entidad, y concluye que México, Brasil y Colombia; son tres países que han demostrado una preocupación constante en la actualización de sus marcos legales y normativos de sus Ministerios de salud en beneficio de las mujeres. Señala en su informe de manera particular:

En México se aprobó la Norma Oficial Mexicana NOM-046- SSA2-2005, *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Norma actualizada*

en 2009. Así mismo el *Modelo integrado para la Prevención y Atención de la Violencia familiar y sexual, Estrategia del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud México 2004*. Actualizada en el 2009.

En Colombia se ha publicado el *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual*, Proyecto de Acuerdo No. 015 de 2010, Concejo de Bogotá D.C, República de Colombia.

En Brasil se publicó la *Guía Atendimiento ás vítimas de violència sexual*, Cristião Fernando Rosas, Coleção Protocolos HMEC-Obstetricia, 2008.

Otra de las publicaciones recientes de la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología (González A., Troncoso E., Molina G., & Martínez N., 2014) menciona que durante el año 2010 se reportaron 6.956 denuncias por agresiones sexuales por parte de las Entidades responsables, de éstas 5.444 afectaron a mujeres y 1.512 a hombres, las edades más vulnerables fueron entre 5 y 14 años. Un estudio previo mostró que el 22,7% de adolescentes consultantes reportaron agresiones sexuales y el promedio de edad en que ocurrió este evento fue 10,1 años. Así mismo menciona el informe que en el marco de la Conferencia del Cairo de 1994, Chile se comprometió, como país firmante, a proteger, garantizar y promover el ejercicio de derechos en material de salud sexual y reproductiva, y a impulsar políticas públicas destinadas a eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres, adolescentes y niñas.

En el Artículo Promoción y desarrollo integral de la salud en la Población Adolescente (Prieto Cruz, 2016) un estudio que busca analizar la normatividad de Costa Rica en relación con salud de la población adolescente, con enfoque de promoción de la salud y de derechos; describe la norma traducida en estrategias viables para lograr la promoción y el desarrollo integral de la salud de la población, identifican los elementos que se refieren a la promoción de la salud, vinculada con lo que establece la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), firmada por

Costa Rica en 1989; el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, propuesta por la Organización Mundial de la Salud, en 1986, también suscrita por Costa Rica. El artículo concluye con un análisis crítico sobre la contradicción que se da entre la normativa existente y la realidad con que esta población se enfrenta.

La investigación *Violencia de género*, (Straka, 2015.) Dedicar tres de sus capítulos: Derechos humanos, Mujer y Género, Visibilizando las formas invisibles de violencia de género y Los Delitos de género-Referencia al feminicidio; a claras argumentaciones del fenómeno de la violencia de género en América Latina, plantea abordajes para interpretar las formas invisibles de la violencia de género, pero especialmente aporta argumentos a cerca de la íntima relación existente entre los fenómenos de derechos humanos, mujer y género.

En la síntesis del Artículo (Robles, jul./dic. 2016) El derecho a la salud en la Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2004-2014), es posible ver que la Corte ha elaborado un desarrollo jurisprudencial, por demás interesante, precisando los alcances y contenidos para la protección del derecho a la salud de las víctimas. En tal sentido la publicación constituye un referente para establecer criterios de la normatividad internacional y poder comparar en relación con la norma nacional sobre el tema.

La Tesis Doctoral: *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelo de competencia gestionada* (Vargas Lorenzo, 2009) cuyo objetivo es analizar las condiciones de acceso a los servicios de salud en cuatro redes de servicios en Colombia, este estudio de tipo cualitativo descriptivo, concluyó que existen grandes barreras en el acceso a la atención de la población que están relacionadas con varios factores: Geográficos, demográficos, sociales, e institucionales. El trabajo coincide en su tema y su metodología con la investigación, puesto que corresponde al mismo sistema de salud en atención a víctimas de violencia de género.

El Libro Violencia de género: un problema de derechos humanos, de la Serie Mujer y Desarrollo de la CEPAL, (Serie Mujer y Desarrollo de la CEPAL, 1996) muestra Conclusiones de varios estudios, sobre la prevalencia de la violencia de género, que tienen un gran valor porque dejan en evidencia la magnitud e intensidad del problema. Una comisión técnica de UNICEF acordó en Panamá (1989), realizar una investigación en Centroamérica sobre la violencia intrafamiliar contra la mujer, tomando en cuenta el desconocimiento de su magnitud en la subregión.

El artículo de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, llevada a cabo en Egipto en 1994, (Conferencia internacional de El Cairo, 1994) en la cual se trataron temas referidos a derechos sexuales y reproductivos, a las acciones para mejorar la situación de las niñas, el estatus de la mujer, la situación de los adolescentes y la igualdad de género, como componentes básicos para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población; se plantearon varias recomendaciones para conformar el programa de acción que se implementaría en los años siguientes, en relación al abordaje de la garantía de derechos sexuales y reproductivos de niñas y de la mujer, para el territorio Peruano y la sociedad civil hacia los veinte años de la conferencia.

5. Marco conceptual

El marco conceptual comporta cuatro grandes líneas: Violencia de Género en clave de violación de derechos humanos, Atención en salud a adolescentes víctimas de violencia sexual y de género, Oferta Institucional para las víctimas y Barreras de acceso. En este mismo orden se hará la conceptualización y plantearán los enfoques en los cuales está basado el estudio.

Violencia de género en clave de violación de derechos humanos: Desde esta perspectiva cabe señalar como marco de referencia el movimiento feminista y el proceso de internacionalización de los derechos humanos ocurrido posterior a la Segunda Guerra Mundial; cuando se crean organismos especializados con el propósito de promover y proteger los derechos humanos de las mujeres. Se destacan dos instrumentos de alta relevancia, que se tomarán como referentes en el tema: En el sistema universal de protección, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (ONU, 1979), y a nivel regional, La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belem do Para” (OEA, 1994).

- La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW):

“A los efectos de la presente Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por

resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.” Adicionalmente la ONU afirma que la “Violencia de Género” se refiere a aquella dirigida a grupos o individuos sobre la base de su género o sexo, que impacta de manera negativa su identidad, bienestar social, físico o psicológico; cuya raíz está basada en una relación dominante de un género sobre otros, provocando agresiones tanto físicas como verbales. La violencia de género comporta varios tipos: Violencia física, Violencia psicológica, Violencia o Abuso Sexual, y Acoso sexual y la Violencia Económica o patrimonial.

- La Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (CBP) establece: *“Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.*

Atención en salud a Adolescentes víctimas de violencia sexual y violencia de género:

El Código de Infancia y Adolescencia, (2006) en su *Definición de políticas públicas de infancia y adolescencia*, señala que son el conjunto de acciones que adelanta el Estado, con la participación de la sociedad y de la familia, para garantizar la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes; estas mismas, se ejecutan a través de la formulación, implementación, evaluación y seguimiento de planes, programas, proyectos, y estrategias. Considera como sus objetivos entre otros los siguientes: 1. Orientar la acción y los recursos del Estado hacia el logro de condiciones sociales, económicas, políticas, culturales y ambientales, que hagan posible el desarrollo de las

capacidades y las oportunidades de los niños, las niñas y los adolescentes, como sujetos en ejercicio responsable de sus derechos. 2. Mantener actualizados los sistemas y las estrategias de información que permitan fundamentar la toma de decisiones adecuadas y oportunas sobre la materia. 3. Diseñar y poner en marcha acciones para lograr la inclusión de la población infantil más vulnerable a la vida social en condiciones de igualdad. 4. Fortalecer la articulación interinstitucional e intersectorial.

Por su parte, La Política Pública de Atención en salud para personas víctimas de violencia sexual y de género, establecida por el Ministerio de Salud y la Protección Social MSPS, se implementa a través de rutas de atención, que, según el Modelo de atención en salud para tal fin, son el instrumento a través del cual las EPS, IPS y demás instituciones prestadoras de servicios garantizan el cumplimiento de este derecho. (Ver Apéndice B)

Oferta institucional en salud: La oferta institucional es un conjunto de planes, programas, proyectos y acciones específicas, en los cuales se diseñan estrategias de atención en la búsqueda de la superación de la vulnerabilidad, según la Ley 1448 de 2011 o Ley de víctimas; de este modo el Mapa de Oferta, se constituye en una herramienta que ofrece la Unidad de Víctimas para dar a conocer los planes, programas, y acciones específicas brindadas por entidades de orden nacional y territorial integrantes del Sistema SNARIV, y demás organizaciones públicas o privadas que se suman a la reparación integral. Para el caso de la oferta institucional en salud corresponde a los Planes y programas contenidos en el Modelo de Atención en Salud a Víctimas de violencia sexual del Ministerio de Salud y la Protección Social, que se definirán más adelante.

Barreras de acceso: Conjunto de obstáculos y elementos que dificultan el acceso a los servicios sanitarios en poblaciones, programas y patologías específicas, identificando barreras personales, geográficas, económicas y del propio sistema de salud. En este mismo orden se plantean varios tipos de barreras de acceso como son: geográficas, económicas, sociales, culturales y barreras de acceso en la atención en salud propiamente dicho. Definición tomada como referencia del Modelo de atención integral a Víctimas de violencia sexual de enero del 2011, del Ministerio de Salud y la Protección Social MSPS.

Seguidamente, es preciso mencionar las perspectivas y enfoques que incorpora esta propuesta; entre ellos el Enfoque de Derechos humanos y Políticas Públicas, para el caso las políticas públicas del Ministerio de Salud y Protección social MSPS, relacionadas con la atención en salud a víctimas; y por otra parte, la violencia sexual y de género en clave con la violación de estos mismos derechos humanos.

El propósito de encuadrar el tema desde esta perspectiva, aunque pareciera sencillo, en la práctica investigativa realmente no lo es. Los estudios sobre el Enfoque de los derechos humanos y las políticas públicas han concluido que los primeros son el fundamento ético de la formulación y ejecución de políticas públicas, el objeto mismo de ellas en la medida en que éstas se dirigen a la concreción, protección o defensa de situaciones socialmente relevantes que implican violación o vulneración derechos humanos (Garretón, 2004; Bucci, 2002, Bernales Ballesteros, 2004). Así mismo el análisis de la Oferta institucional de atención en salud para adolescentes víctimas de violencia de género, invoca la perspectiva de derechos humanos universales, en un correlato con el enfoque diferencial que vincula el carácter de “víctima” de la población objeto del estudio. Esta correlación derechos humanos y la política pública que se materializa en el Modelo de atención en

salud para víctimas de violencia sexual y de género del Ministerio de Salud y La Protección Social MSPS, se planteará siempre bajo la consideración y perspectiva del enfoque de derechos.

6. Antecedentes jurídicos

6.1 Del orden internacional

Declaración universal de los Derechos Humanos de la ONU (1948)

Proclamada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Artículo 2. “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en ésta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión...” Artículo 7. “Todos son iguales ante la ley y tienen sin distinción, derecho a igual protección de la ley...”

Pacto internacional de derechos civiles y políticos de la ONU (1966)

Proclamado el 16 de diciembre de 1966 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Aprobado por la ley 74 de 1968. Preámbulo: “Considerando que, conforme a principios enunciados en Carta de Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia y sus derechos iguales e inalienables...” Artículo 26. “Todas las personas son iguales ante la ley, tienen derecho sin discriminación a igual protección.

Pacto de derechos económicos, sociales y culturales (1966)

Proclamado el 16 de diciembre de 1966 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Aprobado por la ley 74 de 1968. “Considerando que, conforme a los principios enunciados en la Carta de Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia y sus derechos iguales e inalienables...” Artículo 26. “Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección. Aprobado por la Asamblea General, mediante Resolución 2200 A (XXI) del 16 de diciembre de 1966. Ratificado el 29 de octubre de 1969 en virtud de la Ley 74 de 1968.

Convención interamericana de derechos humanos (1972)

Proclamada el 22 de noviembre de 1969. Aprobada por la Ley 16 de 1972. Artículo 1. “Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra condición social.

Convención internacional de la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer CEDAW

Adoptada por la Asamblea General en su resolución el 18 diciembre de 1979, ratificada mediante la ley 51 de 1981. **Artículo 1.** “A los efectos de la presente Convención, la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la

mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Convención internacional sobre los derechos del niño

Adoptada por la Asamblea General en Resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989.

Entrada en vigor para Colombia el 28 de enero de 1991 en virtud de la Ley 12 de 1991. Se establece que “el entorno que un menor necesita para desarrollar todas sus capacidades y autoestima, requiere tanto de una atención médica o una educación adecuadas, como de un medio social y familiar sano y seguro, una alimentación equilibrada (...) instando a los gobiernos de los países a que el desarrollo saludable de los niños esté entre las prioridades de las naciones integrantes. En el Artículo 24 de la Convención establece que Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, adoptarán las medidas apropiadas para: “... proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales.

La declaración y programa de acción de Viena (1993)

“Los derechos humanos constituyen los valores esenciales que sustentan la convivencia en la comunidad humana y que los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales”. “La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexual, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas, son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas”.

Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer BELÉM DÓ PARÁ

Adoptada en Belem do Pará, el 9 de junio de 1994. Entrada en vigor para Colombia el 15 de diciembre de 1996, en virtud de la Ley 248 de 1995. En La Ley se establece que “La violencia contra las mujeres es una violación a los derechos humanos porque afecta gravemente una serie de derechos humanos y libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades”. Esos derechos y libertades comprenden: a) El derecho a la vida; b) El derecho a no ser sometido a torturas o a tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes; c) El derecho a protección en condiciones de igualdad con arreglo a normas humanitarias en tiempo de conflicto armado internacional o interno; d) El derecho a la libertad y a la seguridad personal; e) El derecho a igualdad ante la ley; f) El derecho a igualdad en la familia; g) El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental; h) El derecho a condiciones de empleo justas y favorables.

Conferencia mundial sobre población y desarrollo

Aprobada en 1994 en el Cairo. Definió como objetivos: 1. Acceso universal a servicios de salud reproductiva; 2. Educación primaria universal; 3. Reducción de la mortalidad materna; 4. Reducción de la mortalidad infantil; 5. Aumento de la esperanza de vida; 6. Reducir las tasas de contagio de VIH/SIDA. Se reconocieron conceptualmente los derechos reproductivos como parte integrante e indivisible del conjunto de derechos humanos universales.

Conferencia mundial sobre la mujer

Aprobada en Beijing de 1995 por la Asamblea General de Naciones Unidas. Los gobiernos asumieron el compromiso de patrocinar medidas para eliminar o restringir las violencias contra las mujeres, tales como: examinar legislaciones nacionales, promocionar la capacitación y apoyar la apertura de centros de acogida para las mujeres víctimas de malos tratos. Reiteró el compromiso de la comunidad internacional con los objetivos de igualdad entre los géneros, el desarrollo y la paz para todas las mujeres. *Proclamada 15 de noviembre del 2000 por Naciones Unidas. Entrada en Vigor 25 de diciembre de 2003.* El Protocolo establece que por sancionar la trata de personas especialmente de Mujeres y Niños su ratificación obliga a los Estados a fortalecer su legislación nacional y apoyar internacionalmente la coordinación del orden público para combatir la trata de personas.

Cumbre mundial en favor de la infancia New York-2002

Ratificada en Nueva York en 2002. Se ratifica el compromiso de la comunidad de naciones con los niños y las niñas del mundo, razón por la cual su documento final fue denominado “Un mundo Justo para los Niños”. El pacto acordado por consenso por los Estados fue el de dar toda la prioridad a los niños, niñas y adolescentes en políticas públicas. Se definió poner a los niños siempre de primero y, entre otros, los siguientes principios: Erradicar la pobreza e invertir en la infancia; educar a todos los Niños; proteger a los niños de la violencia y la explotación; proteger a los niños de la guerra.

Novena conferencia regional de la mujer de América Latina y El Caribe, de la comisión económica para América

Aprobada México D.G., 2004. CEPAL-ONU. Reafirma los compromisos de países con los objetivos de la Plataforma de Acción de Beijing, la Declaración de Milenio y los Programas de Acción de El Cairo, Copenhague y Durban. El consenso reafirma la voluntad de los gobiernos de trabajar en áreas a favor del adelanto de las mujeres: a. Políticas públicas, planes y presupuestos con perspectiva de género; b. Pobreza; c. Empleo; d. Educación; e. Salud; f. Violencia; g. Participación en toma de decisiones-ejercicio de la ciudadanía; h. Legislación; i. Acceso a la justicia-goce de derechos humanos y las libertades fundamentales; j. Estadísticas desagregadas por sexo; k. Cooperación Internacional; l. Fortalecimiento institucional; m. Migrantes.

6.2 Del orden nacional

Constitución Política de Colombia (1991)

Artículo 5°. El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad. Artículo 13°. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de autoridades, gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados y protegerá especialmente a las personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta, sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan. Artículo 43°.

La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación, durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá subsidio alimentario si estuviere desempleada o desamparada.

Ley 360 del 1997

Considera la violencia sexual como "Delitos Contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana" y no contra la libertad y el pudor sexual precisando el bien jurídico a tutelar en el marco de las libertades individuales. *Artículo 15.* Los derechos de las víctimas de los delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana así: a. Toda persona víctima de delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana tiene derechos excepcionales.

Resolución 412 DE (2000)

Sector salud. Guía de Menor Maltratado. Guía de Mujer Maltratada.

Ley 599 de 2000 Código Penal

Acceso carnal violento (Art. 205). Acto sexual violento (Art. 206). Acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir (Art. 207). Acceso carnal abusivo con menor de catorce años (Art. 208). Actos sexuales con menor de catorce años (Art. 209). Acceso carnal o acto sexual abusivos con incapaz de resistir (Art. 210). Acoso sexual (Art 210 A). Circunstancias de agravación punitiva (Art 211). Inducción a la prostitución (Art 213). Constreñimiento a la prostitución (Art 214). Circunstancias de agravación punitiva (Art 216). Estímulo a la prostitución de menores (Art 217). Pornografía con menores (Art 218). Omisión de denuncia (Art 219 B).

Delitos contra personas y bienes protegidos por el DIH Acceso carnal violento en persona protegida (Art 138). Actos sexuales violentos en persona protegida (Art 139).

Política nacional de salud sexual y reproductiva (2003)

En cuanto al objetivo general plantea mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de la población con especial énfasis en reducción de factores de vulnerabilidad y comportamientos de riesgo. Las metas, por su parte, apuntan a la reducción del embarazo adolescente, de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual.

Ley 1098 de 2006 Código de Infancia y Adolescencia

Artículo 20. Derechos de Protección: Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra: La violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de la persona menor de edad. El secuestro, la venta, la trata de personas y el tráfico y cualquier otra forma contemporánea de esclavitud o de servidumbre. Las guerras y los conflictos armados internos.

Ley 1146 de 2007

Establece normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, así “Atención integral en salud. En caso de abuso

sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud tanto público como privado, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. 1. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, serán atendidos en las IPS, EPS, ARS, de manera inmediata, en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos, 2. Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso; 3. Provisión de antirretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/Sida; 4. Durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y psicológica de la víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias; 5. A que se recoja de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia; 6. Se dará aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF; 7. Se practicarán de inmediato pruebas forenses, patológicas y psicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.” (Art 9).

Ley 1257 del 2008

Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 194 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Se crea el tipo Penal de Acoso Sexual: “El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años”. (Artículo 29).

Ley 1329 de 2009. Por medio de la cual se modifica el título IV de la Ley 599 de 2000:

Artículo 219. El que utilice o facilite el correo tradicional, las redes globales de información, telefonía o cualquier medio de comunicación para obtener, solicitar, ofrecer o facilitar contacto o actividad con fines sexuales con personas menores de 18 años de edad, incurrirá en pena de prisión de 10 a 14 años y multa de 67 a 750 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las penas señaladas en el inciso anterior se aumentarán hasta en la mitad (1/2) cuando las conductas se realizaren con menores de catorce (14) años.

Ley 1336 de 2009. Por medio de la cual se adiciona y robustece la Ley 679 de 2001, Lucha contra la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes. Artículo. 219. Turismo sexual. El que dirija, organice o promueva actividades turísticas que incluyan la utilización sexual de menores de edad incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años. La pena se aumentará en la mitad cuando la conducta se realizare con menor de doce 12 años.

Ley 1719 del 2014. Garantiza el acceso a la justicia de personas víctimas de violencia sexual, especialmente con ocasión del conflicto armado. Que se preserve en todo momento la intimidad y privacidad manteniendo toda la confidencialidad de su información. Que se les extienda copia de la denuncia, del reconocimiento médico legal y de cualquier otro documento de interés para la víctima. No ser discriminadas en razón de su pasado ni de su comportamiento u orientación sexual. Ser atendida por personas formadas en Derechos Humanos y enfoque diferencial.

Ley estatutaria No. 1751 del 2015 del Congreso de Colombia, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, su Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes.

Artículo 10. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Artículo 2^o • *Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.* El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

7. Metodología

La metodología parte de un enfoque de tipo de estudio Cualitativo-Descriptivo, desarrollado bajo las técnicas de: Análisis documental y Entrevistas semiestructuradas, las cuales se ejecutará en tres fases: Fase I, concerniente a la revisión minuciosa de las Rutas de atención para los casos de violencia sexual y violencia de género y las epicrisis de los casos cerrados atendidos de la población objetivo; Fase II relativa a la información recabada, a partir de las entrevistas semiestructuradas para el personal de salud y administrativo que atiende los casos en la IPS; y la Fase III, que comporta el proceso de análisis del nivel de adherencia de la IPS al cumplimiento de las rutas, a fin de visibilizar realmente el proceso de atención en salud en lo relacionado con dicho fenómeno, con el propósito de establecer las prácticas y modelos implementadas por la IPS Hospital San Rafael, para la atención a las víctimas de violencia sexual y de género.

7.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo basado en la revisión de los casos cerrados, atendidos en la E.S.E; de adolescentes con diagnóstico de violencia sexual y violencia de género, en los que se analiza el acceso a los servicios de salud, desde la perspectiva de la implementación de las rutas establecidas y de todos los sistemas y actores intervinientes; a fin de garantizar la atención integral a las usuarias.


El estudio busca obtener información para una mejor comprensión del fenómeno de acceso a los servicios de salud, a partir del seguimiento de rutas de atención debidamente establecidas en el protocolo de atención para víctimas emitidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social. (Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA, Enero 26 de 2011)

7.2 Área de estudio

El estudio se lleva a cabo en las instalaciones de la E.S.E. Hospital Regional San Rafael Nivel II del municipio de San Juan del Cesar-La Guajira, concretamente en los servicios de salud de atención a víctimas de violencia sexual y violencia basada en género.

7.3 Muestra

Para una adecuada y precisa selección de la muestra para el presente estudio, se establecen los siguientes criterios:

 **IPS II Nivel de atención en salud:** Elegida como área geográfica de estudio, por ser la única IPS de II nivel autorizada para recepcionar los casos de violencia sexual y violencia basada en género; en el sur de La Guajira.

✚ **Historias clínicas de casos cerrados atendidos durante el periodo comprendido entre los años 2015-2018** de adolescentes femeninas: sujetos de estudio de la investigación.

✚ **IPS Con mayor reporte de casos atendidos de violencia sexual y de género:** Según fuentes de **SIVIGILA**, la Oficina de vigilancia en Salud pública de la Secretaría de Salud Departamental de La Guajira, se han reportado casos atendidos de violencia de género, de la siguiente manera: En 2015: 662 casos, en 2016: 641 casos, en 2017: 891 casos, **en 2018 (A corte de 25 octubre): 1040 casos.** Para el caso del Hospital Regional San Rafael, posicionado entre los que más casos han reportado.

7.4 Técnica de recogida de datos

Las técnicas cualitativas que se emplearán para recoger la información requerida para la investigación son:

✚ **Análisis de casos cerrados atendidos entre los años 2015 y 2018, de violencia sexual y violencia de género, con adolescentes víctimas, usuarias de los servicios de salud del Hospital Regional San Rafael de San Juan del Cesar-La Guajira.**

✚ **Entrevista semiestructurada, planteando una conversación en la que el investigador formula las preguntas a partir de una guía con los temas que se buscan explorar. Las entrevistas se harán al personal sanitario y administrativo que le compete la atención de los casos de violencia de género como: Profesionales de la salud, personal administrativo y gestores del servicio. Para este caso de manera virtual, en consonancia con la situación de emergencia en salud pública actual con ocasión de la Pandemia del Covid 19.**

✚ Análisis de los resultados de las entrevistas, en relación con las rutas de atención; a fin de establecer el nivel de adherencia a los protocolos de atención en salud a víctimas de violencia de género, en la E.S.E. Hospital San Rafael del municipio de San Juan del Cesar, La Guajira.

7.4.1 Análisis de los datos

El análisis de los datos se hará primero de manera individual y posteriormente de forma comparativa, a fin de lograr un buen nivel de análisis se agotaron varias etapas: En la primera, se identificaron los temas, se crearon los conceptos y las categorías; en la segunda fase se clasificó la información, se dio un orden conceptual acorde a los objetivos del proyecto y se sistematizó. En la fase final, se establecen relaciones y desarrollan las explicaciones, a partir del contexto donde se obtiene la información y los datos; todo esto para darle un sentido a los resultados que integre e interprete a cabalidad, la información recolectada.

Se generaron categorías y subcategorías de análisis, incluidas en la entrevista semiestructurada del personal sanitario y administrativo, a fin de poder hacer la correlación con la revisión de las historias clínicas de los casos cerrados atendidos por estos profesionales. Las categorías establecidas en el análisis comparativo se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 1.

Categorías de análisis

Categorías	Subcategorías
Preconcepciones	Perspectivas del fenómeno de la violencia de género, causas e impacto.
sobre las	Consideraciones éticas y sanitarias sobre Interrupción voluntaria del embarazo IVE.
violencias basadas	Acceso a información, educación y capacitación en el tema de IVE.
en género.	

Tabla 1. (Continuación)

Categorías	Subcategorías
Sistemas de calidad en la atención en salud	<p>Ámbito de la Calidad en la prestación de los servicios de salud:</p> <p>Accesibilidad:</p> <p>Oportunidad:</p> <p>Pertinencia:</p> <p>Continuidad:</p> <p>Satisfacción del usuario:</p> <p>Implementación de SIAU Servicio de información y atención al usuario.</p>
Modelos, prácticas Institucionales y Rutas de acceso	<p>Ruta de atención institucional para la atención en salud a para adolescentes víctimas de violencia sexual o violencia basada en género?</p> <p>Modelo de atención en salud y/o protocolo utilizado por la E.S.E.</p> <p>Prácticas institucionales adicionales en la atención.</p>
Factores asociados al nivel de adherencia a Modelos, protocolos y rutas.	<p>Ámbito de la adherencia a protocolos y rutas.</p> <p>Ámbito de la interinstitucionalidad con los Sistemas de Protección y Sistemas Jurídico-Legal.</p> <p>Análisis de la evidencia de los registros en la historia clínica, con respecto al seguimiento de la ruta y protocolo (Nivel de adherencia).</p>

Tabla 2.

Criterios de revisión y Auditoría para Historias Clínicas de casos cerrados de Adolescentes con diagnóstico de violencia sexual y violencia basada en género atendidos durante el periodo comprendido entre 2015-2018 en el Hospital Regional San Rafael de San Juan del Cesar, La Guajira.

<i>Criterios de revisión y Auditoría</i>	<i>Historias Clínicas</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1. IPS o E.S.E.					
2. Periodo/F. Inicio/F. Cierre					
3. Procedencia/Zona					
4. Edad del Adolescente					
5. Parentesco de acompañante					
6. Etnia					
7. Discapacidad/Tipo					
8. Escolaridad/Nivel					
9. Motivo consulta-Ingreso					
10. Activación Ruta Salud					
11. Activación Ruta Integral					
12. Presencia de Embarazo					
13. Procedimiento IVE					
14. Seguimiento-Cierre					

7.4.2 Rigor y calidad de la información

Para asegurar la calidad de los datos se trianguló (Calderón, 2002) la información, contrastada desde diversos puntos de vista; a partir de comparaciones entre los resultados provenientes de las entrevistas semiestructuradas con aquellos obtenidos de la minuciosa revisión

de las historias clínicas de casos cerrados atendidos por la E.S.E. con diagnóstico de violencia sexual o violencia de género. La técnica de la triangulación permite reducir los sesgos en la interpretación de los datos, corroborarlos y señalar algunas alternativas que no habían sido consideradas anteriormente.

La triangulación de los resultados (Calderón, 2002, págs. 74-75) es, precisamente, un proceso que controla la subjetividad del investigador durante el análisis y que valida los resultados que se obtengan. Este procedimiento consiste tanto en el contraste de resultados entre investigadores, como el contraste de resultados obtenidos con una técnica con los obtenidos a través de otra; esta última es la variedad que se implementó en el presente trabajo de investigación.

Otro mecanismo que se utilizó para garantizar el rigor metodológico de la investigación, fue la documentación minuciosa del trabajo de campo y la descripción detallada del análisis de los datos.

7.5 Consideraciones éticas

La investigación no contempló ningún riesgo para las personas participantes en el proyecto, dado que no se realizó experimento clínico, ni se interactuó con las adolescentes directamente. Las fuentes de recogida de datos fueron entrevistas semiestructuradas con personal sanitario y administrativo, y la revisión de historias clínicas de casos cerrados atendidos por la E.S.E; por lo tanto, no se afectó la integración personal de ninguno de ellos.

La participación de los Profesionales fue de carácter voluntario, con los que previamente se adelantó la firma de consentimiento informado, igualmente la información obtenida de las entrevistas, junto con la información obtenida de la revisión de las historias clínicas; fue tratada con estricta confidencialidad y bajo criterios de anonimato por parte de la investigadora.

7.6 Limitaciones del estudio

Es importante señalar que la investigación en el ámbito del área de la salud, cobra un carácter ético-moral y también unos criterios del tiempo distintos, por razones inherentes al mismo proceso médico y clínico. En este sentido, se puede mencionar que fueron pocas las limitaciones para adelantar la investigación en la E.S.E. Hospital San Rafael, excepto algunos aplazamientos de las citas para entrevistas por razones de ocupación médica, específicamente en esta etapa particular de situación de salud en virtud de la Pandemia que claramente tiene en crisis a todos los equipos médicos y a las instituciones prestadoras de salud por lo consiguiente. Igualmente, algunas otras limitaciones estuvieron asociadas a los mecanismos virtuales, a través de los cuales se adelantaron las entrevistas, ya que muchas veces se presentaron dificultades de conectividad en la zona.

Al tratarse de una investigación en salud sobre ofertas institucionales y calidad del servicio de salud para adolescentes víctimas de violencia sexual y de género; un tema que ya se ha dicho anteriormente, se encuentra insuficientemente investigado en el país, no se contó con otros estudios relacionados que permitieran la comparación de la información, las escasas comparaciones se hicieron con investigaciones de países latinoamericanos que desde luego conservan alguna similitud con el país.

8. De la atención en salud a víctimas de violencia sexual y violencia de género.

Para ilustrar la atención en salud a víctimas de violencia sexual, inicialmente es importante considerar las principales nociones sobre el género, perspectivas, enfoques, y su estrecha relación con las propias políticas públicas en salud. En virtud de esta precisión, a continuación se establecen y plantean estas nociones, a fin de dar claridad al contexto del Modelo de atención en salud vigente. Es menester realizar una revisión de las principales perspectivas y enfoques alrededor de las violencias de género y los sistemas de calidad, modelos y protocolos que ha implementado el país para prevenir este flagelo.

8.1. Género, perspectivas y enfoque

Definir el fenómeno de violencia de género, sus perspectivas y manifestaciones; implica partir de la noción de Género. En este sentido se cita al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ("Comité de la CEDAW"), establecido por la CEDAW, quien adoptó la definición de Género, como "diferencias entre mujeres y hombres social y culturalmente construidas"; (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 1991b) según la cual, el término se refiere a "los significados sociales dados a las diferencias biológicas por sexo. Es una construcción ideológica y cultural que también se reproduce en el campo de las prácticas materiales y que a su vez influencia los resultados de estas, afecta la distribución de recursos, la riqueza, el trabajo, el poder político y de decisión y el disfrute de los derechos y titularidades tanto al interior de la familia como en la vida pública". Añade que "el género estratifica socialmente y que en este sentido es similar a la raza, la clase, la etnia, la sexualidad y la edad, además de que ayuda a

entender la construcción social de las identidades de género y la estructura desigual del poder que subyace la relación entre los sexos", además destaca que los estereotipos de género son resilientes, dominantes y persistentes. Son dominantes socialmente cuando se articulan a través de los sectores sociales y las culturas y son socialmente persistentes en cuanto se manifiestan a lo largo del tiempo.

8.2. Violencia de género en clave de violación de derechos humanos

La existencia de condiciones de estratificación y subordinación social de las mujeres ha exacerbado el fenómeno de la violencia contra ellas. La subordinación a la que han estado expuestas, genera la necesidad de que organismos nacionales e internacionales garantes de derechos humanos, defiendan la concepción de que estos mismos derechos vinculen entre otros aspectos, la posibilidad que tienen las personas independientemente de su género, de acceder en igualdad de condiciones a la garantía de derechos (Nikken, sf).

Toda persona es titular de derechos, para las mujeres es compleja la situación, debido a que históricamente los derechos fueron pensados desde el universal masculino y la concepción de las mujeres como minoría, lo que provocó su exclusión histórica y la invisibilización de sus diferencias y necesidades; esta garantía de derechos está vinculada a la posibilidad de una persona independientemente de su género de disfrutar en igualdad de condiciones de ellos; precisamente con referencia al movimiento feminista y al proceso de internacionalización de los derechos humanos, se crean organismos especializados a nivel internacional con el propósito de promover y proteger los derechos humanos de las mujeres, como la Comisión Interamericana de Mujeres (1928, ahora órgano de la Organización de Estados Americanos–OEA) y la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (Naciones Unidas–ONU, 1946); ambas ya definidas con anticipación.

Al respecto de estas dos convenciones, es importante señalar sus semejanzas y diferencias, en virtud de la concepción del fenómeno de la violencia de género:

- La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (ONU-1979), CEDAW:

A los efectos de la presente Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

- La Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belem do Para” CBP (OEA-1994), establece:

“Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.

En clave con este panorama, la ONU afirma que la violencia de género determina varias implicaciones, ya que va dirigida a grupos o individuos sobre la base de su género o sexo, y que impacta de manera negativa su identidad, bienestar social, físico o psicológico; que tiene su raíz en una relación dominante de un género sobre otros, provocando agresiones de diversos tipos: Violencia física, Violencia psicológica, Violencia o Abuso Sexual, y Acoso sexual y la Violencia Económica o patrimonial; que ha venido incrementándose especialmente en poblaciones más vulnerables; de niños, niñas y adolescentes, para quienes las posibilidades de acceso a la atención

se ven restringido por razones diversas. En respuesta a la problemática, estos organismos internacionales han construido modelos y políticas, considerando el fenómeno como un problema prioritario de salud pública, al respecto refieren que su abordaje está sometido a tensiones políticas y sociales; y existe una enorme divergencia para nominarla, (Bello-Urrego, 2013) un contexto que agrava la situación; de hecho, la violencia existe desde siempre, pero recién en las últimas décadas del siglo XX como se mencionó con anterioridad, se ha tratado de manera abierta; hecho que generó en muchos países la elaboración de políticas públicas específicamente después de las Conferencias del Cairo y Beijing. (Bello-Urrego, 2013)

8.3. Modelo de atención en salud del Ministerio de Salud y la Protección Social: Política pública de salud para víctimas de violencia sexual y violencia de género

A continuación, se ilustra el Modelo de atención en salud a víctimas de violencia sexual, a partir de su estructura, consideraciones específicas para adolescentes, perfiles del personal de la atención, rutas de atención y áreas de prevención y promoción.

8.3.1 Estructura del Modelo de atención en salud

El Modelo de atención en salud está compuesto por un conjunto de herramientas técnicas, conceptuales y prácticas sobre cómo atender de manera integral y reparadora a las víctimas de violencia sexual, se convierte en un instrumento valioso para que los profesionales e instituciones de salud puedan brindar una respuesta eficaz y humana que minimice riesgos asociados a la situación de violencia. Fue desarrollado para apoyar el trabajo de los equipos de salud y de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, surge a partir de unos antecedentes de la atención en salud; previamente establecidos por el Ministerio de la Protección

Social en el año 2000, con la Guía del Menor maltratado y la Guía de la Mujer Maltratada, a través de la Resolución 412 de 2000; dichas Guías están vigentes e indican las acciones que el sector salud debe realizar frente a la atención de casos de violencia en sus diversos tipos, a través de los protocolos sugeridos para tal fin. Las principales consideraciones del Modelo son:

- Capacidad de respuesta ante eventos
- Personal calificado, capacitado, en lo relacionado con el Modelo de atención.
- Contar con un Comité institucional que dirija y actúe en el abordaje del caso.
- Procesos de capacitación permanente para personal de atención y administrativo.
- Identificación de Barreras de Acceso y desarrollo de planes para disminuirlas.
- Procedimientos de actuación adaptados a la institución y al marco de procesos.
- Procedimientos e insumos que garanticen la calidad del servicio.
- Procesos de remisión: Rutas de protección y las Rutas de acceso a justicia.

A los hospitales y profesionales de salud, el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, les permitirá generar condiciones de atención humana y profesional que minimicen las consecuencias del evento, e iniciar acciones para la protección y no repetición de otras formas de violencia. Atender con **calidad y oportunidad** se constituye en una buena forma de impactar positivamente la vida de estas personas, de cumplir con las obligaciones legales y profesionales que le competen; y especialmente de garantizar a través de la prestación de los servicios de salud, que haya establecimiento de un buen nivel de adherencia a los Protocolos de atención en salud a víctimas de violencia sexual.

El Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual establece diversos enfoques para interpretación e implementación entre ellos el Enfoque de Derechos, de salud pública, de género y orientación sexual, de integralidad, y por último los enfoques diferenciales étnicos, por discapacidad, por ciclo vital.

8.3.2 Consideraciones específicas del Modelo de atención en salud para la población Adolescente

La atención en salud a Adolescentes víctimas de violencia sexual y violencia de género, tiene particulares especificaciones en el Modelo de atención. La política pública ha establecido unos protocolos y rutas diferentes, considerando las características de este grupo poblacional y señala que existen al menos tres formas en las que el sector salud tiene conocimientos de eventos de violencia sexual en adolescentes, estos son:

- Cuando la víctima solicita el servicio de salud con motivo de situación de violencia sexual.
- Cuando la víctima ha sido referida por otra institución (que ya ha hecho la detección del caso de violencia sexual), con el fin de que la institución de inicio al protocolo de atención en salud
- Cuando la sospecha de violencia sexual surge de la mirada entrenada del profesional de salud quien detecta signos y síntomas asociados, que originan la sospecha y su diagnóstico.
- Además para el caso de la población Adolescente y concretamente las mujeres, cabe destacar el esquema de la sintomatología, que evidencia claramente la ocurrencia del evento, entre los síntomas más significativos, el Modelo señala:
 - Embarazos tempranos (menor de 14 años)

- Conducta suicida
- Comportamiento bulímico
- Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.
- Síntomas depresivos, de comportamiento, de ansiedad, o de alteración del sueño.
- Aislados y con escasa red de soporte social.
- Bajo rendimiento escolar.
- Expuestos a violencia en el contexto familiar en especial violencia de pareja.
- Desconocimiento de los DSR (derechos sexuales y reproductivos).
- Con poca red de apoyo social y familiar.
- Lesiones en aparato genitourinario.

Igualmente hacia el interior de las rutas, procedimientos e insumos, se determinan las especificaciones cuando se trata de una víctima adolescente. Para el caso de la E.S.E. Hospital Regional San Rafael, en sus manuales y protocolos se puede evidenciar claramente la incorporación de estas normas y a la vez de su implementación han dado cuenta los registros en las historias clínicas revisadas para los fines pertinentes de esta investigación.

8.3.3 Perfiles del Personal Sanitario-Administrativo de la atención en salud

El equipo de trabajo para la atención integral de la víctima debe de estar conformado con sus respectivas funciones en la E.S.E. de la siguiente manera:

Médico general

Encargado del manejo inicial determinando síntomas físicos, emocionales o condiciones particulares, para ofrecer calidad de la atención y disminuir los errores, estabilizará al paciente física, emocional y psicológicamente e iniciará la anamnesis con lenguaje prudente y claro sin revictimizar, además adelantará la firma del consentimiento informado, para finalizar realizará remisión a entes de control o entidades de mayor complejidad si el caso así lo amerita.

Enfermera profesional y/o Auxiliar de enfermería

Es quien coordina las intervenciones, brinda primeros auxilios psicológicos participando en la atención inicial junto al médico tratante, estabiliza al paciente, toma las muestras para embalaje, pruebas diagnósticas, diligencia rótulos y formato de cadena de custodia. Apoya con primeros auxilios psicológicos.

Trabajador social y/o personal de SIAU3

Encargado de tomar datos para realizar el seguimiento oportuno de cada caso que ingrese, programando y realizando gestión del riesgo con un total de 5 consultas de seguimiento. Será enlace con el Centro de Salud, para asignación de citas de control. Diligencia las base de datos.

Coordinador administrativo encargado de los casos de violencia sexual dentro de la entidad

Es quien conoce todos los procesos, tendrá conocimiento para realizar las observaciones y garantizar la dotación de insumos- medicamentos. Dicho personal llevará a cabo el manejo del

³ Sistema de Servicio Integral de Atención al Usuario.

paciente, activando el código fucsia (Ministerio de salud y la Protección Social, 2011) (similar al código rojo), con el fin de proteger la privacidad e intimidad del paciente.

En todo caso, tanto el personal sanitario como administrativo que participa de la atención en salud, guardará unas condiciones esenciales en el servicio:

➤ ***Preparación Previa***

El profesional siempre requiere preparación previa, conocer la problemática, sus creencias, sentimientos, evitar que estas afecten el proceso de ayuda, tener compromiso, sensibilidad, capacitación y actualización.

➤ ***Momento de verdad***

Muchas víctimas no cuentan sobre el incidente, por tanto es importante desarrollar acciones para darle orientación y apoyo, ya que es un momento de verdad único en la vida de la persona y una oportunidad que puede no volver a repetirse.

- ***Promover la desculpabilización:*** Existe la tendencia a culpar a la víctima, es necesario asegurarse que bajo ninguna circunstancia ésta, ha sido culpable y que ella no la ha ocasionado.
- ***Permitir que la víctima y su familia se expresen desde las emociones*** y no desde la racionalidad, libre de sentimientos de culpa, ira, rabia y dolor que puede causar el evento.
- ***Se dará explicación sobre posibles síntomas que pueda tener la víctima:*** plantearle que puede tener síntomas físicos y emocionales, trastornos de sueño, alimenticios; esto le ayudará a tener un mayor control frente a sí misma.

- *Apoyar la búsqueda de mecanismos individuales, familiares, sociales e institucionales* Deberá plantearse la necesidad de un lugar seguro para ir, presencia de alguien de confianza, que lo acompañe durante el proceso de restablecimiento.

Durante la exploración realizada en esta investigación con respecto a la organización del equipo de atención y a sus compromisos según lo establecido en el Modelo, se pudo evidenciar que corresponden adecuadamente y que conservan un buen nivel de adherencia tanto en sus funciones como en los estándares que sugiere el MSPS para la atención. El Hospital Regional San Rafael, garantiza los profesionales sanitarios y administrativos requeridos para una buena calidad en los servicios de salud. Este hallazgo se confirma claramente con los perfiles que participaron de las entrevistas semiestructuradas que se adelantaron con el equipo.

8.3.4 Procesos intersectoriales y Ruta de Atención Intersectorial

Una vez se han realizado los procesos iniciales de atención integral en salud de las víctimas de violencia sexual, las instituciones de salud deben iniciar el proceso de remisión y activación de los otros dos sistemas que hacen parte de la atención integral: Sistema de Protección y Sistema de Justicia. Para ello, es necesario que el prestador de Salud conozca todas las instituciones y entidades locales que conforman estos sistemas en la localidad.

- ***Activación de la Ruta de Protección***

En caso de que la víctima de violencia sexual sea NNA no se podrá dar de alta hasta que no se inicie el proceso de protección por parte del ICBF. Entre las Instituciones de la Red de protección están:

- ICBF (caso de NNA): el ICBF (centro zonal, Casa de Justicia, CAIVAS) del municipio o localidad.

- Policía de Infancia y Adolescencia (caso NNA) para hacer acompañamiento al NNA: En articulación con la Policía de Infancia y Adolescencia el ICBF asistirá al hospital y deberá acompañar a la víctima y su familia en el proceso de atención intersectorial.

- Comisarías de Familia (casos de mayores de 18 años): Cuando por motivos de ubicación geográfica o porque no se cuente en el momento (fin de semana), con los servicios del ICBF, la institución de salud deberá garantizar la protección de la víctima de violencia sexual realizando una hospitalización por protección.

- ***Activación de la Ruta de Acceso a Justicia***

La IPS debe contar con mecanismos de coordinación con el sector justicia para garantizar que se conozcan todos los procedimientos obligatorios para el reporte. Esta coordinación debe hacerse a través del profesional o comité encargado de la atención en violencias, o del representante legal del hospital. El reporte de la IPS o EPS debe hacerse de forma Institucional y no personal. Cuando quien detecta la situación de violencia sexual es un profesional independiente que hace la detección en su práctica privada deberá poner en conocimiento de la autoridad de manera directa (puede hacerse de manera formal o no formal). Las Instituciones a las que se debe contactar e informar del posible caso de violencia en el municipio son:

- Fiscalía
- Policía Judicial: CTI, URI.

- En los lugares donde no hay Policía Judicial estas funciones las asume la Policía Nacional. (Ver Ruta de atención integral a víctimas de Delitos sexuales).

El cumplimiento de los pasos del protocolo de atención y de la activación de los otros dos sectores alternos en la atención integral como lo son Protección y justicia; puede verificarse claramente en el Apéndice D Protocolos de atención integral del Hospital Regional San Rafael.

8.3.5 Oferta institucional para víctimas de violencia sexual y violencia de género

La oferta institucional incorporada en la Política pública del Ministerio de Salud y Protección social, queda establecida a través del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. (Ministerio de Salud y la Protección Social, Enero 26 de 2011), y está contemplada en las siguientes áreas:

- ***Área de promoción y prevención***

Brinda servicios asistenciales de salud, a través de programas y estrategias de prevención y promoción a todas las víctimas de violencia sexual y de género, en concordancia con los protocolos de atención clínica sugeridos por el Modelo de atención en salud a víctimas.

En relación con esta área importante de la Oferta institucional sugerida por el MSPS, es importante plantear un análisis paralelo con su implementación y desarrollo en la E.S.E. Hospital Regional San Rafael. Si se observa en los datos de registro de las historias clínicas auditadas, la gran mayoría de ellas reportan una atención con clasificación Triage II, es decir con fenómeno ocurrido después de las 72 horas; solo una de las historias clínicas se reporta en clasificación de Triage I, es decir atendido antes de las 72 horas de ocurrencia, sin embargo este caso es proveniente

de otro municipio, lo cual a su vez indicaría que el área geográfica escapa de la zona del municipio de San Juan del Cesar.

El análisis se plantea sobre tres aspectos importantes, primero, valdría la pena revisar los mecanismos de promoción de bienestar, actividades de prevención adelantadas por la E.S.E, especialmente mirar si la comunidad tiene claridad sobre el cómo, cuándo, dónde reportar el hecho y solicitar la atención; segundo tener en cuenta que entre más demoras haya en la atención del caso, más probabilidad existe de perder las muestras y las evidencias que permitan por un lado asegurar su cadena de custodia y por el otro, entregarlas a medicina legal para adelantar la investigación respectiva, y tercero, considerar la estricta relación que existe entre el tiempo transcurrido para la atención en salud en relación con el evento IVE Interrupción voluntaria del embarazo, dado que por obvias razones, en el evento de que haya la posibilidad de un embarazo en la adolescente víctima, las diferencias de tiempo transcurrido entre la ocurrencia del evento y la real atención; marcarán claras diferencias en la manera que se active la ruta para atención de IVE.

Finalmente podría considerarse que la implementación de esta Área de promoción y prevención en el Hospital San Rafael, requeriría de acciones preventivas de mayor impacto a fin de disminuir las brechas en relación con el reporte y denuncia del hecho. El análisis en este caso, aplicaría no solo para el Hospital San Rafael, sino también para toda la red prestadora de servicios del Departamento de La Guajira. Ver Tabla 6.

- ***Área de promoción social***

Una oferta para población vulnerable: primera infancia, *desplazados*, personas con trastornos mentales, *víctimas de conflicto armado, de maltrato, Discapacidad*, adultos mayores y

grupos étnicos. Apoyo a programas de alcaldes y gobernadores en temas como *Educación Sexual*, lactancia, nutrición y vacunación. En esta área podría considerarse también algunos de los elementos mencionados con amplitud en el análisis anterior.

- ***Gestión territorial y emergencias***

Apoya a entidades territoriales con el Programa de asistencia y prevención de emergencias de salud en temas como elaboración de planes hospitalarios de desastres y capacita permanentemente el talento humano en el tema. Atiende además emergencias sanitarias, aportando medicamentos, insumos, elementos y equipos para la atención de las emergencias sanitarias.

- ***Prestación de servicios de salud con calidad***

Encamina esfuerzos a fortalecer acciones para mejorar la **calidad** en el servicio. Entre los **Atributos de la calidad en salud** se consideran los siguientes:

Accesibilidad. Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.

Oportunidad. Posibilidad de obtener los servicios que requiere sin retrasos.

Seguridad. Conjunto de elementos estructurales, y procesos que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.

Pertinencia. Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.

Continuidad. Garantía de recibir intervenciones requeridas sin interrupciones innecesarias. (Recomendable un seguimiento a 6 meses y a un año).

Satisfacción del Usuario. Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

Actualmente esta declaratoria de oferta institucional varía considerablemente entre regiones y mucho más entre sectores del sistema de salud. La situación se complejiza por varias razones, por una parte la manera como están planteados los servicios de salud en la Ley 100 que propone dos regímenes paralelos: Contributivo y Subsidiado; a partir de los cuales se preveía que para el 2001 toda la población estuviera dentro de uno u otro régimen, sin embargo, la realidad hoy es distinta, en tanto se calcula que por lo menos 20 millones de personas no poseen ninguno de los dos, (ONG Médicos sin Fronteras MSF, Mar 31 de 2002). Por otra parte, la red de prestación de servicios funciona a través *de los Actores e intermediarios del sistema de salud* como son: **Las Entidades Promotoras de Salud (EPS)**. Son las entidades encargadas de hacer la afiliación en salud a los usuarios del sistema, según la clasificación y puntaje del SISBEN. **Las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)**. Ejercen función de intermediarios dentro del sistema de salud, muchas veces con dificultades en sus sistemas de información y en sus mecanismos de *calidad* del servicio. **Los hospitales**, convertido hoy en E.S.E. (Empresas Sociales del Estado), cobran por servicios prestados (un pago que efectúan las ARS siempre posteriormente). (ONG Médicos sin Fronteras MSF, Mar 31 de 2002, pág. Pág. 8) Y que deben atender también a los "vinculados", cuya atención en salud depende, de los gobiernos locales; situación que genera un déficit operacional de la red pública.

8.4. Ruta de Atención institucional para adolescentes víctimas de violencia sexual o violencia basada en género de la E.S.E.

Las opiniones de los profesionales sanitarios y administrativos en este aparte, dan cuenta que la E.S.E. se adhiere a protocolos y rutas de atención sugeridas por el Modelo de atención clínica en salud para víctimas de violencia sexual del MSPS. Además las Rutas de atención

institucional (Ver anexo de Ruta de atención integral de la víctima), diseñadas por su equipo de profesionales desde el 2011; guardan no solo los requerimientos del Ministerio, sino que están debidamente ajustadas a la presencia de la institucionalidad responsable de los otros dos sistemas como el Sistema de Protección y el Sistema Jurídico-Legal, en la región. Considerando que el Hospital San Rafael es la E.S.E. Que constituye el centro de la red prestadora de servicios de salud en todo el sur de la Guajira.

8.5 Prácticas Institucionales particulares de la ESE en el proceso de atención

Al respecto los profesionales sanitarios han coincidido que la mejor manera de garantizar un servicio de calidad a los usuarios es adhiriéndose a los protocolos sugeridos por el Ministerio. Como práctica particular de la E.S.E. refieren el hecho de haber tenido que incorporar una novedad en la ruta de atención relacionada con el momento de hacer la derivación a medicina legal; en razón de que en años anteriores se contaba con este servicio en el municipio de San Juan del Cesar, sin embargo, desde hace alrededor de 5 años fue trasladado al municipio de Fonseca, con lo cual se hace obligatorio que todo caso de violencia sexual tanto en menores como en adultos sea remitido a medicina legal en el municipio cercano.

8.6. Barrera de acceso a los servicios de salud

Este complejo escenario que se ha ilustrado en el párrafo anterior de prácticas institucionales, con relación a los otros dos sectores participantes; se convierte en una importante *barrera de acceso*, dado que abundan los trámites excesivos para usuarias y también para las entidades que igual se ven afectadas en el cumplimiento de sus procesos misionales, en razón del mismo fenómeno. La situación se explica mejor, a partir de las serias dificultades a las

que se ven abocadas en términos de comunicación efectiva y coordinación interinstitucional para garantizar la atención integral a las víctimas; constituyéndose este factor en una clara barrera de acceso al servicio asociada con el sistema de salud, tal como lo plantea el Modelo de atención.

Las falencias en la comunicación y en la coordinación interinstitucional de estos tres sectores se reflejan en las diferencias de los registros y cifras reportadas por cada una de ellas; que según los datos que se han mencionado en este trabajo de investigación, guardan amplias diferencias. Es el caso de los reportes a nivel nacional de denuncias del evento que hace el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF), en el sexenio de 2009 a 2014 según el cual las niñas menores de 18 años, son el grupo de edad con mayor riesgo de ocurrencia de un evento de este tipo, entre los grupos de edad se observa que en el de los 10 a los 14 años es donde más niñas reportan algún tipo de violencia sexual con un 38,8 % del total y un 45,8 % dentro de los rangos de edad de menores de 18 años.

Para el Departamento de La Guajira por su parte, según fuentes de la Oficina de vigilancia en Salud pública de Secretaría de Salud Departamental, en su reporte menciona así: En 2015: 662 casos, en 2016: 641 casos, en 2017: 891 casos, en 2018: 1040 casos. Para el caso de violencia sexual en solo el 2018 se han reportado 139 casos atendidos, de los cuales, 128 casos son de género femenino, 11 casos de género masculino. Las estadísticas en solo el 2018 muestran 295 casos atendidos en menores de edad.

El municipio de San Juan del Cesar, por su parte, se posesiona en el 5° lugar en casos atendidos de violencia física y 6° lugar en casos atendidos de abuso sexual; las estadísticas indican que entre los 15 municipios se posesiona en el **6 lugar** en casos de abuso sexual; coincide con esto la escasa literatura sobre el tema.

Así como se ha planteado el panorama, que evidencia diferencias en los reportes entre los mencionados sectores, debido a barreras de acceso en el propio sistema de salud; también valdría la pena considerar la existencia de otras barreras que podrían eventualmente afectar estos mismos reportes, es el caso de aquellas externas al sistema que obstaculizan la garantía de la atención en salud para las víctimas; entre ellas se encuentran las de tipo: geográficas, económicas, sociales y culturales. Definición tomada de (Rodríguez Hernández, Rodríguez Rubiano, & Corrales Barona, 2013). Las mismas se explicarán ampliamente en el capítulo de resultados.

Finalmente es preciso mencionar que éste amplio ámbito que se ha descrito en torno a las barreras de acceso a la oferta institucional, resulta nocivo para la atención en salud, en términos de que se afecta no solo el propio sistema sanitario, sino también la atención ofrecida por los otros sistemas paralelos a la atención integral a las víctimas como el sistema de protección y el sistema judicial. Así mismo el hecho ha sido asociado con el incremento ostensible de estas mismas barreras y a su vez con el aumento de acciones legales para garantizar el derecho a la salud. (Rodríguez Hernández, Rodríguez Rubiano, & Corrales Barona, 2013, pág. 12).

9. Resultados

El capítulo siguiente presenta los resultados obtenidos durante el proceso investigativo a partir de dos instrumentos: Historias clínicas y Entrevistas semiestructuradas, desde la perspectiva

de los actores sanitarios y administrativos del proceso de atención en salud a adolescentes víctimas de violencia sexual y de género en la E.S.E. Hospital Regional San Rafael.

Con el objetivo de guardar la confidencialidad de la opinión de los entrevistados, por una parte, y respetar el anonimato en la identidad de las usuarias, cuyas historias clínicas fueron revisadas por otra; se han establecido unos criterios de análisis y unos códigos para identificar los casos consultados. En tal sentido, los resultados se presentarán de acuerdo con estas cuatro categorías en la sección de recogida de datos; cada una de ellas con sus correspondientes subcategorías, todo a fin de garantizar unos mejores criterios de análisis de la información obtenida.

9.1 Preconcepciones sobre las violencias basadas en género

Existe consenso entre los participantes sobre lo complejo que resulta el fenómeno de la violencia de género, la describen como una conducta que genera daño, agresión, maltrato físico y psicológico por la condición de sexo y de género. Mencionan además que las causas del fenómeno obedecen a factores de diversos tipos: culturales, sociales, familiares, que se evidencian en la presencia de estereotipos asociados al desequilibrio de los roles de la mujer en relación con los roles de los hombres, añaden que otras causas están determinadas por el tipo de matrimonio servil que predomina en la región, las relaciones dominantes entre el hombre y la mujer y especialmente el comportamiento machista del hombre de la región. Al respecto de este tipo de matrimonio servil en el Departamento de La Guajira, de acuerdo con datos de la UNODC, (Boletín de septiembre 2019), Colombia es un país de origen, tránsito y destino de trata de personas, principalmente en las modalidades de explotación sexual, trabajo forzado, matrimonio servil que para el caso del Departamento está instaurado esencialmente por los arraigos culturales y marcado por una

supremacía del hombre sobre la mujer; "Por eso los gobiernos debemos seguir trabajando incansablemente en la lucha para crear conciencia sobre la situación de las víctimas y promocionar y proteger sus derechos". Consideran que el impacto en este sentido es tan fuerte que los casos atendidos de violencia sexual y violencia de género en el Hospital, han ido incrementándose considerablemente en los últimos años.

Los indicadores llaman la atención debido a que sugieren debilidades al interior del área de prevención y promoción de la entidad, como claramente se ha discutido en el aparte anterior; en el sentido de que son escasas las iniciativas del trabajo comunitario y sensibilización de la población al respecto de las campañas obligatorias de prevención del maltrato intrafamiliar y el abuso sexual.

En lo relacionado con el tema de educación y capacitación sobre el fenómeno de violencia de género refieren que han recibido capacitación en dos oportunidades, una de ellas de parte de la Secretaría de Salud Departamental y la otra por iniciativa de la E.S. E con una empresa privada a través de talleres. Esta baja frecuencia en los procesos de capacitación podría estar asociada con las debilidades en la toma de iniciativas del área de prevención y promoción del Hospital; que se ha discutido en el párrafo anterior. Máxime cuando los protocolos del modelo de atención mencionan que la capacitación para las entidades de salud en torno a la atención de víctimas de violencia de sexual o de género, en las áreas de prevención y promoción deberán ser permanentes y que esta garantía le corresponde como ente rector en primer lugar a la Secretaría de salud departamental, pero en sí misma es una responsabilidad de toda la red prestadora del servicio, para el caso del mismo Hospital como centro local de atención.

En relación con consideraciones éticas y sanitarias sobre Interrupción voluntaria del embarazo IVE, todos coinciden que se lleva a cabo de acuerdo a los Modelos establecidos por el

MSPS, lo cual se evidencia en el Protocolo interno de la entidad (ver anexo. Protocolo Procedimiento IVE); que define los pasos para atender el hecho. Al respecto refieren, que éste se ha presentado en los últimos años con un bajo nivel de ocurrencia, alrededor de 2 casos en los últimos 4 años. Coinciden también que la E.S.E. respeta la Ley 258 del 2008, la cual promulga que la opinión de la niña o adolescente siempre debe primar sobre la de sus familiares y cuidadores; y en todo caso tendrá siempre el acompañamiento del personal sanitario a fin de que la toma de decisión sea un proceso debidamente informado; además refieren que los casos atendidos por este motivo, en su mayoría coinciden con lo dicho por la Sentencia C355 del 2006, en la cual, según la Corte Constitucional, la violencia sexual es la causa principal de la interrupción voluntaria del embarazo IVE.

Aquí en este aspecto valdría la pena de nuevo retomar el análisis planteado anteriormente con respecto a las debilidades del área de prevención y promoción, es decir si el bajo número de casos presentados de IVE en este lapso de tiempo de 2015-2018; estaría asociado con el momento del reporte del hecho y solicitud de la atención (Después de las 72 horas de ocurrencia), lo cual podría sugerir que esta variable importante del fenómeno, escapa al control del proceso de atención en salud que brinda la entidad. Igualmente, señalan que se ha procedido bajo los protocolos establecidos, con la participación de los funcionarios de las rutas de protección y de justicia, que se ha cumplido siempre que el área de medicina legal, ha contado con una oficina en el municipio; cuando no se garantiza este acompañamiento, se ha procedido con la remisión a ciudades capitales cercanas. En la práctica del IVE, refieren los profesionales sanitarios que en algunas ocasiones ha habido la objeción de conciencia por parte del personal médico, para estos casos se reasigna el profesional que atenderá a la usuario, siempre buscando respetar el derecho que le atañe a la niña o adolescente.

9.2 Sistemas de *calidad* en la atención en salud

El sistema de calidad en la atención en salud comporta 5 atributos a saber: Accesibilidad, Oportunidad, Pertinencia, Continuidad y Satisfacción del usuario (Implementación de SIAU Servicio de información y atención al usuario); un sistema que como se ha mencionado guarda algunas dificultades para su cumplimiento, en virtud de las propias barreras de acceso con las cuales está relacionado, concretamente con barreras del propio sistema de salud, como los trámites excesivos para usuarias y para las entidades que se ven afectadas en el cumplimiento de sus procesos misionales, las inconsistencias en la cooperación y comunicación de todas las entidades responsables de la atención integral, el caso de la Continuidad del servicio; sobre la cual indica el protocolo que deberá garantizarse los seguimientos correspondientes de 3,6,12, meses respectivamente; una situación que no posee la debida claridad en los registros de las historias clínicas auditadas.

La calidad de la atención también tendría que incorporar y considerar los otros tipos de barreras de acceso que no están ligados al sistema de salud, pero que efectivamente intervienen en la atención, es el caso de las barreras externas al sistema que obstaculizan la garantía de la atención en salud para las víctimas; entre ellas se encuentran las de tipo: geográficas, económicas, sociales y culturales; que ya se han descrito con claridad.

Los resultados se presentan en la tabla siguiente.

Tabla 3.

Factores asociados a la Calidad de la atención a Usuaris de los servicios médicos con diagnóstico de violencia sexual y violencia basada en género atendidos durante el periodo comprendido entre 2015-2018 en la E.S.E.

Calidad de atención en salud-	Hallazgos
Atributos	
Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Las usuarias que consultan por violencia sexual o de género, tienen absoluta prioridad en la E.S.E. De inmediato se activa el código “Verde”. (Ver anexo de Ruta de atención a víctimas de violencia sexual). - Las mayores dificultades para el acceso están relacionadas con las preconcepciones de la menor y de sus familias o cuidadores con respecto al abuso sexual y a la violencia, que se evidencian específicamente en la actitud de mutismo y silencio al momento de referir los hechos. - Otras barreras son las de tipo geográfica por el estado de las vías entre la zona rural y la urbana, e incluso por las largas distancias de Corregimientos con habitantes de población indígena; de donde provienen muchos de los casos. - Presencia de otras barreras de menor afectación como las económicas, dado que los familiares refieren que muchas veces no consultan porque falta de dinero para viajar y traer a la menor al hospital; igualmente las barreras culturales como el miedo a denunciar, temor a la desaprobación social y al rechazo familiar y escolar. - Un caso excepcional es el de las Usuaris Migrantes Venezolanas, quienes manifiestan rechazo a los protocolos, debido a que experimentan discriminación por no ser de la región, prefieren guardar silencio, para evitar que las señalen y vuelvan a agredir y sobretodo porque desconocen el funcionamiento de los Sistemas de Protección al menor y del Sistema jurídico y legal colombiano.

Tabla 3. (Continuación)

Calidad de atención en salud- Atributos	Hallazgos
Oportunidad	<p>- Con relación a la oportunidad de la atención, los profesionales coinciden en afirmar que por ser el evento una prioridad en la consulta, el tiempo de atención es inmediato, con promedio de 15 a 20 minutos de espera mientras se establece el Triage. Para garantizar la oportunidad de la atención, se asignan dos médicos en la urgencia, a fin de que en el evento de que simultáneamente se presente la consulta; mientras un médico atiende otro tipo de urgencia, el otro médico atiende a las menores que consultan.</p> <p>- Igualmente, si se diera que ambos médicos están ocupados, el equipo de Psicólogos y Trabajador social, apoya con los primeros auxilios psicológicos tanto a la menor como al acompañante. (Ver anexo de Ruta de atención).</p>
Seguridad	<p>- Para garantizar la seguridad del paciente, la atención se centra en la protección de la integridad, la garantía de la privacidad y el respeto por el estado emocional de la usuaria y sus familiares. La E.S.E. procura siempre que los servicios que se les presta a los usuarios correspondan a los protocolos y modelos establecidos por el MSPS. Por esta misma razón hay rigor en la atención especialmente en casos de NNA con diagnóstico de violencia sexual o de género.</p> <p>- La mejor forma de evitar la ocurrencia de eventos adversos durante la atención es adherirse de manera absoluta a los protocolos y a las rutas.</p> <p>- Todos instrumentos y materiales usados para la atención, corresponden al Kit de atención en salud para víctimas de violencia sexual o de género que sugiere la ruta de atención y en todo caso la referente de salud mental siempre garantiza la disponibilidad en el servicio de urgencia de la E.S.E. (ver anexo de Kit de atención).</p>

Tabla 3. (Continuación)

Calidad de atención en salud- Atributos	Hallazgos
Pertinencia	<p>- En todos los casos de violencia sexual y de género atendidos, se ha garantizado que tanto el proceso de atención, como los materiales e instrumentos que se requieren; guarden las condiciones y requisitos establecidos para tal fin; particularmente en el caso de medicamentos y exámenes de laboratorio, siempre hay reserva y disponibilidad de ellos en la farmacia del hospital.</p> <p>- Para los pocos casos presentados en procedimiento de IVE, se ha facilitado la información y orientación tanto a la menor como a sus responsables. Se cumple siempre con el diligenciamiento del consentimiento informado y además se apoya la toma de decisión informada por el equipo de Psicología y Trabajo Social.</p>
Continuidad	<p>- La continuidad del proceso se evidencia en los esquemas de seguimiento establecidos en la ruta de atención, la responsabilidad es de todo el equipo y no de una sola persona. Normalmente la E.S.E. responde por el seguimiento independiente de si la E.P.S. acompaña o no. Hay diferencias en el seguimiento: cuando es una menor con diagnóstico de violencia sexual con presencia de embarazo el seguimiento se hace durante un año aproximadamente, con sus debidos controles; si se ha dado el caso del procedimiento IVE, se guarda el rigor de los seguimientos establecidos en la ruta (Ver anexo de ruta para IVE). Para el caso de la menor que no tiene embarazos, el seguimiento se considera entre los 3 a los 6 meses. En todo caso, la E.S.E. garantiza la continuidad del proceso tanto para la menor como para su núcleo familiar cercano.</p>

Tabla 3. (Continuación)

Calidad de atención en salud- Atributos	Hallazgos
Satisfacción del Usuario	<p>- En relación con la satisfacción del usuario, médico y enfermera coinciden que no aplican ningún tipo de procedimiento para evidenciar el tema, sin embargo, al final de la atención, regularmente conocen la opinión de los usuarios a través de preguntas casuales de cómo se sintió o cómo le pareció la atención.</p> <p>- El área de SIAU aplica las Encuestas de satisfacción del paciente (Ver anexo) en todos los servicios. Especialmente para los servicios de urgencia, se establecen unos criterios de evaluación en los formularios implementados. Normalmente las encuestas y formularios las adelanta la Psicóloga y la Trabajadora social asignadas a la urgencia del hospital.</p> <p>- En la revisión de Estrategias de Satisfacción del Usuario, incluida en los Protocolos de atención se evidencia:</p>
Satisfacción del Usuario	<p>Satisfacción del Usuario: Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.</p> <p>- Se adopta el modelo atención integral en Salud para víctimas de Violencia sexual del Ministerio de Salud y Protección Social. Enero de 2011.</p> <p>Se adopta la capacitación en atención en salud para víctimas de violencias sexuales dada en enero de 2014 convenio 036 MSPS-UNFPA de la OMS.</p> <p>- Se adopta protocolo Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia sexual, que hace parte de la Resolución 0459 de 2012 del MSPS.</p> <p>- Se adopta modelo de intervención integral casos de abuso sexual de la Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA) de 2011.</p> <p>- Se adopta el Reglamento técnico para abordaje forense integral en investigación del delito sexual, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de 2009.</p>

9.3 Modelos, Rutas de acceso y Prácticas institucionales

A continuación, se describen los hallazgos en dos líneas principales de la investigación: Rutas de atención y Prácticas institucionales.

9.3.1. Ruta de Atención institucional para adolescentes víctimas de violencia sexual o violencia basada en género de la E.S.E.

Al respecto de la atención en salud para adolescentes víctimas de violencia sexual y violencia de género, es importante destacar la insuficiencia de las consideraciones tanto teóricas como prácticas para el capítulo de la atención a NNA. La política Pública nacional, en su estructura orgánica no contempla especificaciones ni protocolos requeridos para esta atención diferencial; tampoco menciona incorporación de referentes internacionales de organismos como el caso de ONU Mujeres, en cuya literatura revisada, igualmente se evidencia poca documentación para el proceso de atención en salud para adolescentes. La insuficiencia en los lineamientos técnicos para la atención a adolescentes, también se traduce en limitaciones de carácter práctico a la hora que las IPS ofrecen los servicios sanitarios a los usuarios que consultan y solicitan la atención. (Ver anexo de Ruta de atención integral de la víctima).

Sin embargo, las opiniones de los profesionales sanitarios y administrativos en este aparte, dan cuenta que la E.S.E. Hospital San Rafael se adhiere a protocolos y rutas de atención sugeridas por el Modelo de atención clínica en salud para víctimas de violencia sexual del MSPS. Además, las Rutas de atención institucional (Ver anexo de Ruta de atención integral de la víctima), diseñadas por su equipo de profesionales desde el 2011; guardan no solo los requerimientos del Ministerio, sino que están debidamente ajustadas a la presencia de la institucionalidad responsable de los otros dos sistemas como el de Protección y el Jurídico-Legal, en la región. Considerando

que el Hospital San Rafael es la E.S.E., de II nivel constituye el centro de la red prestadora de servicios de salud en todo el sur de la Guajira

9.3.2. Prácticas Institucionales particulares de la ESE en el proceso de atención

Los profesionales sanitarios han coincidido que la mejor manera de garantizar un servicio de calidad a los usuarios es adhiriéndose a los protocolos sugeridos por el Ministerio. Como práctica particular de la E.S.E. refieren el hecho de haber tenido que incorporar una novedad en la ruta de atención relacionada con el momento de hacer la derivación a medicina legal; en razón de que en años anteriores se contaba con este servicio en el municipio de San Juan del Cesar, sin embargo, desde hace alrededor de 5 años fue trasladado al municipio de Fonseca, con lo cual se hace obligatorio que todo caso de violencia sexual tanto en menores como en adultos debe ser remitido para los fines pertinentes a medicina legal en el municipio cercano.

9.4 Factores asociados al nivel de adherencia a modelos, protocolos y rutas

Los resultados obtenidos en este aparte sobre el criterio de adherencia a protocolos y rutas, comportan tanto las opiniones obtenidas a través de las entrevistas al personal sanitario y administrativo; como los registros de las historias clínicas de la muestra, a fin de lograr unos resultados basados en la evidencia técnica pero también clínica. A continuación, los tres ámbitos de análisis definidos en los criterios de recogida de datos:

9.4.1. Ámbito de la adherencia a protocolos y rutas

Las opiniones del personal sanitario y administrativo señalan que uno de los procesos de atención en salud mejor documentados en el hospital, es el de atención a víctimas de violencia

sexual y de género; (Véase protocolos de atención). Este hecho ha favorecido el acceso a la información por parte de los profesionales, pero también ha privilegiado el factor de adherencia a rutas y protocolos; la situación puede evidenciarse claramente en el proceso de atención de la usuaria.

9.4.2. Ámbito de Interinstitucionalidad con Sistema de Protección y Sistema Jurídico-Legal

La E.S.E. Respecto de la garantía de la atención integral siempre ha protegido este derecho en las NNA y también en los adultos. Las rutas en el sistema de protección se activan en el mismo momento en que se atiende la consulta por urgencias. Para el caso de la activación de medicina legal, tal como ya se ha dicho, se hace el reporte de inmediato y en algunas ocasiones incluso para evitar procesos de revictimización el mismo equipo de trabajo social brinda el acompañamiento tanto a la usuaria como a la familia para hacer la respectiva denuncia. Igualmente se guardan los mecanismos de seguridad para el embalaje y cadena de custodia del material probatorio que se envía a medicina legal. Por otra parte, y simultaneo con la prestación de los primeros auxilios médicos y psicológicos, se solicita la intervención de Policía de infancia y adolescencia, Comisarías de familias o la institución jurídico- legal más cercana.

9.4.3. Ámbito análisis de registros en la Historia Clínica, con respecto al seguimiento de la ruta y protocolos (Nivel de adherencia)

Cada uno de los pasos de la ruta y protocolos de atención quedan debidamente registrados en la historia clínica de la usuaria, lo mismo que las derivaciones a que haya lugar. Sin embargo, tal como se ha discutido en los párrafos anteriores, existen algunas debilidades en las iniciativas de prevención y promoción en el sentido de que son escasas las estrategias de sensibilización e

implementación de acciones de IEC información, educación y capacitación con la comunidad; un elemento que podría estar a la vez asociado con los bajos niveles de reporte del evento y con el amplio periodo de tiempo transcurrido entre la ocurrencia del hecho y la solicitud de la atención. Estas discusiones se han realizado en los acápites anteriores y aunque las acciones de prevención y promoción no están consideradas específicamente como paso dentro de la ruta de atención, son procesos complementarios que se armonizan para ofrecer una mejor calidad en la prestación del servicio.

Para un mejor análisis de los datos se presenta la revisión y auditoría detallada que se hizo a cada una de las 5 historias clínicas participantes en el proceso de investigación.

Tabla 4.

Resultados de la revisión y auditoría de Historias clínicas consultadas de Usuarias con diagnóstico de violencia sexual y violencia basada en género atendidos durante el periodo comprendido entre 2015-2018 en la E.S.E.

<i>Criterios de revisión y Auditoría</i>	<i>Historias Clínicas</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1. IPS o E.S.E. responsable	Hospital Regional San Rafael Nivel II	Hospital Regional San Rafael Nivel II	Hospital Regional San Rafael Nivel II	Hospital Regional San Rafael Nivel II	Hospital Regional San Rafael Nivel II
2. Periodo/Fecha Inicio/Fecha Cierre	<i>1/02/2017</i> <i>6/08/2017</i>	<i>15/11/2017</i> <i>16/01/2018</i>	<i>11/03/2018</i> <i>24/07/2019</i>	<i>18/08/2018</i> <i>26/07/2019</i>	<i>11/03/2018</i> <i>24/07/2019</i>
3. Clasificación de Triage I- II	<i>Triage II</i>	<i>Triage II</i>	<i>Triage II</i>	<i>Triage I</i>	<i>Triage II</i>
4. Procedencia/Zona	Urbana	Rural	Rural	Otro Municipio	Urbana
5. Edad del Adolescente	13 años	11 años	13 años	10 años	13 años
6. Parentesco de acompañante	Suegra/pareja	Madre	Madre Vecina	Madre	Abuela
7. Etnia	Mestiza	Mestiza	Afrodescend.	No reporta	Indígena
8. Discapacidad/Tipo	Orgánica/Mod	NO	NO	NO	NO
9. Escolaridad/Nivel	6° Secundaria	SI	SI	Desescolar*	SI
10. Motivo consulta- Ingreso	Inicio control Pre-natal	Violencia de género/violen. Intrafamiliar.	Violencia Intrafamiliar V. sexual	Abuso sexual	Abuso sexual/V. Intrafamiliar.
11. Activación Ruta Salud	SI	SI	SI	SI	SI
12. Activación Ruta Integral	SI	SI	SI	SI	SI

Tabla 4. (Continuación)

<i>Criterios de revisión y</i>	<i>Historias Clínicas</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Auditoría</i>					
13. Presencia de Embarazo	SI	NO	SI	NO	NO
14. Procedimiento IVE	NA	NA	NO	NA	NA
15. Seguimiento-Cierre	SI	SI	SI	SI	SI

* Desescolarizada, la niña es Migrante Venezolana, quien reside con su madre en el municipio cercano desde hace 2 años.

10. Discusión

Plantear una discusión al respecto de la investigación desarrollada en el Hospital San Rafael de San Juan del Cesar, sobre la oferta institucional para adolescentes víctimas de violencia sexual y de género, comporta una serie de implicaciones que deben mencionarse para contextualizar claramente los resultados obtenidos y además garantizar criterios de interpretación que respondan a la realidad misma de la E.S.E. pero también a las particularidades de la “*realidad actual de salud*” a nivel nacional y mundial, con ocasión de la ocurrencia e impactos de la Pandemia del Covid 19 en el sector salud.

Por una parte, todas las instituciones prestadoras de salud en estos momentos, sufren los impactos y afectaciones por la situación mencionada y el hospital no es la excepción. La crisis implica serias modificaciones específicamente en los servicios de urgencia, donde se ha localizado la investigación; y desde luego incremento en la demanda de servicios de salud, que se traduce en más esfuerzos y horas de trabajo del personal sanitario y del personal administrativo.

Con el incremento de las horas laborales, la afectación de la salud del personal sanitario y los fuertes protocolos de bioseguridad que deben conservarse, se reduce el tiempo de descanso y también el acceso de las personas particulares a la E.S.E, en razón de evitar contagios masivos. En este contexto que se ha dibujado se enmarcó este trabajo de investigación, apropiando medidas distintas para acceder a la información, a través de mecanismos virtuales estratégicos y desde luego con la absoluta colaboración y disponibilidad de la institución para aportar en el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Por otra parte, las limitaciones planteadas anteriormente al respecto de la insuficiencia de las consideraciones teóricas y prácticas para el capítulo de la atención a NNA, redonda igualmente en baja calidad de la atención a este grupo poblacional, en virtud de que al no contar con rutas y protocolos específicos, los servicios sanitarios ofrecidos no cumplen la garantía de una atención diferencial y por ende el nivel de satisfacción del usuario podría disminuir en función de esta limitación.

Agotada la revisión de los resultados obtenidos mediante las dos fuentes de recolección de datos utilizada como son la entrevista al personal sanitario y administrativo y la revisión de las historias clínicas de casos cerrados con diagnóstico de violencia sexual y de género; primeramente cabe señalar que la Oferta institucional del hospital para adolescentes víctimas de violencia sexual y de género, de acuerdo a los estándares exigidos por el Ministerio de Salud y la Protección social, lo posicionan como la tercera oferta más completa en el Departamento de La Guajira, después del Hospital Nuestra Señora de los Remedios de Riohacha y del Hospital San José del municipio de Maicao; los tres únicos hospitales que ofrecen un II nivel de atención en salud en todo el Departamento. Muestra de ello son los resultados del consolidado de encuesta de satisfacción al

usuario del mes de agosto 2020 (Véase anexo XIX- Consolidado de encuesta de satisfacción del usuario agosto de 2020 del área de SIAU).

Garantizar una oferta completa implica no solo el dominio en la práctica médica, sino que es necesario el conocimiento de las rutas, protocolos y sobre todo las concepciones y preconcepciones que se tengan en relación al fenómeno, para este caso el de la violencia sexual y de género. Al respecto es importante señalar que todo el equipo médico y administrativo que participó en el proyecto, tiene definido el impacto y las consecuencias del fenómeno especialmente en la población de NNA, la percepción general de los profesionales es que la violencia de género es uno de los fenómenos más complejo actualmente, y que a lo largo del continuo asistencial ha venido incrementándose de manera acelerada, máxime en la consulta del hospital, ya que es la entidad autorizada para atender estos casos en todo el Sur de La Guajira. Además, la entidad consciente de las implicaciones que el hecho genera en la población, ha hecho ingentes esfuerzos para capacitar al personal con respecto al manejo del tema, a la apropiación de las rutas y protocolos y especialmente a la importancia de articular debidamente los tres sistemas que integran la atención integral en salud para víctimas de violencia sexual y de género como son: Sistema salud, Sistema de Protección y Sistema Jurídico-Legal.

En el contexto de la atención en salud a víctimas de violencia sexual y de género, es imprescindible discutir sobre el procedimiento de la interrupción voluntaria del embarazo IVE, mismo que cuenta con unos protocolos y rutas muy bien documentados. A pesar de ser la entidad, referente en salud para el sur del Departamento, en los últimos 4 años solo se han presentado dos casos, que cursaron con todo el procedimiento médico, de protección y jurídico-legal. En estos casos se evidencia que la E.S.E. privilegia el derecho a la vida, en razón de que inicialmente intentan persuadir a la menor y a la familia; sin embargo, si toman la decisión de la IVE, el

protocolo sugiere apoyarles para que sea una decisión debidamente informada y que se le garantice el derecho que tiene la menor de optar por dicho procedimiento en razón de lo promulgado por la Ley 258 del 2008 del Ministerio de Salud y la Protección social.

Con relación a la prestación de servicios con calidad que reciben las adolescentes, víctimas de violencia de género, los resultados de las entrevistas y la revisión de las historias clínicas han señalado cumplimiento de estándares en relación de atributos de la calidad tales como: Seguridad, oportunidad y pertinencia; en el sentido que no hay evidencia de eventos adversos, ni de tardanzas en el tiempo de la atención, ni mucho menos de quejas o reclamos por insatisfacción por los servicios recibidos ni por los materiales y medicamentos administrados. Otras connotaciones tienen atributos como la accesibilidad y la satisfacción del usuario, que como ampliamente se hizo el análisis en el aparte de resultados, este factor se constituye en el principal determinante de barrera de acceso al servicio para las adolescentes que consultan por caso de violencia sexual o violencia de género.

Atributos de la calidad de la atención como la accesibilidad, han marcado la existencia de varias barreras en el servicio. Las barreras geográficas, relacionadas con las grandes distancias entre la zona rural y la urbana, muchas de ellas habitadas por población indígena y además con las malas condiciones de las carreteras, incluso con caminos de herradura. Barreras culturales, asociadas a estereotipos, usos y costumbres de la cultura wayuu. Barreras de tipo económicas, debido a que el costo de pasajes impide que se solicite la atención, este factor esencialmente es de alto impacto dado que para el caso de las adolescentes, las cuales al necesitar de un acompañante, hace que se incrementen mucho más los gastos de desplazamiento. Por último se han notado algunas barreras denominadas personales que están relacionadas con creencias particulares en

torno a sentimientos de miedo, de culpa, de deshonra y de rechazo por parte de las mismas adolescentes.

Su presencia regularmente afecta la atención oportuna e inmediata tal como lo sugiere la ley; pero además impiden la garantía del derecho fundamental que tienen los NNA de recibir la atención en salud, esta situación podría estar relacionada con algunos de los sustentos teóricos hechos en el planteamiento del problema de investigación, en la medida que estos mismos casos podrían constituir el renglón de los que se mantiene ocultos, sin reportar y por tanto sin la posibilidad de acceder a servicios de salud. Prueba fehaciente de ello, lo constituye el nivel en la clasificación que indica el tiempo de ocurrencia del hecho, y puede evidenciarse en el sentido de que de los 5 casos consultados por la investigación, 4 casos están clasificados como Triage II, es decir evento ocurrido después de 72 horas según los protocolos y rutas de atención; solo 1 caso clasificó como Triage I, o sea ocurrido dentro de las 72 horas, indicador correspondiente a solo el 20% de los casos. En este orden de ideas podría inferirse que los casos que se reportan de inmediato son menos en comparación con aquellos que se reportan posterior a su ocurrencia y por tanto muchos más serían los que no registran y que siguen ocultos. (Véase Tabla 4. Criterios de revisión de historias clínicas).

Otro de los atributos como la satisfacción del usuario, que a pesar de estar bien documentado e implementado por el equipo de Psicología y Trabajo social que coordina el área de SIAU, (Véase anexo XIX) y que constituye una iniciativa que permite conocer la percepción de los usuarios en torno a la atención recibida; podría no agotar el principio de integralidad, en la medida que el equipo médico al desconocer si la entidad realiza este tipo de estrategias, podría romper el trabajo en red que implica la debida atención de los usuarios. En este mismo sentido es importante que todo el equipo se apropie de los mecanismos y estrategias que se implementan, a

fin de contribuir en la indagación de la percepción del menor y de su familia con referencia al proceso de atención recibido.

Por otra parte, en lo concerniente a los modelos, prácticas institucionales y rutas de atención, es evidente que el hospital cumple estrictamente con todos los modelos, protocolos y rutas exigidos para el caso de la atención en salud a NNA víctimas de violencia sexual y de género. Todos están elaborados y documentados de acuerdo a los requerimientos del MSPS, igualmente su implementación y cumplimiento se ha evidenciado no solo en lo que los profesionales refieren en las entrevistas, sino también en los registros en las historias clínicas consultadas. Sin embargo, no se encontraron evidencias de la publicación de la ruta de acceso en lugares visibles, a fin de que los NNA y sus familiares conozcan acerca de los pasos e intervenciones que van a recibir y puedan contar con información clara al respecto.

Un factor de alta importancia para mencionar tiene que ver con el traslado de la oficina de medicina forense a otro municipio hace algunos años; que dificulta el acceso de los menores y adolescentes y por ende la prestación del servicio de manera oportuna. Además, la E.S.E. garantiza la ocurrencia de situaciones de revictimización con los NNA, pero no puede responder por otros servicios, porque claramente desconocen el tipo de procedimiento con el que los usuarios cursan en las otras entidades.

Finalmente cabe discutir acerca de la adherencia a los Protocolos de atención en salud a víctimas de violencia sexual y violencia de género de la E.S.E. cuyos elementos se han definido con anterioridad, y presuponen un nivel considerable de adherencia, en virtud de que se cumple a cabalidad con las rutas de atención sugeridas por el MSPS, además de que la Entidad cumple con el principio de calidad, ya que ha sido certificada varias veces por sus altos estándares en la prestación de servicios de salud. Como principio misional privilegia la seguridad del paciente con

miras a la evitación de ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de la atención, especialmente para el caso de las NNA.

11. Conclusiones

En lo relacionado a modelos, prácticas institucionales y rutas de atención, puede concluirse que el Hospital Regional San Rafael de San Juan del Cesar, La Guajira, cumple con la gran mayoría de los lineamientos y requisitos implementados por el MSPS, las evidencias que soportan dicha conclusión, quedan establecidas por un lado en los protocolos y rutas de atención debidamente elaboradas por el equipo de salud pública de la E.S.E. y por el otro en los registros y derivaciones de las historias clínicas que guardan coherencia con las mismas indicaciones.

Los protocolos, modelos y rutas de atención en salud para las víctimas de violencia sexual y de género, están además documentadas y elaboradas en completa sintonía con la Política Pública nacional. El tema específico de la atención a adolescentes víctimas, adquiere una connotación especial, debido a las ya mencionadas limitaciones en la estructura orgánica de la Política pública que no contempla ni rutas ni protocolos específicos para esta atención diferencial. La insuficiencia de consideraciones tanto teóricas como prácticas para el capítulo de la atención a NNA, la inexistencia de incorporación de referentes de organismos internacionales como ONU Mujeres, en cuya literatura revisada, igualmente se evidencia poca documentación para el proceso de atención en salud para adolescentes, han impedido garantizar un efectivo garantía del enfoque diferencial para la población adolescente.

Por otra parte, se han señalados algunas debilidades con relación al área de prevención y promoción de la entidad, en el sentido de que podrían haber algunas debilidades específicas con respecto a campañas de sensibilización estrategias de capacitación e información con la

comunidad; lo cual a su vez generaría en las usuarias desconocimiento de los sistemas para hacer las denuncias, reportar el evento y a la vez solicitar la atención en salud.

Tanto el personal sanitario como el personal administrativo conocen los lineamientos y los implementa de acuerdo al servicio requerido. Sin embargo, hay deficiencias en los sistemas de información interna para los usuarios y sus familias, en tanto que no se encuentra evidencia de la publicación en lugar visible de las rutas y protocolos, de manera que los NNA y sus familiares conozcan los pasos e intervenciones que van a recibir y puedan contar con información clara al respecto.

Un factor importante que tiene gran impacto en la garantía de la atención integral a la víctima, la cual comporta la interacción de tres sistemas: Salud, Protección y Jurídico-Legal; es el relacionado con el traslado de la Oficina de Medicina Legal a otro municipio hace algunos años; circunstancia que dificulta el acceso de los menores y adolescentes y por ende la prestación del servicio de manera oportuna. En tal sentido la E.S.E. puede garantizar la ocurrencia de situaciones de revictimización con los NNA, pero no le compete responder por el cumplimiento de rutas y protocolos de las otras entidades, ya que claramente desconocen el tipo de procedimiento implementado por ellas.

Finalmente puede concluirse que existe un alto nivel de adherencia a los Modelos, Protocolos y rutas de atención en salud a víctimas de violencia sexual y violencia de género de la E.S.E. Este hecho es de vital magnitud, dado que adherirse a todos estos lineamientos, resulta indispensable, no solo en la calidad de la atención en salud, sino porque al cumplirse la actuación de los tres sistemas de la atención integral; se está garantizando también la restitución de los derechos sexuales y reproductivos a los NNA, un motivo que se traduce en el cumplimiento adicional de las medidas de *Garantías de No Repetición*.

12. Recomendaciones

Las recomendaciones finales van en dirección hacia dos sentidos importantes vinculados a la atención en salud y también a la atención integral a la víctima de violencia sexual y de género:

Primeramente, considerar que las barreras de acceso relacionadas con el propio sistema y la atención en salud se han asociado directamente con la inadecuada implementación de las rutas y protocolos, a pesar de que están documentadas y construidas siguiendo los lineamientos de la política pública nacional. En este mismo sentido, sería importante que la E.S.E, pudiera fortalecer estrategias como la IEC Información, Educación y Capacitación, no solo al personal sanitario, sino al personal de apoyo y a los administrativos participantes del proceso de atención. Este factor claramente redundaría en una coherencia estricta entre lo escrito y lo que realmente se evidencia en la práctica, además que aportaría herramientas de trabajo en equipo e interdisciplinario, a fin de garantizar la sistematicidad de los servicios de salud.

El fortalecimiento de este tipo de estrategias, sumado al incremento de acciones específicas en el área de prevención y promoción con temas relacionados con la violencia sexual y de género, a través de campañas masivas de sensibilización, especialmente para las comunidades rurales más apartadas del casco urbano, se constituiría en amplias mejoras para una atención de mayor oportunidad, pero además de mayor cobertura.

El fortalecimiento de los sistemas de calidad en los estándares requeridos para cada uno de los servicios, es un factor indispensable para lograr no solamente la prestación de un servicio

oportuno y seguro, sino también alcanzar una verdadera satisfacción del usuario y su núcleo familiar. Coherentemente con este principio, sería importante que los usuarios tengan servicios amigables de interacción con la entidad como mecanismos de medición de satisfacción no solo al final de la atención sino durante cada paso por la ruta, lo cual permitirá hacer los ajustes necesarios y evitar factores de riesgos para los NNA.

Una sugerencia que, aunque no compete directamente al tema de estudio de la investigación, ha sido inevitable desconocer. Está relacionado con los formatos diseñados para las historias clínicas de los casos consultados. La información que se registra, presenta ambigüedades en las fechas de consultas y de seguimientos, además de ser repetitiva en muchos de los registros de procedimientos y atenciones; factores que claramente impiden que el documento ofrezca la información ordenada, coherente y de calidad que exige la atención en salud. En este orden sería recomendable considerar la implementación de un formato mucho más ágil y preciso para el registro de la información.

Al finalizar se recomienda el establecimiento de sinergias que puedan conducir hacia la interinstitucionalidad que exige la ley para garantizar una atención integral a las víctimas de violencia sexual y de género. En este orden de ideas, la investigación se considera solo un primer eslabón dado que solo ha examinado uno de los sistemas como es el de la salud; sin embargo sería importante nuevas investigaciones que indaguen los protocolos, modelos y rutas implementados tanto por el Sistema de Protección, como por el sistema Jurídico-legal; a fin de establecer verdaderamente si en la región se cumple con el principio de garantizarle a las víctimas el derecho a una atención integral, que al final es el derecho que ha servido de sustrato a este interés académico y profesional que respalda el trabajo de investigación.

Referencias

- ACNUR. (2008). *Guía para incluir el enfoque diferencial en la atención a población desplazada en Santander*. Bucaramanga.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría General. (2014). *Ley 1719 del 2014*. Garantiza el acceso a la justicia de personas víctimas de violencia sexual, en especial cuando se da con ocasión del conflicto armado en Colombia.
- Álvarez, M. (2000). *Mujer y Poder en Cuba. Género Salud y Cotidianidad*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Amnistía Internacional. (sf). *Derechos sexuales y reproductivos*. Obtenido de <http://www.amnesty.org/es/sexual-orientation-and-gender-identity>
- Ares Muzio, P. (2000). *Ser mujer en Cuba. Riesgos y conquistas. Género: Salud y Cotidianidad*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Badilla, A., & Torres, I. (2004). *La protección de los derechos de las mujeres en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*”, en: *El Sistema interamericano de protección de derechos humanos y los derechos de las poblaciones migrantes, las mujeres los pueblos indígenas y los niños, niñ*. San José de Costa Rica.: Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Pág. 10411.
- Bello Urrego, Alejandra. (2013). Sexo/género, violencias y derechos humanos: perspectivas conceptuales para el abordaje de la violencia basada en género contra las mujeres desde el sector salud. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [0034-7450]. vol.:42 pág.:108 -119.

- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud. . *Revista española en salud pública*; 76 (5). Versión on line: ISSN 2173-9110. Versión impresa ISSN 1135-5727.
- Caram, M. (2001). *Fortaleciendo la Capacidad de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Abordar la Violencia de Género. PROFAMILIA, República Dominicana. Simposio Violencia de Género, Salud y Derechos en las Américas*. Obtenido de <http://www.paho.org/english/hdp/hdw/Repdmsp.PDF>
- Código de Infancia y Adolescencia. (2006). *Ley 1098 del 2006. Modelo de atención integral a Víctimas de violencia sexual*. MSPS, Enero 26 del 2011.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (1991b). *Mujer y Violencia emanada de la Quinta Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe (CEPAL)*.
- Conferencia Internacional sobre investigación en salud para el desarrollo. (2000). *Investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género: una contribución necesaria para la equidad en salud*. Bangkok. Santiago de Chile: RSMLAC.
- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. (s.f.). *Mujeres con discapacidad y violencia sexual. Guía para profesionales*. Obtenido de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20906/Violencia_sexual.pdf
- Constitución Política de Colombia. (2012). *Capítulo 2. Derechos sociales, económicos y culturales. Artículo 48 y 49*. Bogotá.
- Cook, Rebecca J. & Cusack, Simone. Estereotipos de género, violencia y perspectivas.
- Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Auto No. 092 del 2008. Garantías de derechos fundamentales a mujeres víctima del desplazamiento forzado, en el marco del conflicto*

- armado*. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelo de competencia gestionada. Un estudio de caso de Colombia. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 2009.
- De Beauvoir, S. (1999). *El segundo sexo*. Madrid: Ediciones Cátedra Instituto de la Mujer. Tomo II. 3ª. Pág. 1312.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (Mayo de 2007). *Colombia una nación multicultural: su diversidad étnica*. . Dirección de censos y demografía.
- Facio, A., & Fries, L. (2005). *Feminismo, género y patriarcado*, . Obtenido de Revista sobre enseñanza del derecho de Buenos Aires, Año 3, Núm.6, ISSN 1667-4154, pp. 259-294,: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/revista-Ensenianza-derecho/article/viewFile/33861/30820>
- Femenías, María Luisa. (2008). “Violencia contra las mujeres, urdiembres que marcan tramas”, en M.L. Femenías y E. Aponte (compilación), *Articulaciones sobre la violencia contra las mujeres*, Buenos Aires, Universidad Nacional de la Plata.
- Flores Palacios, F. (2014). *Psicología social y género: el sexo como objeto de representación social*. Obtenido de Revista Península, UNAM-CEPHCIS: <http://investigacion.cephcis.unam.mx/generoyrsociales/>
- González A., E., Troncoso E., P., Molina G., T., & Martínez N., V. (2014). *Antecedente de agresión sexual y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes consultantes en un centro de atención en salud sexual y reproductiva*. Obtenido de Revista chilena de obstetricia y ginecología. Versión On-line ISSN 0717-7526. vol.79 no.1: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000100006>

Guía Metodológica de la Línea de Violencias de Género LVG del Observatorio Nacional de Violencias, Serie Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud ROSS Colombia del MSPS, Bogotá 2016.

Hernández, M. (2008). *Seminario Distrital sobre la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Corporación Grupo Guillermo Fergusson. La estrategia promocional de calidad de vida y salud, una vía hacia la equidad y el derecho a la salud*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá - Secretaría Distrital de Salud.

Holzmann, R. (2003). Manejo Social del Riesgo. Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 21 (1), 73 – 106.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2005). *Forensis 2004. Datos para la vida*. Bogotá .

Jiménez Benítez, W. G. (Junio 2007). *El Enfoque de los Derechos Humanos y las Políticas Públicas. Escuela superior de administración pública-ESAP*. Universidad Sergio Arboleda 7(12): 31-42. ISSN 1657-8953.

Ministerio de la Protección Social. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* .

Ministerio de la Protección Social. (2005). *Sistema Nacional de Discapacidad*. 122 DANE. Obtenido de http://www.colombiaaprende.edu.co/html/home/1592/articles-195233_archivo4.pdf

Ministerio de salud y la Protección Social. (2011). *Código Fucsia, definido en la Ruta de atención integral a víctimas de violencia sexual, sugerida en el Modelo de atención clínica a víctimas de violencia sexual del Ministerio de salud y la Protección Social*. Bogotá .

Ministerio de Salud y la Protección Social. (Enero 26 de 2011). *Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual*.

- Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA. (Enero 26 de 2011). *Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.* . Dirección General de Salud Pública.
- Naciones Unidas. (2006). *Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.* . Nueva York, Ginebra.
- Nikken, P. (sf). *El concepto de derechos humanos. En: IIDH, Estudios básicos de derechos humanos I. Pág.1.* San José, C.R.
- Oferta Institucional, septiembre 9 de 2019. Ministerio de Salud y la Protección Social; la salud es de todos. (Política pública)*
- ONG Médicos sin Fronteras MSF. (Mar 31 de 2002). *El acceso a los servicios de salud en Colombia.*
- Organización de la Naciones Unidas. (sf). *Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad.* Obtenido de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. p. 5.*
- Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la atención primaria en salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.* Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas.
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Carpeta metodológica del Taller de Capacitación en Género, Salud y Desarrollo.* Washington: OPS.
- Ortiz Mariscal, J. D. (Enero 2011). *Buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres.* Federación Latinoamericana de Sociedades de obstetricia y ginecología (FLASOG). Comité de derechos sexuales y reproductivos. Biblioteca nacional No. 2010-16680 ISBN: 978-612-45897-3-7.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Político. (Noviembre de 2007). Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las mujeres (Art. 1); recomendaciones del Comité de la CEDAW

Pérez Villalobos, M. C., & Romo Avilés, N. (2012). *Igualdad y género. Conceptos básicos para su aplicación en el ámbito de la seguridad y defensa*. Obtenido de Ejemplar dedicado a: El papel de la mujer y el género en los Conflictos. Cuadernos de estrategia, ISSN 1697-6924, Núm. 157, pp. 21-51, : <https://dialnet.unirioja.es/>.

Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer Beijing. (1989). *Recomendaciones de la Relatora Especial de Violencia contra las Mujeres, sus causas y consecuencias (2002); Recomendación General No 12*.

Presidencia de la República. (2008). *Ley 1448 del 2008. Sistema nacional de atención y restitución integral para las víctimas*.

Prieto Cruz, O. (2016). Promoción y desarrollo integral de la salud en la Población Adolescente. *Revista Ciencias Sociales de Costa Rica de la Escuela de Sociología de la Universidad de Costa Rica*.

Profamilia. (2010). *Módulo Profamilia Educa. Diversidad Sexual*.

Red Nacional de Mujeres. (2008). *Resolución 1257 del 2008*. Normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

Restrepo-Gutiérrez, Ana C.; Salcedo-Cifuentes, Mercedes; Bermúdez-Escobar, Amparo. (Noviembre 15 de 2009). *Violencia sexual en jóvenes de 10 a 19 años*. Cali, 2001-2006. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF), Regional Suroccidente. giteasuro@medicinalegal.gov.co. Facultad de Salud. Universidad del Valle, Cali. Colombia. mercysal2003@yahoo.com, amparitob@gmail.com.

Rodríguez Hernández, J. M., Rodríguez Rubiano, D. P., & Corrales Barona, J. C. (2013). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana. Obtenido de *Revista Scielo.*: 10.1590/1413-81232015206.12122014

Save The Children. (2018). *Página oficial*.

Secretaria del Senado. (2015). Ley Estatutaria No. 1751 del 2015 del Congreso de Colombia, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, su Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes.

Serret Bravo, E. (sf). *Qué es y para qué es la perspectiva de género*. p. 15-50.

Straka, Úrsula. (2015). *Violencia de género*, Caracas. Área de Posgrado en Derecho, Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, 2015. *Violencia de género*. Colección derechos y hechos.

UNESCO. (2020). *Igualdad de género*. pp. 104 y 105. Obtenido de [https://es.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/digital-library/cdis/Iguldad de genero.pdf](https://es.unesco.org/creativity/sites/creativity/files/digital-library/cdis/Iguldad%20de%20genero.pdf)

Apéndices

Apéndice A. Derechos sexuales y reproductivos

Tabla 1.

Derechos sexuales y reproductivos

<i>Derechos sexuales</i>
1. El derecho de hombres y mujeres a ser reconocidos como seres sexuados.
2. El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad.
3. El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual.
4. El derecho a vivir la sexualidad sin sometimiento a violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.
5. El derecho a escoger las y los compañeros sexuales.
6. El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales.
7. El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no, o si se quiere ser sexualmente activo o activa o no.
8. El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas.
9. El derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si se permanece solo o sola.
10. El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual.
11. El derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.
12. El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad.
13. El derecho a contar con información oportuna, veraz y completa sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, por ejemplo, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino y cuáles son las infecciones que se pueden adquirir a través de las relaciones sexuales.

Derechos reproductivos

1. El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo.
 2. El derecho de hombres y mujeres de decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres.
 3. El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar.
 4. El derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia).
 5. El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en el estudio, trabajo o dentro de la familia.
 6. El derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia, y se brinde las máximas posibilidades de tener hijos sanos.
 7. El derecho de contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva.
 8. El derecho a tener acceso a los beneficios del progreso científico para contar con servicios accesibles que satisfagan las necesidades dentro de los mejores estándares de calidad.
 9. Derecho a decidir interrumpir voluntariamente el embarazo en los casos permitidos por la Ley.
-

Apéndice B. Protocolo de atención clínica a víctimas de violencia sexual y de género del Ministerio de Salud y la Protección Social. Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual Promoción y Prevención – Enero 24 de 2011.

Procesos	Procedimientos
Recibir y atender de forma INMEDIATA	Toda situación de violencia sexual es considerada una urgencia. Es importante especificar que el proceso de atención inicia tras la detección realizada de medicina y de salud mental principalmente. Se atenderá de forma inmediata activando acciones integrales de atención médica y mental.
Evaluar si se encuentra en peligro inminente la vida del la paciente.	Si se encuentra que la vida del/la paciente está comprometida se dará inicio al procedimiento médico indicado para la atención y estabilización del paciente. Una vez el paciente se encuentra estable ante esos riesgos vitales, se dará inicio al resto del protocolo de atención en violencia sexual.
Evaluar estado emocional/mental actual del paciente	El médico general evaluará y manejará los riesgos de auto o heteroagresión presentes en la víctima, así como los de revictimización. Efectuará además una valoración del estado emocional del paciente o una valoración completa de su estado mental; y solicitará una interconsulta con un profesional especializado en salud mental (médico psiquiatra o psicólogo clínico) para realizar una valoración e impresión diagnóstica, junto con una primera sesión de psicoterapia breve para manejo de la crisis.
Explicar los derechos del sobreviviente y explicar en qué consiste el proceso de atención integral en el sector salud	Siempre que sea posible debe darse la opción de que la persona sobreviviente de violencia sexual elija el sexo del profesional de medicina que realizará la atención.
Hacer la asesoría para el proceso de	Antes de iniciar la valoración médica de urgencias, debe efectuarse el proceso completo de asesoría y consentimiento informado, para el paciente y acompañante, según el

Procesos	Procedimientos
<p>consentimiento informado para los procedimientos clínicos de la atención integral de urgencias, los procedimientos médico legales y los exámenes de VIH/SIDA</p>	<p>modelo anexo. Explicar claramente el procedimiento y aclarar que aunque no es obligatorio que la víctima y/o representante legal lo firmen, éste es indispensable para efectuar los exámenes y procedimientos clínicos, así como para recoger las muestras que pueden ser necesarias en el proceso legal que va a iniciarse. .</p> <p>Niños, niñas y adolescentes: Se requiere que el consentimiento informado sea firmado por el representante legal o quien tenga la custodia del niño. En ausencia de estos, debe firmar el defensor de familia, procuraduría, personería, defensoría del pueblo, o comisarios de familia. Además, debe dejar constancia que el niño, niña y adolescente aceptara realizarse el examen a pesar que el representante legal haya firmado el documento. Tenga en cuenta que para los casos de IVE en niñas y adolescentes puede requerirse de un consentimiento informado de mayor profundidad y especificidad.</p> <p>Personas con discapacidad: En los casos de discapacidad mental o cognitiva, el consentimiento informado debe ser firmado por el representante legal o quien tenga la custodia legalmente otorgada. Para la prueba de VIH es obligatoria la firma del CI de la asesoría que incluya la aceptación o no aceptación de la realización de la prueba</p> <p>Personas con pertenencia a grupos étnicos Debe garantizarse que los derechos de los niños, niñas y adolescentes estén por encima de los derechos culturales.</p> <p>Personas con pertenencia a grupos étnicos que no hablan el castellano: Es importante que se establezca quien podría servir como traductor para garantizar que el o la sobreviviente entienda el tipo de procedimiento que se le va a practicar y cuáles son sus derechos.</p> <p>Personas con discapacidad auditiva: Si cuentan con un adecuado proceso de lectoescritura se hará el manejo a través de indicaciones escritas, de ser posible se contactará a un intérprete de lengua de señas. Con víctimas de violencia sexual puede</p>

Procesos	Procedimientos
	hacerse mandatorio por motivos de seguridad para la víctima tomar consentimientos informados/asentimientos informados solamente verbales.
<p>Realización de la Anamnesis</p>	<p>En la Historia Clínica debe quedar claramente consignados datos clínicos, mentales y físicos, que se requieren dentro de una valoración clínica inicial a una VVS; así como los detalles que el-la sobreviviente pueda mencionar sobre el evento: tiempo, modo y lugar. Es importante que se preserve el lenguaje y la descripción de detalles que pueda plantear la víctima en su relato.</p>
<p>Iniciar el proceso de atención Médico-Legal</p>	<p>Este proceso es integral, se separa únicamente como forma de comprensión. Es importante establecer que la toma de muestras forenses desde el sector salud está recomendada para los casos de asalto sexual en los que el tiempo transcurrido desde el evento y el examen no sea mayor de 72 horas y donde no se tenga garantía de que el INML puede atenderlo en ese lapso de tiempo. Cuando este tiempo es mayor a 72 horas se recomienda que las pruebas sean tomadas por el INML del municipio o región.</p>
<p>Realizar examen físico y mental completo, incluido un detallado examen genital y búsqueda clínica de presunción y certeza de embarazo e ITS.</p>	<p>No en todos los casos es necesario realizar examen físico, debe prestarse atención al relato realizado en la anamnesis y de allí determinar la pertinencia del examen físico, en la mayoría de los casos es importante contar inicialmente con la valoración del equipo psicosocial, donde se cuente con éste recurso. El examen genital es parte del examen corporal completo y no un procedimiento único aparte descontextualizado. Realizar el examen debe ser de forma metódica y sistemática, para así no perder ninguna evidencia. Debe tener en cuenta el reglamento técnico establecido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el cual puede ser consultado en la página de dicha Institución www.medicinalegal.gov.co. El no encontrar signos físicos no significa que el hecho no haya ocurrido y esto debe ser claramente consignado en la historia clínica, es común no encontrar signos físicos.</p>
<p>Toma de Muestras forenses</p>	<p>*Fotografías: lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal (previo consentimiento informado), ropas, fluidos, frotis.</p>

Procesos	Procedimientos
Establecer el Diagnóstico Médico	Recuerde que no debe utilizar la terminología legal , por ejemplos “acceso carnal, violación, etc.”, para evitar confusión respecto a la tipificación, puede consignar los diagnósticos descritos en el CIE-10. (Ver anexo sobre categorías diagnósticas aplicables al estado mental de víctima de violencia sexual en el capítulo dedicado al cuidado de la salud mental).
Diagnóstico Diferencial	Debido a la visualización de los últimos años de la violencia sexual, ha tendido a sobre diagnosticarse, y no se tiene en cuenta los diagnósticos diferenciales, frente a alguna duda es preferible que se haga un seguimiento cercano a un caso que dejarlo ir.

Apéndice C. Modelo de Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
 MAESTRIA EN DERECHOS HUMANOS



Versión 3

Código: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Título del proyecto de investigación: OFERTA INSTITUCIONAL DE ATENCION EN SALUD PARA ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO. CASO HOSPITAL REGIONAL SAN RAFAEL NIVEL II DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN DEL CESAR- LA GUAJIRA.

Apreciado participante, agradezco hacer lectura cuidadosa del consentimiento informado que se presenta a continuación para que tome en consideración su valiosa participación en la presente investigación. Es importante que como participante de este estudio usted tenga claridad sobre los procedimientos y pautas que se tendrán en la investigación a desarrollar. Las cuales consisten en entrevistas semiestructuradas, cualquier inquietud que tenga en la lectura del documento puede aclararla con la investigadora.

- **Propósito del estudio**

La presente investigación pretende hacer una descripción de la oferta institucional en salud para adolescentes víctimas de violencia de género en los servicios del Hospital San Rafael nivel II del municipio de San Juan del Cesar- La Guajira. Se busca hacer un análisis representativo de todos los factores intervinientes en la accesibilidad, la calidad de la atención, los modelos, las prácticas usadas y específicamente identificar la existencia de la ruta de atención para esta población determinada. La realización de esta investigación es importante para determinar si la atención a las adolescentes víctimas está basada en el cumplimiento de las rutas de atención diseñadas por el Ministerio de Salud y la Protección social, para la atención en salud a esta población específica.

- **Procedimiento.**

Lea cuidadosamente esta información. Pregunte libremente a la investigadora todo aquello que no tenga claridad para usted. Cuando haya entendido la información y haya

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
 MAESTRIA EN DERECHOS HUMANOS
 19/06/2020
 C.A.T.D

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
 MAESTRIA EN DERECHOS HUMANOS
 19/06/2020
 C.A.T.D

19/06/2020

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS



decidido participar de manera voluntaria en esta investigación, debe firmar con fecha este consentimiento. Como participante puede tener copia de este documento si es su deseo.

- **Procedimientos para su Participación en la investigación.**

Si ha aceptado participar se le harán los siguientes procedimientos:

1. Una entrevista semiestructurada para conocer los niveles y el tipo de atención en salud que Usted ha brindado a las adolescentes víctimas de violencia de género que han consultado en la E.S.E. Hospital San Rafael. Usted puede expresar la información que considere relevante y la investigadora podrá hacer otras preguntas que puedan aportar a la profundización del estudio.

- **Garantías para su participación**

La investigación de este proyecto no presenta riesgos. En ningún momento será discriminado por razones de raza, sexo, creencias socioculturales. La investigadora no recibirá ninguna clase de beneficios: ni económicos, ni laborales, ni políticos, ni sociales como pago por su participación. Su participación es absolutamente libre y espontánea. La información que se recoja es confidencial y solo tienen fines investigativos.

La técnica usada para el análisis de la información obtenida es una herramienta sencilla como la entrevista semiestructurada, la cual se ha descrito anteriormente. No se pondrá en riesgo a los participantes en ningún aspecto, ni a nivel psicológico ni a Nivel físico.

En caso de experimentar estados emocionales que le afecten por sus experiencias frente al objeto de estudio será acompañado por un profesional de psicología. Usted está en el derecho de retirarse de la investigación si lo considera necesario y puede dejar de contestar la pregunta que considere lo amerite sin ninguna consecuencia.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
MAESTRIA EN DERECHOS HUMANOS



Su decisión como participante en este estudio investigativo es absolutamente libre. Si usted como participante decide no participar, no continuar, en esta investigación no tendrá ninguna afectación frente a las garantías que usted tiene como miembro de la Institución.

Los resultados de la investigación se publicarán, pero en ningún caso tendrá su identificación personal. Las entrevistas se grabarán y las grabaciones de audio, y las transcripciones se almacenarán en un disco duro con clave. Y solo la investigadora tendrá acceso al mismo.

La investigadora cuidará sigilosamente todos los datos referentes a su identidad. La información de datos personales se mantendrá de forma confidencial. La investigadora se compromete a proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio. Como participante será informado de los resultados finales de la investigación, pero también de los hallazgos que se van encontrando en el transcurso de ella.

Es importante mencionar, que como participante de la investigación no debe invertir ningún recurso económico. La investigadora no cobrará ningún dinero por ser participante de la investigación, no tendrá ningún costo o valor adicional.

Como participante de esta investigación se le solicita autorización para que los datos e información encontrados en esta investigación, puedan servir como apoyo a otros estudios, siempre y cuando la Entidad de salud, de su aprobación.

19/06/2020

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
MAESTRIA EN DERECHOS HUMANOS



(Debe marcar con una X, si acepta o no acepta, y firmará en caso de aceptar).

Si

Autoriza _____

No autoriza _____ Firma de autorización.

- Aceptación

Yo _____ con c.c. _____ de _____
Con fecha _____ he recibido la información suficiente sobre la investigación y he aclarado todas las dudas que surgieron al respecto. Acepto participar de forma libre y espontánea en la investigación titulada:

OFERTA INSTITUCIONAL DE ATENCION EN SALUD PARA ADOLESCENTES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO. CASO HOSPITAL REGIONAL SAN RAFAEL NIVEL II DEL MUNICIPIO DE SAN JUAN DEL CESAR- LA GUAJIRA.

Huella digital

Nombre del participante

Firma

Cualquier inquietud, puede contactar a la investigadora principal, o al director e proyecto de tesis.

Información de contacto.



UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
MAESTRIA EN DERECHOS HUMANOS



Investigadora principal: Esther Leticia Britto Molina. E-mail Letiesther8@yahoo.es
cel. 3157347714.

19/06/2020

Director tesis: Lucía Andrade. E-mail lucia.andrade@correo.uis.edu.co
cel. 3045272781.

Dado en _____, el día _____ del mes de _____ año _____

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS



19/06/2020

Reservado para el investigador principal

En nombre de la presente investigación, yo Esther Leticia Brito Molina investigadora principal me comprometo a guardar la identidad de _____

Como participante, acepto su derecho a retirarse del estudio si es su voluntad en determinado momento.

Nombre: _____ y c.c.

Dirección: _____ tel/ cel _____

Relación que guarda con el participante _____

Fecha de la firma _____

Dirección: _____ tel/ cel _____

Relación que guarda con el participante _____

Fecha de la firma _____

Apéndice D. Guías de Entrevistas Semiestructuradas Personal Sanitario.

Entrevista semiestructurada personal sanitario

Nombre del participante:

Fecha:

Entidad:

Firma de Consentimiento Informado: SI___ NO___

Sector: PROFESIONAL EN SALUD-PERSONAL SANITARIO

Tema	Preguntas o subtemas
<p>Preconcepciones Sobre Las Violencias Basadas En Género</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para usted qué son las violencias de género 2. Cuáles considera usted que sean las causas o los generadores de las violencias de genero 3. Qué considera usted que se debe tener en cuenta cuando una adolescente víctima de violencia sexual y de genero solicita una interrupción voluntaria del embarazo-IVE? 4. Ha recibido algún tipo de capacitación sobre violencias de género e IVE?
<p>Accesibilidad: Posibilidad Que Tiene El Usuario Para Utilizar Los Servicios De Salud</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha identificado usted barreras de acceso al servicio? En tal caso de qué tipos? barreras personales ? Geográficas? Económicas? del propio sistema de salud?. 2. En el caso de las niñas y adolescentes que barreras ha identificado? 3. Existen barreras para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes? 4. Que ha hecho su entidad para enfrentar estas barreras?

Tema	Preguntas o subtemas
<p>Oportunidad: Posibilidad Que Tiene El Usuario De Obtener Los Servicios Que Requiere Sin Que Se Presenten Retrasos Que Pongan En Riesgo Su Vida O Su Salud</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El Usuario recibe la atención de inmediato? 2. Cuál es el tiempo promedio de espera entre la solicitud de atención en urgencias y la atención propiamente dicha? 3. Hay diferencias en los tiempos de la atención según la ocurrencia del fenómeno (Clasificación Triage I (Ocurrido en las 72 horas) o Triage II (Ocurrido después de las 72 horas)? 4. En el caso de la interrupción voluntaria del embarazo se realiza de manera oportuna?
<p>Seguridad: Conjunto De Elementos Estructurales, Procesos, Instrumentos Y Metodología Que Minimizan El Riesgo De Sufrir Eventos Adversos Durante La Atención</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El proceso de la atención al usuario garantiza la seguridad del paciente? 2. La metodología en el proceso garantiza el mínimo riesgo de ocurrencia de eventos adversos? De qué manera? 3. Los instrumentos y materiales usados en la atención corresponden a los sugeridos en la Ruta de atención (Kit de atención en salud para víctimas de violencia sexual o de género)?
<p>Pertinencia: Garantía Que Los Usuarios Reciban Los Servicios Que Requieren</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se garantiza el examen físico y mental completos? Toma de muestras forenses? Toma de todos los laboratorios, incluyendo: Prueba de embarazo, prueba rápida de VIH, laboratorios para detección de infecciones de transmisión sexual? Consentimiento informado? Decisión autónoma responsable del usuario y su familia si es menor? Ofrecimiento de toda la información y orientación para el caso? 2. Existe garantía en la realización de la IVE si la adolescente víctima de VBG y Violencia sexual la solicita?

Tema	Preguntas o subtemas
<p>Continuidad: Garantía Que Usuarios Reciben Las Intervenciones Requeridas Mediante La Secuencia Lógica Y Racional De Actividades Basadas En El Conocimiento Científico Y Sin Interrupciones Innesarias.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La E.S.E. implementa algún tipo de seguimiento al usuario? Incluyendo adolescentes que solicitan IVE? 2. En tal caso cada cuánto tiempo lo hace? 3. Quiénes son los profesionales responsables del seguimiento? 4.Cuál es el protocolo que activan para realizar el seguimiento? 5. Participa alguna otra Entidad en el seguimiento que hace la E.S.E. al usuario?
<p>Satisfacción Del Usuario: Nivel Del Estado De Ánimo Del Usuario- Paciente Y Su Familia Al Comparar La Atención En Salud Con Sus Expectativas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La E.S.E. cuenta con mecanismos para conocer la percepción del usuario y su familia para el caso de los menores de edad? 2. Se implementa el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción del usuario y su familia? 3. Generalmente cómo describen los usuarios y sus familias la atención recibida en comparación con sus expectativas?
<p>Prácticas Institucionales Usadas Para Este Nivel De Atención En Salud</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1. Qué Modelo de atención en salud y/o protocolo utiliza la E.S.E. en la atención a víctimas de violencia sexual y de género? Conoce usted el Modelo reglamentario emitido por el Ministerio de Salud y la Ruta de atención sugerida por el mismo? 2. Su entidad se adhirió a este Modelo y Ruta? Razones por las cuáles no se adhieren al Modelo habitual? 3. La E.S.E. promueve algún tipo de prácticas sanitarias o clínicas distintas a las planteadas en el Modelo de atención en salud para adolescentes víctimas de violencia sexual o violencia basada en género? Qué tipo de prácticas? Generalmente cómo perciben los usuarios el uso e implementación de éstas prácticas?

Tema	Preguntas o subtemas
Rutas De Atención	Explorar por La Ruta de atención institucional para la atención en salud a para adolescentes víctimas de violencia sexual o violencia basada en género? Coincide esta ruta con la sugerida por el Ministerio de Salud y Protección social? En caso contrario Quiénes la han definido? Cómo? Por qué es distinta? Conserva los alcances y garantías de la Ruta inicial?

Entrevista semiestructurada personal administrativo

Nombre del participante:

Fecha:

Entidad:

Firma de Consentimiento Informado: SI___ NO___

Sector: PERSONAL ADMINISTRATIVO

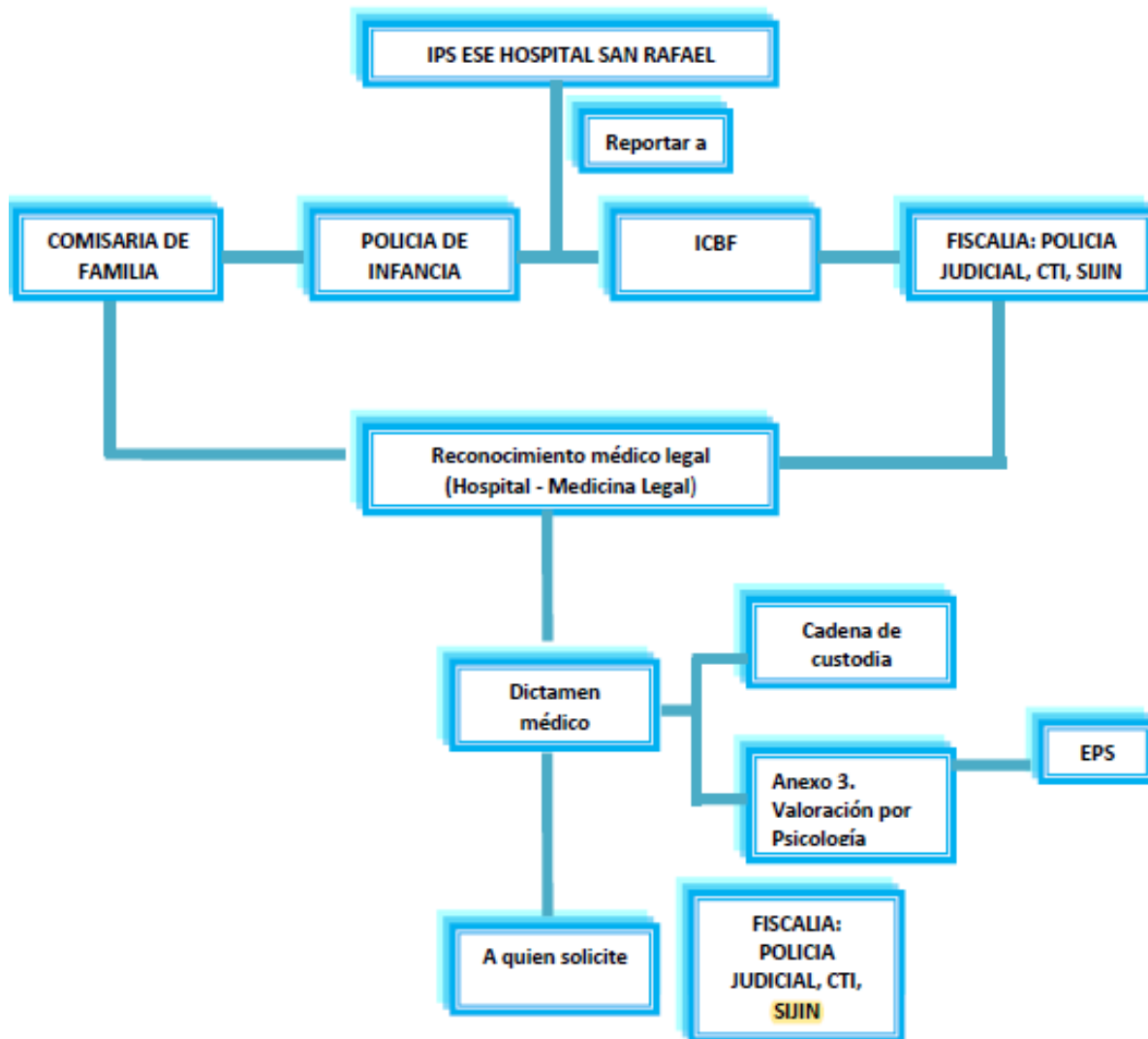
Tema	Subtema y preguntas
Preconcepciones Sobre Las Violencias Basadas En Género	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para usted que son las violencias de genero 2. Cuales considera usted que sean las causas o los generadores de las violencias de genero 3. Que considera usted que se debe tener en cuenta cuando una adolescente víctima de violencia sexual y de genero solicita una interrupción voluntaria del embarazo? 4. Ha recibido algún tipo de capacitación sobre violencias de género e IVE?

Tema	Subtema y preguntas
<p>Seguridad: Conjunto De Elementos Estructurales, Procesos, Instrumentos Y Metodología Que Minimizan El Riesgo De Sufrir Eventos Adversos Durante La Atención.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conoce Usted los instrumentos y materiales que contiene el Kit de atención en salud para víctimas de violencia sexual o de género? 2. Los instrumentos y materiales suministrados por la E.S.E. para la atención corresponden a los sugeridos en la Ruta de atención (Kit de atención en salud para víctimas de violencia sexual o de género)?
<p>Pertinencia: Garantía Que Los Usuarios Reciban Los Servicios Que Requieren. (Garantías De Cumplimiento De Todos Los Servicios De La Atención Integral)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuál es el estado de la capacidad instalada de la E.S.E. para garantizar el suministro oportuno de todos los insumos y materiales para Toma de muestras forenses? Toma de los laboratorios, incluyendo: Prueba de embarazo, prueba rápida de VIH, laboratorios para detección de infecciones de transmisión sexual? 2. Existe garantía en la realización de la IVE si la adolescente víctima de VBG y Violencia sexual la solicita?
<p>Satisfacción Del Usuario: Nivel Del Estado De Ánimo Del Usuario-Paciente Y Su Familia Al Comparar La Atención En Salud Con Sus Expectativas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los materiales e insumos que se le suministran al usuario en la atención cumplen con los criterios de calidad y seguridad reglamentarios? 2. Cuenta su Oficina con mecanismos para conocer la percepción del usuario y su familia en relación con el tipo de materiales e insumos que se le suministran durante la atención en salud? 3. Cómo describe el nivel de adherencia del personal sanitario con los materiales e insumos utilizados en el caso de atención a adolescentes víctimas de violencia sexual o de género? 4. Generalmente cómo describen los usuarios y sus familias la calidad de materiales e insumos recibidos en comparación con sus expectativas?
<p>Ruta De Atención Institucional Para La Atención En Salud A Para Adolescentes Víctimas De</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cómo describiría sus responsabilidades en el cumplimiento de su rol en la Ruta Institucional de atención en salud a adolescentes víctimas de violencia sexual o de género?

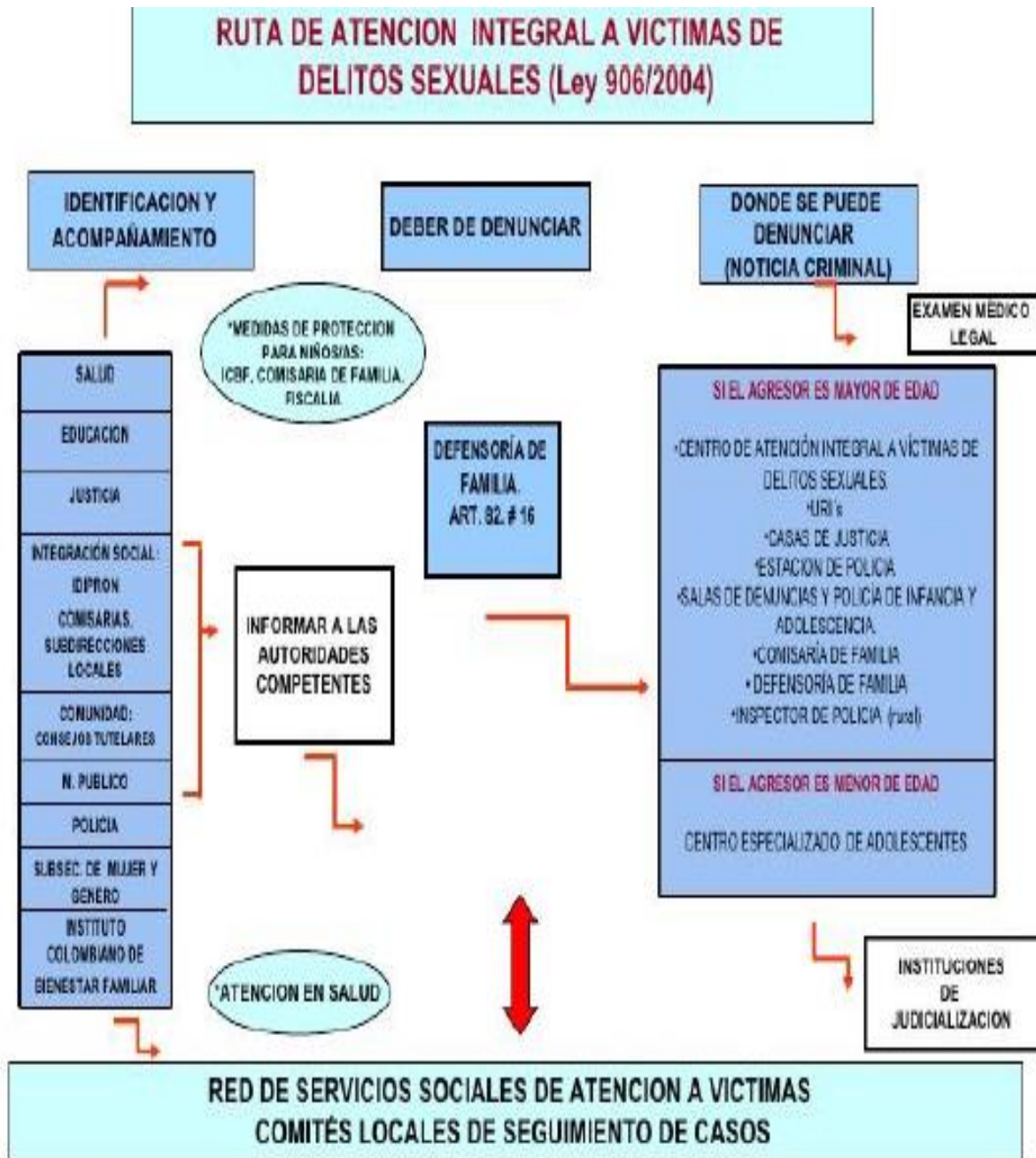
Tema	Subtema y preguntas
Violencia Sexual O Violencia Basada En Género	2. Considera que se vincula de manera articulada para garantizar una atención en salud de calidad?

Apéndice E. Protocolos de atención integral a víctimas de violencia sexual y de género del Hospital Regional San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar, La Guajira.

Ruta de Atención Integral a Víctimas de violencia sexual y violencia de género.




Ruta de Atención Integral a Víctimas de delitos sexuales.

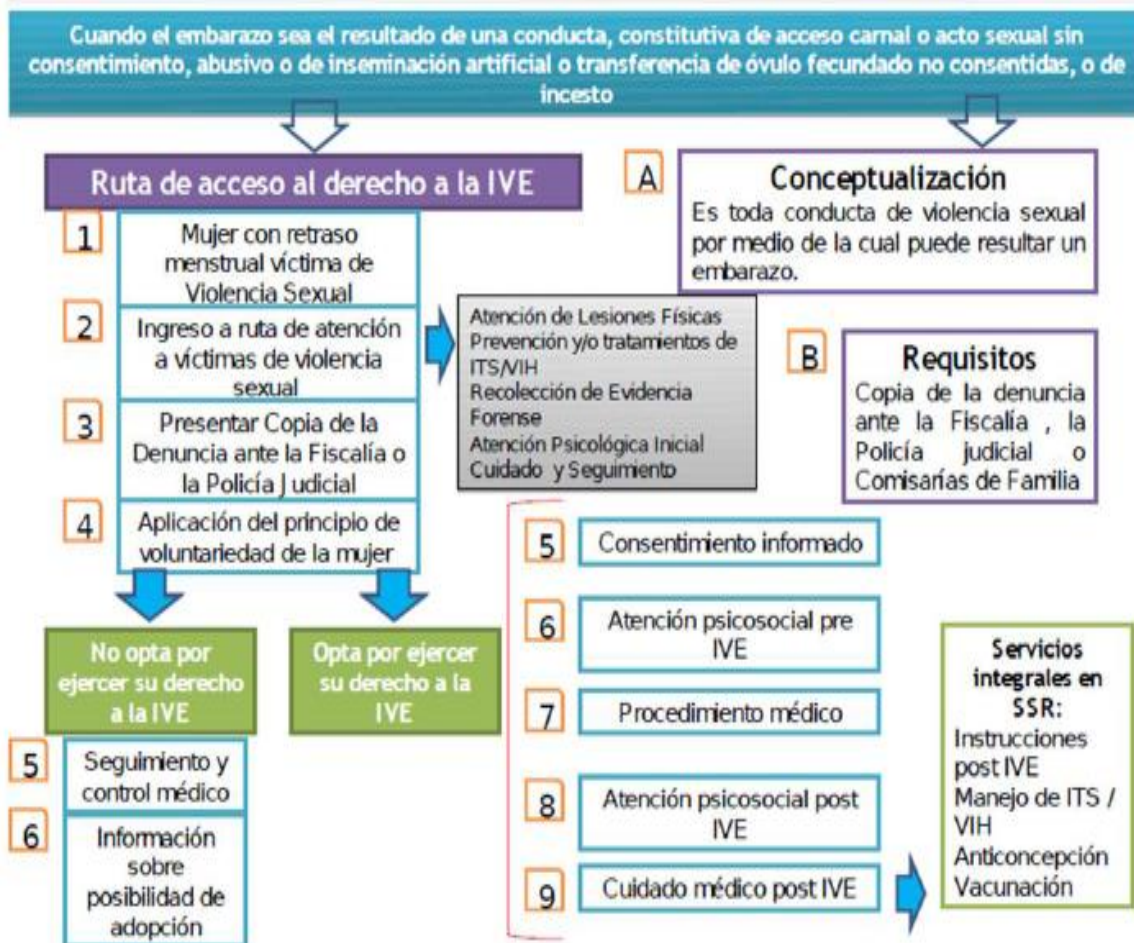


EN TODOS LOS CASOS SE DEBERÁN SEGUIR ESTOS PASOS DE MANERA SIMULTÁNEA


Apéndice F. Protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual y de género para procedimiento IVE Interrupción voluntaria de embarazo del Hospital Regional San Rafael

Nivel II de San Juan del Cesar, La Guajira.

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	VERSION 00	Página 22 de 26
	PROTOCOLO INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)	CÓDIGO	PR - SU - 02
		FECHA APROBACIÓN	Enero 2019



Apéndice G. Kit reglamentario para procedimiento IVE Interrupción voluntaria de embarazo del Hospital Regional San Rafael Nivel II de San Juan del Cesar, La Guajira.


	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	VERSION 02	Página 82 de 1
	PROGRAMA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	CÓDIGO	PR - SU - 01
		FECHA ACTUALIZACION	OCTUBRE 20

KIT TOMA DE MUESTRAS FORENSES

1. El kit que hemos organizado en la ESE contiene los siguientes insumos y materiales:

ELEMENTOS KIT PARA LA TOMA DE MUESTRAS EN EL SECTOR SALUD PARA ABORDAJE DEL DELITO SEXUAL

- Organizador plástico de 14" con bandejas.
- Bolsas de papel bond 60 g blanco de diferentes tamaños: pequeñas (aprox. 8 cm X 7 cm), medianas (aprox. 12 cm X 19 cm), grandes (aprox. 25 cm X 40 cm) y para escobillones (aprox. 6 cm X 22 cm).
- Bolsas plásticas transparentes de diferentes tamaños: pequeñas (aprox. 10 cm X 12 cm), medianas (aprox. 16 cm X 21 cm), grandes (aprox. 30 cm X 42 cm) y para escobillones (aprox. 8 cm X 25 cm).
- Cortauñas pequeño de adulto.
- Pinza de punta fina sin garra.
- Seda dental preferiblemente sin cera.
- Peinilla mediana.
- Escobillones estériles con fragmento de cinta de enmascarar que permita el rotulado.
- Fragmentos estériles de tela garza de aprox. 2.5 X 2.5 cm.
- Copas plásticas desechables pequeñas de aprox. 1 onza con tapa (aguardienteras).
- Tubos tipo vacutainer tapa lila (con EDTA).
- Tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio).
- Aguja hipodérmica para toma de sangre, adaptables al sistema de vacío. Reglamento Técnico para el Abordaje Forense Integral en la Investigación del Delito Sexual R.T. INMLCF - 01 Versión 03, julio de 2009 141
- Camisa para toma de muestras de sangre, adaptable al sistema de vacío
- Torniquete.
- Lancetas estériles No. 2 para tomar muestras de sangre de la yema del dedo.
- Frascos de polipropileno como mínimo de 20 ml, con boca ancha y tapa rosca hermética, sin preservativos.
- Cinta de seguridad.
- Rótulos autoadhesivos pre impresos.
- Hojas de medio pliego de papel bond 60 g blanco.


	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	VERSION 02	Página 83 de 83
	PROGRAMA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	CÓDIGO	PR - SU - 01
		FECHA ACTUALIZACION	OCTUBRE 2018

- Marcador de punta fina indeleble.
- Gasas estériles. En caso de contar con tarjeta FTA®, puede ser empleada para muestra de sangre de referencia.
- Alcohol antiséptico con frasco lavador de 4 cm de diámetro y 14 cm de alto.
- Caja secadora de escobillones.
- Agua destilada estéril.
- Tijeras medianas.
- Lupa mediana de 2x para búsqueda de evidencias traza.

2. El kit se encuentra cerrado con documentos de cierre y apertura del mismo para garantizar la existencia de los elementos necesarios para realizar la toma de muestras requeridas.
3. Cuando el kit es utilizado la enfermera jefe de TRIAGE debe diligenciar el formato y dejar en acta que elementos fueron utilizados, previa reposición de los mismos una vez realice la solicitud de los mismos a la responsable de salud pública quien es la responsable de suministrar los insumos para garantizar que el kit cuente permanentemente con todos los elementos registrados en la hoja adherida a la caja plástica organizadora.

Apéndice H. Formato de Consentimiento Informado usado para Casos de violencia sexual o violencia de género en el Hospital Regional San Rafael de San Juan del Cesar, La Guajira.

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO</p>	<p>VERSION 01</p>	<p>Página 1 de 1</p>
	<p>PROGRAMA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL</p>	<p>CÓDIGO</p>	<p>PR – SU – 01</p>
		<p>FECHA APROBACIÓN</p>	<p>NOVIEMBRE 2017</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCION DE POSIBLE VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

Nombres y apellidos completos: _____

Dejo constancia de que se me ha dado información suficiente, que he comprendido adecuadamente, que decido libremente de acuerdo con mis valores, y que soy competente para tomar decisiones con relación a la atención brindada por ser víctima de posible violencia sexual.

Entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico(s).

De acuerdo a lo anterior, en este acto médico, el (la) doctor(a) _____ en calidad de _____, previo análisis de mis antecedentes y de la historia clínica:

- Realizaré el examen físico pertinente.
- Ordenaré exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulté.
- Tomaré evidencia física o elementos materiales probatorios.
- Enviaré muestras para el Laboratorio Forense.
- Sin perjuicio del secreto profesional, informaré a la Policía Judicial sobre mi caso.

Igualmente, me fue comunicado el(los) tratamiento(c) o procedimiento(c) que se consideran idóneos para mi caso y los riesgos previsibles de éstos, tales como: _____

Así mismo, tengo entendido que puedo, si lo decido así, no realizar los exámenes diagnósticos ordenados. En este caso, si no cumpla los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico(a) tratante, ello no significa la pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

He entendido los cuidados que debo tener, estoy satisfecho(a) con la información recibida del médico(s) tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción. Además, comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible privación que conlleva el procedimiento que aquí autorizo. En tales condiciones consento que se me realice _____


Firma del paciente _____
D.I. _____

Firma del profesional _____
D.I. _____ R.M. _____

Ciudad y fecha _____

Apéndice I. Formato de Seguimiento a Usuario usado para Casos de violencia sexual o violencia de género en el Hospital Regional San Rafael de San Juan del Cesar, La Guajira.

FORMATO SEGUIMIENTO PARA PACIENTES USADO EN LA ESE
HOSPITAL SAN RAFAEL

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO		VERSION:	1
	CONTROL DE ASISTENCIA		CODIGO:	FR-DT-SP-03
			FECHA DE APROBACIÓN	27/02/2017
NOMBRE DEL PACIENTE: _____				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____			EDAD: _____	
DIAGNÓSTICO: _____			EPS: _____	
TELÉFONO: _____		DIRECCIÓN: _____		
PERSONA CONTACTO: _____			TELÉFONO CONTACTO: _____	
FECHA DE INICIO: _____			FECHA DE TERMINACIÓN: _____	
SERVICIO REQUERIDO	FECHA DE REALIZACIÓN	RESPONSABLE		
Control de Síntomas y signos de fechos	Durante los 28 días y hasta un mes después	Familia y paciente		
Hemoglobina		Médico, Trabajo social y familia		
Hemograma		Médico, Trabajo social y familia		
Perfil Lipídico		Médico, Trabajo social y familia		
Glicemia		Médico, Trabajo social y familia		
Función hepática		Médico, Trabajo social y familia		
Prueba de Elisa para VIH		Médico, Trabajo social y familia		
		Médico, Trabajo social y familia		
Citas con Medicina General y Psicología:		Médico, Trabajo social y familia		
		Médico, Trabajo social y familia		
		Médico, Trabajo social y familia		
FECHA	FIRMA USUARIO O REPRESENTANTE	NOMBRE PROFESIONAL		
FECHA	FIRMA USUARIO O REPRESENTANTE	NOMBRE PROFESIONAL QUE EXPLICA EL CONTROL		

Apéndice J. Formato de Consolidado del mes de Agosto 2020 de Encuesta para evaluar la satisfacción del Usuarios del Área de SIAU Hospital Regional San Rafael de San Juan del Cesar, La Guajira.

HOSPITAL SAN RAFAEL - ESE - NIT 892.115.010-5						
ESE001						
Desde el 1-Ago-2020 hasta el 31-Ago-2020 Consolidado de todas las filiales Consolidado de todos los usuarios Consolidado de todas las procedencias						
R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL						
Pág. 1 de 2 (1)						
[] Consolidado de todas las filiales						
Género: SUMATORIA DE GENEROS						
DESCRIPCION	TOTAL	Promedio	< 18 AÑOS	> 18 AÑOS	Sin dato	
Conoce usted los Derechos y Deberes de los usuarios ?						
Conoce usted los Derechos y Deberes de los usuarios ?						
SI	1,648	824.00	171	992	485	
NO	27	13.50	3	21	3	
Cual es el trámite que le genera más dificultad en la institución ?						
Cual es el trámite que le genera más dificultad en la institución ?						
		0.00				
Como califica usted su experiencia en este hospital respecto a los servicios de salud recibidos?						
Como califica usted su experiencia en este hospital respecto a los servicios de salud recibidos?						
2 Buena	1,469	734.50	146	884	439	29.26
1 Muy buena	172	86.00	26	107	39	3.42
3 Regular	30	15.00	1	20	9	0.59
Como le parecio el trato y calidad humana del personal que lo atendio?						
Como le parecio el trato y calidad humana del personal que lo atendio?						
2 Buena	1,413	706.50	140	842	431	28.1
1 Muy buena	222	111.00	31	145	46	4.72
3 Regular	36	18.00	2	25	9	0.91
(Sin respuesta)	2	2.00		1	1	0.03
Recomendaria a esta institucion a familiares y amigos?						
Recomendaria a esta institucion a familiares y amigos?						
1 Definitivamente SI	1,598	799.00	169	955	474	31.83
2 Probablemente SI	69	34.50	4	54	11	1.37
(Sin respuesta)	4	2.00		2	2	0.19
4 Probablemete No	2	1.00		2		0.03
POR QUE?						