

Análisis del cumplimiento del Protocolo de atención en salud a víctimas de violencia sexual en una IPS de primer nivel de complejidad de la ciudad de Bucaramanga.

María Gabriela Ríos Pérez

Trabajo de grado para optar el título de Trabajadora Social

Directora

Adriana Vega Martínez

Trabajadora Social

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Trabajo Social

Bucaramanga

2024

### **Agradecimientos**

Al Dios creador de mi existencia, por permitirme ver su gracia día a día.

A mis padres, Noris y Alfonso, por confiar en mí y darme alas en todos mis proyectos.

A mi bisabuela Carmen, te fuiste antes de ver a tu bisnieta favorita graduada de una universidad pública, siempre fuiste uno de mis grandes pilares

A mis abuelos Maida e Idael, gracias por confiar en mis capacidades, incluso cuando yo no lo hice.

A Carmen Aleida y Víctor Andrés, su apoyo económico “para la gaseosa” me salvó miles de veces.

A Ana María, mi solecito, tus palabras a la distancia y tu amistad me fortalecieron siempre.

A Paola Andrea García, por estar desde el día uno, juntas nos hicimos este camino más sencillo.

A Mayerly, Sofia, Jeidy y Angie, las amigas y mi red de apoyo que me dejó la universidad.

A la profesora Adriana, por apoyarme en todo momento en el proceso de elaboración de trabajo de grado, sin su apoyo esto no hubiese sido igual.

**Tabla de contenido**

<b>1. Planteamiento del problema</b> .....	9
<b>2. Justificación</b> .....	11
<b>3. Objetivos</b> .....	13
<b>3.1 Objetivo General</b> .....	13
<b>3.2 Objetivos Específicos</b> .....	13
<b>4. Marco Referencial</b> .....	14
<b>4.1 Antecedentes de investigación</b> .....	14
<b>4.2 Marco teórico</b> .....	19
<b>4.2.1 Biopolítica y salud</b> .....	19
<b>4.2.2 Construccinismo social</b> .....	21
<b>4.2.3 Cuestionamientos feministas sobre el poder</b> .....	22
<b>4.2 Enfoques para la atención de la violencia sexual</b> .....	24
<b>4.2.1 Atención centrada en el paciente</b> .....	24
<b>4.2.2 Enfoque basado en derechos humanos</b> .....	24
<b>4.3 Marco normativo</b> .....	25
<b>4.3 Protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual</b> .....	26
<b>4.4 Marco conceptual</b> .....	28
<b>5. Metodología</b> .....	31
<b>5.1 Tipo de investigación</b> .....	31
<b>5.2 Diseño</b> .....	31
<b>5.3 Fase cuantitativa</b> .....	32
<b>5.4 Fase cualitativa</b> .....	32
<b>5.5 Análisis de datos</b> .....	33
<b>6. Aspectos éticos</b> .....	34
<b>7. Hallazgos</b> .....	35
<b>7.1 Construcción de instrumento de verificación del protocolo</b> .....	35
<b>7.2 Resultados</b> .....	36
<b>7.2.1 Direccionamiento estratégico</b> .....	36
<b>7.2.2 Atención integral a víctimas de violencia sexual</b> .....	37
<b>7.2.3 Seguimiento de las víctimas</b> .....	38
<b>7.2.4 Interacción con otros sectores</b> .....	39

<b>7.2.5 Vigilancia en salud pública</b> .....	39
<b>8. Fase analítica</b> .....	41
<b>8.4 Presentación y análisis de resultados</b> .....	43
<b>8.5 Relación entre el conocimiento de personal y la actividad realizada en la institución</b> ...	53
<b>8.6 Principales barreras</b> .....	54
<b>8.7 Relación entre barreras y cumplimiento del protocolo</b> .....	61
<b>9. Discusión</b> .....	63
<b>10. Conclusiones</b> .....	69
<b>Apéndice</b> .....	76

**Lista de tablas**

<b>Tabla 1.</b> Nomograma.....	25
<b>Tabla 2.</b> Criterios de evaluación .....	35
<b>Tabla 3.</b> Direccionamiento estratégico.....	36
<b>Tabla 4.</b> Atención integral a víctimas de violencia sexual .....	37
<b>Tabla 5.</b> Seguimiento de las víctimas.....	38
<b>Tabla 6.</b> Interacción con otros sectores .....	39
<b>Tabla 7.</b> Vigilancia e salud pública.....	40
<b>Tabla 8.</b> Características de los profesionales.....	41
<b>Tabla 9.</b> Categorización.....	42

**Tabla de figuras**

<b>Figura 1.</b> Pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual.....	27
<b>Figura 2.</b> Diseño secuencial explicativo.....	31
<b>Figura 3.</b> Red semántica_ Conocimiento del protocolo .....	43
<b>Figura 4.</b> Red semántica_ Principales barreras.....	55

## Resumen

**Título:** Análisis del cumplimiento del Protocolo de atención en salud a víctimas de violencia sexual en una IPS de primer nivel de complejidad de la ciudad de Bucaramanga.<sup>1</sup>

**Autora:** María Gabriela Ríos Pérez<sup>2</sup>

**Palabras clave:** Protocolo atención integral, víctimas de violencia sexual, Profesionales de salud, principales barreras.

## Descripción

La presente investigación, tiene como objetivo principal analizar el cumplimiento del protocolo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual a través de un enfoque mixto en una IPS de primer nivel de complejidad de la ciudad de Bucaramanga en aras de la mejora de la atención de los usuarios. Para tal fin, se realizó un estudio con enfoque mixto (cuantitativo – cualitativo) con diseño de investigación no experimental, descriptivo transversal. El estudio contó con dos instrumentos de recolección de información, una lista de chequeo y entrevistas semiestructurada. En esta investigación se evidenció que si bien la IPS cumple con algunos de los requisitos del protocolo como avances en la capacitación del personal en enfoques de género y derechos y que el personal conoce la normativa; existen barreras en la implementación del protocolo para la atención a víctimas de violencia sexual. Se destaca la falta de una adaptación del protocolo oficial actualizado a las necesidades de la institución, además de la necesidad de capacitación continua para el personal. Estas medidas se resaltan a fin de garantizar una atención integral, humanizada y eficaz para las víctimas de violencia sexual.

---

<sup>1</sup> Trabajo de grado

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora: Adriana Vega Martínez. Trabajadora Social

### **Abstract**

**Title:** Analysis of the compliance with the Protocol of health care for victims of sexual violence in a first level of complexity IPS in the city of Bucaramanga. <sup>3</sup>

**Author:** María Gabriela Ríos Pérez <sup>4</sup>

**Key words:** Comprehensive care protocol, victims of sexual violence, health professionals, main barriers.

### **Description**

The main objective of this research is to analyze compliance with the protocol of comprehensive health care for victims of sexual violence through a mixed approach in a first level of complexity IPS in the city of Bucaramanga in order to improve the care of users. For this purpose, a mixed approach study (quantitative-qualitative) was carried out with a non-experimental, descriptive, cross-sectional research design. The study included two instruments for data collection, a checklist and semi-structured interviews. This research showed that although the IPS complies with some of the requirements of the protocol, such as advances in the training of personnel in gender and rights approaches and that the personnel are aware of the regulations, there are barriers in the implementation of the protocol for the care of victims of sexual violence. The lack of adaptation of the updated official protocol to the needs of the institution is highlighted, as well as the need for continuous training for staff. These measures are highlighted in order to guarantee comprehensive, humanized and effective care for victims of sexual violence.

---

<sup>3</sup> Degree work

<sup>4</sup> Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Director: Adriana Vega Martínez. Social Worker

## 1. Planteamiento del problema

La violencia sexual, es según la definición de la Organización Mundial de la Salud, "cualquier acto sexual perpetrado contra la voluntad de alguien, cometido por cualquier persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier entorno" (OMS, 2016, p. 5). Esta grave problemática afecta a millones de personas en todo el mundo, en especial a las mujeres. Según datos de ONU Mujeres (2023) "el 6% de las mujeres en todo el mundo han declarado ser víctimas de violencia sexual". Otros estudios indican que "una de cada tres mujeres en el mundo (29%) ha sido afectada por esta situación" (Salvador *et al.*, 2023, p. 2). Por consiguiente, constituye una flagrante vulneración de los derechos fundamentales que tiene repercusiones físicas, psicológicas y sociales en las víctimas.

A partir de la información anterior se infiere que ninguna mujer permanece indiferente ante un episodio de violencia sexual. En Colombia, a pesar de los esfuerzos que realiza el Estado y las organizaciones de la sociedad civil, esta forma de violencia persiste como un fenómeno preocupante que afecta a mujeres de todas las edades y esferas sociales. Según la Fiscalía General de la Nación, en su informe de gestión 2020-2024, han sido violentadas sexualmente alrededor de 2.068 mujeres en el país; cabe resaltar que estas cifras representan únicamente los casos que llegan a la institucionalidad. En cuanto a los registros desde el sector salud a nivel nacional el 83,1% de casos reportados corresponden a mujeres, por otra parte, en Bucaramanga se notificaron 209 casos (Sivigila, 2024).

En este escenario, se hace necesario que desde el ámbito de salud se hagan esfuerzos en aras de brindar una atención integral a las víctimas de violencia sexual independientemente de su edad u origen, para que reciban una atención adecuada y eficaz cuando ingresan a un centro de salud, máxime que el Sistema de Seguridad Social en Salud

(SGSSS) proporciona un marco estructurado y estandarizado para la prestación de servicios, lo que garantiza una atención eficiente y de calidad para los pacientes. Es aquí donde la resolución 459 de 2012, promovida desde el Ministerio de Salud, representa una medida crucial destinada a garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a las víctimas de violencia sexual, al mismo tiempo que establece directrices para su atención en salud tanto en el ámbito público como en el privado.

Su adopción es de carácter obligatorio para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, sin embargo, su implementación y cumplimiento óptimo enfrentan numerosos desafíos, que van desde la falta de capacitación del personal de salud en el tema, hasta las limitaciones de infraestructura en las instituciones y la organización de la atención (Moreno *et al.*, 2013). Es decir, a pesar de contar con los lineamientos pertinentes, en muchas ocasiones el servicio ofrecido no alcanza los estándares de calidad y eficiencia necesarios, lo que desencadena en la revictimización de las mujeres que llegan en busca de ayuda y orientación en estos temas.

Por lo tanto, estas situaciones influyen en la disminución de la confianza en las instituciones de salud como espacios seguros y de apoyo para las mujeres que han sufrido violencia sexual. En este contexto, donde se procura la protección del sujeto que está recibiendo un servicio, se hace necesario la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el grado de cumplimiento del protocolo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual por parte de la IPS de primer nivel de complejidad en Bucaramanga? Este interrogante busca indagar en qué medida se cumplen las directrices dadas desde el Ministerio de Salud y Protección Social en una Institución Prestadora de Salud de la ciudad de Bucaramanga, para garantizar una atención óptima y humanizada a las mujeres víctimas de violencia sexual.

## 2. Justificación

La violencia sexual es una grave problemática a nivel de derechos humanos y salud pública que afecta a millones de personas en todo el mundo, dejando secuelas físicas, psicológicas y sociales en las víctimas. A nivel mundial organismos internacionales como la ONU aúnan esfuerzos a través de la inclusión de la erradicación de todas las formas de violencia contra la mujer en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en especial el 5 y el 16 (ONU, 2018).

El desafío de abordar la violencia sexual en Colombia desde el ámbito de salud constituye una problemática sanitaria puesto que, en primer lugar, genera graves afectaciones en el bienestar, la salud física y emocional de las víctimas, sus familias y la sociedad en general (Instituto Nacional de Salud, 2022). En segundo lugar, por la gran magnitud de mujeres afectadas se evidencia que es un asunto social y de interés público, esto por el arraigado imaginario de la sociedad, donde las normas patriarcales y la concepción de una masculinidad dominante y agresiva perpetúan los estereotipos de género (Morse & Decker, 2019). También, el prolongado conflicto armado que ha asolado al país durante más de seis décadas ha dejado a cientos de personas como víctimas de violencia sexual (Rodríguez, 2023).

Por ende, persiste un desafío significativo ya que aún no existe un sistema integrado de información sobre la violencia contra las mujeres. Aunque “diversas fuentes registran los actos o delitos desde diferentes perspectivas en la cadena de eventos, la falta de una coordinación integral dificulta una respuesta efectiva” (DANE, 2022, p. 140), por lo tanto, instituciones como el Ministerio de Salud asumen un rol protagónico al adoptar medidas para abordar tanto la salud física como psicológica de las sobrevivientes de violencia sexual.

Es así como a partir de la Ruta de Atención Integral de Salud (RIAS) surge la Resolución 459 de 2012 que busca la atención integral a víctimas de violencia sexual. Sin embargo, a pesar de este mandato, existe escasa información acerca de su implementación efectiva en las instituciones de salud a lo largo del país. A pesar de que es deber de las instituciones prestadoras de servicios de Salud la adopción de la anterior resolución, y, que desde el Ministerio de Salud se da apoyo con material y guías para el abordaje del tema, aún persiste una falta de claridad respecto a su cumplimiento y difusión. En consecuencia, se ve comprometida la atención oportuna por parte del personal de salud, lo que afecta el bienestar de los individuos que van en busca de una atención integral.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, esta investigación adquiere especial relevancia, porque busca identificar los desafíos y las barreras que enfrentan las instituciones prestadoras de servicios de salud en relación con el cumplimiento y la atención a las víctimas. Además, permite comprender el manejo institucional y la percepción de los trabajadores del sector sobre el tema. De esta manera, los trabajadores sociales pueden contribuir al diseño de intervenciones y políticas más efectivas que promuevan el bienestar integral de la víctima que accede al servicio.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Analizar el cumplimiento del protocolo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual en una IPS de primer nivel de complejidad de la ciudad de Bucaramanga, a través de un enfoque mixto, en aras de la mejora de la atención que se ofrece a las personas que acceden al servicio.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- 1) Conocer los lineamientos adoptados y/o adaptados por la IPS para la atención de víctimas de violencia sexual a través de la revisión de documentos específicos para la identificación de aspectos que requieran mejoras.
- 2) Identificar el nivel de conocimiento del personal de la IPS con relación al protocolo de atención integral en salud.
- 3) Describir las principales barreras que enfrenta la IPS en la activación de las rutas de atención integral a víctimas de violencia sexual a fin de que se brinden una atención de calidad.

## 4. Marco Referencial

### 4.1 Antecedentes de investigación

Al indagar en la producción de conocimiento científico sobre el cumplimiento del protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual, se llevó a cabo una búsqueda de información secundaria en bases de datos públicas (*Google scholar*) y privadas (*Scopus* y *Taylor y Francis*) desde el año 2013 hasta el 2024. Se utilizaron ecuaciones de búsqueda específicas, como:

*("Integral protocol") AND ("Sexual abuse") OR ("Sexual violence") AND ("Victim Services")*

Primordialmente fueron examinados artículos de investigación y revisiones sistemáticas de la literatura que abordaban el tema desde el ámbito de la salud y se centraron en el cumplimiento del protocolo. El criterio principal de inclusión fue que los artículos estuvieran relacionados con el tema y fueran pertinentes para el estudio. Como criterios de exclusión se consideraron:

- Publicaciones que no informan de un estudio, como por ejemplo los artículos de opinión, los editoriales, los resúmenes de congresos, los estudios de casos individuales, las cartas y los materiales de promoción.
- Estudios publicados antes de 2013.

Los artículos seleccionados se organizaron en una matriz de registro bibliográfico con el fin de facilitar su tratamiento y comparación. Tras una revisión exhaustiva, la información fue clasificada considerando criterios tanto espaciales como temáticos, con el objetivo de

establecer comparaciones entre países de Asia y Europa (España, China y Bangladesh), Latinoamérica (Costa Rica, Venezuela y Brasil) y a nivel nacional (Colombia). Entre los temas más destacados en los países asiáticos y europeos se encuentran la atención de calidad a las víctimas de violencia sexual y la sensibilización de los profesionales de la salud respecto a esta problemática. Por otro lado, en Latinoamérica se resaltan las barreras de implementación del protocolo, mientras que, en el caso específico de Colombia, se destacan las deficiencias en la aplicación del mismo. Es necesario precisar que en varios de los artículos se mencionaba la violencia sexual como una manifestación de la violencia de género, sin realizar la distinción adecuada entre ambas formas de violencia.

En los países europeos y asiáticos, tal como lo afirman Borham & Nazmun (2023), los proveedores de atención médica suelen ser el primer punto de contacto para las supervivientes de la violencia de género. Por lo tanto, es fundamental que estén alerta ante cualquier indicio de sospecha y por consiguiente se hace necesario una capacitación adecuada al profesional sanitario. Sánchez *et al.* (2023), señala que deben recibir capacitación regular para desempeñar su labor de manera efectiva y precisa. Esta preparación constante es crucial para fomentar una actitud proactiva, donde también prime la privacidad y confidencialidad de los sobrevivientes lo cual contribuirá a garantizar una atención médica oportuna y de calidad.

Por otra parte, investigaciones como la de Borham & Nazmun (2023) y Jiang & Li (2023), comentan algunos enfoques que deben tener el protocolo de atención de las sobrevivientes de violencia sexual. En primer lugar, mencionan el enfoque centrado en el superviviente, donde se presta una atención que aborde las necesidades físicas y emocionales de las víctimas de la violencia sexual con énfasis en una atención empática con dignidad y respeto. En segundo lugar, enuncian el modelo médico “bio-social-psicológico” que se

enfoca en realizar un tratamiento óptimo basado en una valoración integral de la víctima, combinado con los recursos actualmente disponibles y las capacidades propias incluido el apoyo médico, psicológico y legal.

En Latinoamérica, el hallazgo más significativo encontrado en los artículos de investigación es la identificación de fallas en la implementación del protocolo para víctimas de violencia sexual. Estas falencias se manifiestan a través de errores técnicos, incumplimiento de procedimientos o falta de coordinación, lo que representa un riesgo para el usuario al no recibir una atención de calidad. En este contexto, una de las principales barreras identificadas es la falta de infraestructura. Leal *et al.* (2021), argumentan que es imperativo mejorar la infraestructura para la prestación de servicios, considerando aspectos como el aumento en el número de habitaciones destinadas a la asistencia de pacientes, la disponibilidad de camas ginecológicas y la garantía de privacidad tanto visual como auditiva. De igual forma, Vieira *et al.* (2016), sostienen que mejorar la atención en situaciones de violencia es fundamental, comenzando por la optimización de las condiciones laborales. En otras palabras, se necesita contar con un mayor número de profesionales, tales como: médicos, enfermeros, técnicos de enfermería y recepcionistas.

Respecto a la detección de los casos de violencia sexual y el número de consultas en el artículo de Vieira & Hasse (2017), infieren que hay pocas quejas porque las pacientes no están dispuestas a hablar sobre el tema. En consecuencia, las situaciones de violencia son sutiles y sólo se detectan los casos más graves, en especial cuando hay lesiones corporales. Por lo cual los profesionales deben estar capacitados para identificar síntomas físicos y factores emocionales. No obstante, Segura & Stranieri (2016), descubrieron en los resultados de su investigación que los profesionales carecen de una formación integral para abordar la

violencia sexual. Aunque están preparados para atender situaciones urgentes, muchos no son capaces de detectarlas, a pesar de que la mayoría reconoce la adopción de protocolos en los servicios y la existencia de un sistema para presentar informes.

En Colombia, el responsable de adoptar medidas para abordar la salud física y psicológica de las sobrevivientes de violencia a través de políticas, planes y programas institucionales estratégicos es el Ministerio de Salud (Rodríguez, 2023). Actualmente, en las IPS de nivel I y II, se aplica la Resolución 459 de 2012. Sin embargo, se encuentran algunas falencias como la poca disponibilidad de tiempo que tienen los equipos interdisciplinarios para capacitarse y vincularse con el programa de atención a la violencia de género (Barragán & Rojas, 2021). Esto genera una falta de rigor por parte de los profesionales, lo que propicia revictimizaciones y vulneración de los derechos de las víctimas expuestas a esta situación. Aunque el personal sanitario está al tanto de las directrices emitidas por el Ministerio, la falta de coordinación impide la adecuada ejecución de las actividades que se precisan.

Cabe resaltar que, a pesar de ser un servicio gratuito, no siempre la atención es de forma inmediata, por ello se hace evidente que, aunque las políticas establecen que la privacidad y la confidencialidad son componentes cruciales para la respuesta a la violencia sexual, no necesariamente están garantizadas. En cuanto a las IPS privadas, los reportes y la sensibilización presentan fallas porque, aunque estas instituciones saben que tienen responsabilidades en la denuncia de los casos, no lo hacen para evitar verse comprometidas en asuntos judiciales y asumen que le corresponde a la víctima instaurar la denuncia (Barragán & Rojas, 2021).

En conclusión, a pesar de la amplia discusión sobre el protocolo y la atención proporcionada por el personal de salud a las víctimas de violencia sexual, existe una notable

carencia de estudios que evalúen la efectividad de su implementación en las instituciones de salud en Colombia, a pesar de que su cumplimiento es obligatorio. De igual forma, la mayoría de los estudios abordan la situación únicamente desde la perspectiva de la víctima, sin considerar el punto de vista crucial del profesional de la salud, cuya formación es esencial para ofrecer una atención íntegra. Como indican Morse y Decker (2019), es fundamental centrar la investigación en la implementación de políticas contra la violencia hacia las mujeres en países de ingresos bajos y medianos, así como en otras áreas de políticas de salud en Colombia. Lo anterior indica que este es un tema de gran relevancia que requiere una atención urgente y una mayor coordinación entre todas las partes involucradas para garantizar el pleno cumplimiento del protocolo y la protección efectiva de las víctimas.

## 4.2 Marco teórico

### 4.2.1 Biopolítica y salud

La biopolítica, según Michel Foucault, se define como un tipo de poder que se focaliza en la administración de la vida y la salud de las poblaciones. A diferencia del poder soberano, que tiene la facultad de hacer morir, este enfoque se caracteriza por su interés en fomentar y mejorar la vida. Según Foucault, la medicina, especialmente a través de la salud pública, desempeña un papel fundamental en la configuración de la identidad y subjetividad de los individuos. Como señala Quintanas (2011), "sus discursos, sus instituciones, sus prácticas, [...] han desempeñado un papel protagonista en el diseño de los procesos de subjetivación a través de los cuales nos reconocemos y nos construimos como sujetos dotados de un determinado tipo de identidad" (p. 436). En este sentido, la biopolítica implica una serie de prácticas que disciplinan los cuerpos individuales y regulan a las poblaciones en su conjunto, haciendo uso de herramientas como las estadísticas, la vigilancia y las políticas de salud, con el fin último de incrementar el bienestar y la productividad en la sociedad.

Según Foucault, la salud comenzó a considerarse como un asunto de interés colectivo, estrechamente vinculado a las responsabilidades de la gobernanza estatal. Desde diversas instancias, tanto estatales como no estatales, se promovió un considerable progreso en el ámbito médico, consolidándolo como una esfera cada vez más relevante en la sociedad. Este enfoque inclusivo y diversificado no solo promovió el bienestar individual, sino que también facilitó el desarrollo de políticas públicas de salud más efectivas y justas, reflejando así la creciente influencia de la biopolítica en la administración de las poblaciones. A través de estas políticas, el poder estatal se expandió al ámbito de la vida biológica de los ciudadanos, empleando estrategias de vigilancia, análisis estadístico y regulaciones sanitarias para

optimizar la salud colectiva y, en consecuencia, promover la productividad y la estabilidad social.

Por otra parte, la atención integral desde un enfoque en la teoría biopolítica tiene como fin mejorar el bienestar de la población a través de enfoques coordinados y basados en evidencia, asegurando que cada individuo reciba un cuidado holístico y continuo. Por ende, la biopolítica ejerce una influencia profunda en las políticas de salud y en las instituciones encargadas de implementarlas, lo que se refleja en la implementación de políticas y programas diseñados para mejorar el bienestar de la población en su conjunto. Sin embargo, en el ejercicio tanto de lo público como de lo privado, la distinción entre ambos pierde claridad, convirtiéndose en uno de los desafíos fundamentales que enfrenta la biopolítica. Como afirma Ocaña (2020):

"no cabe duda de que, en ocasiones, el intervencionismo estatal, en busca del desarrollo de los fines propios del biopoder, entra en disonancia con las metas sanitarias que exige la salud pública, cuando quiera que se busquen propósitos vinculados con lucro privado, ganancia utilitarista, o fines semejantes" (p. 212).

Esta tensión entre intereses estatales y privados puede generar conflictos que obstaculizan la consecución de objetivos de salud pública genuinos, destacando la complejidad inherente a la interacción entre la biopolítica y la gestión de la salud en la sociedad contemporánea.

Aunque las políticas de salud se basan en decisiones sobre la asignación de fondos, personal y equipos médicos, orientadas a abordar las necesidades de salud de la población de manera eficiente y justa, en el modelo neoliberal/biopolítico, la vida se gobierna a través de

las prácticas de mercado de la salud, es decir como un objeto y un servicio que debe generar renta o prebendas de carácter político. Como argumenta Ocaña (2020):

"De este modo se le quita valor a lo público y se lo somete a los intereses particulares el Estado neoliberal reconoce a los pobres su derecho de vivir con dignidad y de construir equidad pero, simultáneamente, adopta un modelo económico que agudiza la desigualdad y la exclusión" (p. 212).

Esta tensión entre la lógica del mercado y los objetivos de salud pública evidencia los desafíos inherentes al modelo neoliberal en la gestión de la salud, donde la búsqueda de lucro puede desplazar los intereses del bien común y la equidad social.

#### **4.2.2 Construccinismo social**

El construccionismo social es una teoría sociológica que sugiere que nuestra comprensión de la realidad es construida socialmente a través de interacciones y acuerdos colectivos. Se centra en la relación que existe entre los sujetos que participan de una cultura común, y que desde su propia experiencia y subjetividad van construyendo realidades en el lenguaje social (Donoso, 2004). En otras palabras, en lugar de ver el conocimiento como algo objetivo y fijo, el construccionismo social sostiene que los significados y las verdades son creados y sostenidos por las prácticas sociales y el lenguaje.

En este contexto, "Se hace posible conocer la vivencia y las distinciones que las personas hacen respecto de lo que para ellas es significativo en un determinado tópico o concepto (Donoso, 2004, p.10). Esto se manifiesta en los grupos a partir de procesos transformativos de nuestras percepciones y conocimientos sobre el mundo. Por ende, nos

permite captar las experiencias subjetivas, proporcionando una visión más completa y matizada de los fenómenos estudiados, y facilitando así la transformación y expansión del conocimiento sobre la realidad social.

Al respecto (Ibáñez, 1994 citado en Santana & Cordeiro, 2007), el construccionismo disuelve la dicotomía sujeto-objeto al afirmar que ninguna de estas entidades existe con independencia de la otra y que no es posible pensarlas como entidades separadas. Es decir, que tanto el conocimiento como los objetos, así como los sujetos y los criterios de validación del conocimiento, son productos de prácticas sociales. Por lo tanto, implica que los objetos no preexisten, sino que son construidos socialmente, y que los sujetos están intrínsecamente involucrados en esta construcción.

#### **4.2.3 Cuestionamientos feministas sobre el poder**

Perspectivas feministas como las de Fox Keller (2001) que critica el discurso científico de verdades universales, argumentando que la ciencia tradicional a menudo se presenta como objetiva y neutral, pero está impregnada de sesgos de género y contextos sociales específicos. La teoría científica feminista, según Keller, tiene la tarea de distinguir entre lo local y lo universal en la ciencia, reclamando para las mujeres lo que históricamente se les ha negado y legitimando elementos de la cultura científica que han sido desestimados por ser considerados femeninos.

Esta autora sostiene que esta supuesta objetividad enmascara la influencia de las estructuras de poder y las construcciones sociales que afectan el conocimiento científico (Mogollón, 2001). Al cuestionar estas verdades universales, ella aboga por una ciencia más inclusiva y reflexiva, que reconozca y se beneficie de las diversas perspectivas y experiencias, particularmente las feministas, para enriquecer el proceso científico.

Por otra parte, Donna Haraway (1995), desafía la noción de un conocimiento universal y neutral, argumentando que el conocimiento siempre es parcial y situado. Estas construcciones sociales no son imparciales; por el contrario, ofrecen una interpretación específica de una realidad socio histórica particular. En lugar de aspirar a una objetividad que pretenda trascender todos los límites, Haraway aboga por una visión que reconozca sus propias limitaciones y parcialidades. Para ella, la objetividad se encuentra en la corporificarían específica y particular de la visión, en lugar de en una visión que promete ser sin límites.

Haraway sostiene que la objetividad feminista se centra en la localización limitada y en el conocimiento situado, en lugar de buscar la trascendencia y la separación entre sujeto y objeto (Haraway, 1995 citada en Santana & Cordeiro, 2007). Su llamado es a asumir la responsabilidad por lo que aprendemos a ver, reconociendo que nuestra visión y nuestra interpretación del mundo están influenciadas por sistemas organizativos altamente específicos.

La autora enfatiza que todo modo de ver está mediado, lo que significa que nuestra visión del mundo está condicionada por estructuras y sistemas sociales y culturales. Sus críticas al conocimiento científico reflejan las preocupaciones construccionistas previamente discutidas, destacando la importancia de situar la reflexividad como una cuestión ética y política más que epistemológica (Santana & Cordeiro, 2007). Esto puntualiza la profunda conexión entre el proyecto científico y el ámbito político, reiterando la necesidad de una reflexión crítica sobre el conocimiento y su producción.

## **4.2 Enfoques para la atención de la violencia sexual**

### **4.2.1 Atención centrada en el paciente**

En el sector salud la atención centrada en el paciente generalmente “se define como un enfoque en el que la atención se centra en su cuidado” (Borhan & Nazmun, 2022, p. 54). Su principal meta es comprender las necesidades, valores, preferencias y circunstancias únicas de cada paciente individualmente, y luego adaptar la atención y el tratamiento. Con este enfoque, se reconoce que cada paciente es único por ende se debe considerar el contexto social, emocional y cultural del individuo al momento de proporcionarle un servicio.

Cabe resaltar que Salvador *et al.* (2023) describen que la atención centrada en el paciente implica una comunicación abierta y transparente entre el sujeto y el equipo de atención médica, donde acciones como la autonomía, confidencialidad, accesibilidad de los servicios son fundamentales. Se debe agregar también que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014), explica que una atención centrada en la mujer significa que los servicios brindados dependen de lo que la mujer desee, por lo tanto, se debe proveer la mejor atención posible, evitando su revictimización.

### **4.2.2 Enfoque basado en derechos humanos**

El enfoque basado en los derechos humanos es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que se basa normativamente en estándares internacionales de derechos humanos (Organización de Naciones Unidas, 2024). Su principal meta es el análisis de desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo para, de esta forma, corregir las prácticas discriminatorias e injustas que impiden el progreso. Este enfoque en la atención a víctimas de violencia sexual es fundamental para garantizar el respeto y la

protección de los derechos fundamentales de estas personas, desde el acceso a la justicia hasta atención médica oportuna y psicológica. Esta a su vez debe caracterizarse por un trato justo, sin discriminación alguna por ser mujer, ni por su raza, etnia, casta, orientación sexual, religión, discapacidad u otras características, o bien porque ha sufrido violencia.

### 4.3 Marco normativo

En la Tabla 1. se exponen las principales regulaciones tanto a nivel nacional como internacional que rige la atención a víctimas de violencia sexual. La importancia de este marco radica en su capacidad para guiar y estandarizar los procedimientos y prácticas en la atención a personas que han sido afectadas por este tipo de violencia.

**Tabla 1.** *Nomograma*

<b>1993</b>	Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Establece el marco legal para el sistema de seguridad social en el país (Congreso de la república, 1993).
<b>1994</b>	Convención de Belem do Pará: establece la obligación de los Estados parte de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Contempla medidas de protección para las víctimas de violencia, como el acceso a la justicia, la atención médica y psicológica, y el apoyo social. (Comisión Nacional de los derechos humanos, 1994).
<b>2006</b>	Decreto 3518 de 2006: Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) que busca proveer en forma sistemática y oportuna, información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población. (Ministerio de Salud, 2006)
<b>2008</b>	Auto 237 de 2008: Adopta medidas para la protección de mujeres a partir de tres programas: promoción a la afiliación al SGSSS y atención integral en salud, abordaje psicosocial y salud mental, prevención de la violencia sexual, intrafamiliar y comunitaria.
<b>2008</b>	Ley 1257: dicta normas para la prevención y sanción de todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y refuerza que las mujeres tienen derecho a vivir una vida digna y libre de discriminación y violencia (Congreso de la República de Colombia, 2008).
<b>2012</b>	Se aprueba la Resolución 459 y se adopta el <i>Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual de 2011</i> (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).
<b>2014</b>	La Ley 1719 garantiza el acceso a la justicia a las víctimas de violencia sexual. El sistema de salud tiene la tarea de implementar el <i>Modelo de Atención Integral en</i>

---

*Salud para Víctimas de Violencia Sexual de 2011* (Congreso de la República de Colombia, 2014).

---

**2014** La Organización Mundial de la Salud publica *Atención sanitaria para mujeres sometidas a violencia de pareja o violencia sexual. Un manual clínico* (Organización Mundial de la Salud, 2014).

---

**2015** Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Establece los principios, derechos y obligaciones que rigen el sistema de salud en el país. (Congreso de la república de Colombia, 2015)

---

**2018** Circular 00018 de 2018: establece lineamientos y directrices para las entidades territoriales, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), con el fin de asegurar la correcta implementación de políticas de salud pública y la adecuada atención a los usuarios.

---

**2019** El decreto 1630 de 2019 Garantizar la atención integral a las mujeres víctimas de violencia, en el marco de la Ley 1257 de 2008. Establecer los criterios y procedimientos para el otorgamiento, la implementación y la prestación de las medidas de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

---

**2024** El Decreto número 0075 de 2024 de Colombia modifica varios artículos del Decreto 780 de 2016, que reglamenta la atención y protección de mujeres víctimas de violencia. Entre los cambios más importantes, el decreto establece las modalidades de atención, financiamiento, y procedimientos que deben seguir las entidades territoriales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para asegurar la atención integral y protección de las mujeres víctimas de violencia

---

Elaboración: propia

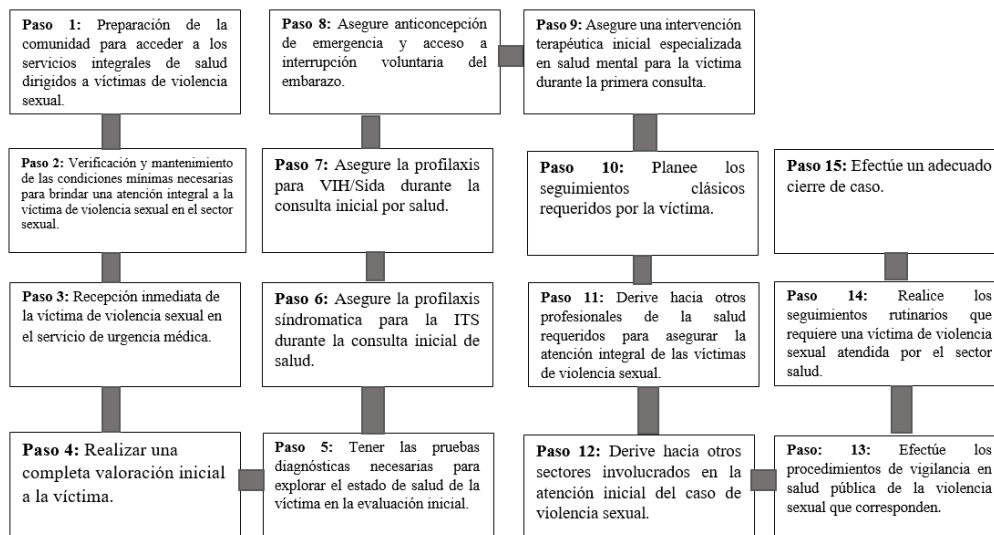
### **4.3 Protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual**

Presentado por el Ministerio de Salud de Colombia como directriz para la atención a víctimas de violencia sexual se establece como “el conjunto de acciones articuladas que responden a los mandatos normativos para garantizar la protección de las víctimas, su recuperación y la restitución de los derechos” (Ministerio de Salud, s.f.). Amparado dentro del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es una herramienta indispensable y de obligatorio cumplimiento en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud. Esta ruta de atención se fundamenta en principios de derechos humanos,

confidencialidad, no discriminación y equidad en la atención con el fin de que el servicio prestado sea de bienestar integral de las personas afectadas por la violencia sexual.

Sin embargo, como los contextos son particulares y la oferta de servicios a nivel territorial es variada, se hace necesario que se adopte a las circunstancias de la institución. Para ello, se establece unos pasos fundamentales para la atención de las víctimas de violencia sexual.

**Figura 1.** Pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual



**Nota:** Tomado de Ministerio de salud, Resolución 459 de 2012.

Es importante que las IPS sigan los pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual porque garantizan una respuesta completa y efectiva a las necesidades de las personas afectadas. Estas instrucciones incluyen proporcionar atención médica de emergencia para tratar lesiones físicas y prevenir enfermedades, ofrecer apoyo psicológico para ayudar a superar el trauma, recolectar pruebas forenses para facilitar la justicia, y asegurar la protección y seguridad de las víctimas. Al seguir estos procedimientos,

se empodera a las víctimas, se promueve su recuperación integral y se facilita su participación en el proceso de recuperación y justicia.

#### **4.4 Marco conceptual**

**Violencia sexual:** Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (Organización Mundial de la Salud, 2021).

**Violación/ asalto sexual:** Se entiende por violencia la fuerza, el constreñimiento, la presión física o psíquica -intimidación o amenaza que "el agente despliega sobre la víctima para hacer desaparecer o reducir sus posibilidades de oposición o resistencia a la agresión que ejecuta. (Ministerio de Salud, Resolución 459 de 2012).

**Abuso sexual:** El delito sexual abusivo tiene que ver con el aprovechamiento, por parte del sujeto activo del delito o agresor, de circunstancias que lo ubican en una situación ventajosa frente a la víctima. Estas circunstancias que le dan ventaja al agresor ante la vulnerabilidad pre-existente en la víctima, pueden ser del orden de la "superioridad manifiesta" o las relaciones de autoridad dadas por la edad (adulto agresor, víctima menor de 14 años); poder o autoridad jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, etc.); incapacidad física o psicológica de la víctima, entre otras. (Ministerio de Salud, Resolución 459 de 2012)

**Explotación sexual:** Hace referencia a la violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la cosificación de la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente. (Ministerio de Salud, Resolución 459 de 2012)

**Trata de personas con fines de explotación sexual:** La trata de personas es una manifestación contemporánea de esclavitud que va en detrimento de la dignidad humana al equipar a los seres humanos a la condición de objetos y someterlos a diferentes formas de explotación y violencia. El delito se configura cuando el agresor capta, es decir, atrae a alguien, en este caso, la víctima (por ejemplo, con una oferta, un aviso clasificado, etc.), con la intención de trasladarle o le traslada (dentro o fuera de su ciudad, departamento, país) y, finalmente, la acoge con la finalidad de explotarla sexualmente. Este delito puede tener como víctimas tanto personas adultas como niñas, niños y adolescentes, y el consentimiento de la víctima no constituye un factor que exima de responsabilidad penal al agresor (puesto que ninguna persona puede consentir su propia explotación), ni si la víctima era consciente o no de la finalidad para la cual se la captaba. (Ministerio de Salud, Resolución 459 de 2012).

**Esclavitud sexual y prostitución forzada:** En este contexto la esclavitud sexual es definida como el ejercicio de propiedad que ostenta una o varias personas sobre las víctimas de estos crímenes, para que realicen uno o más actos de naturaleza sexual. El ejercicio del derecho de propiedad se ve materializado en actos de compra-venta, préstamo o trueque del cuerpo y de la integridad sexual de la víctima o que se desarrolle a través de un tipo de privación de la libertad o autonomía. (Ministerio de Salud, Resolución 459 de 2012)

**Embarazo forzado:** El embarazo forzado, puede configurarse en el marco del Derecho Internacional Humanitario, como un crimen de lesa humanidad o como un crimen de guerra. Por embarazo forzado se entiende el confinamiento ilícito de una mujer a la que se ha dejado

embarazada por la fuerza, con la intención de modificar la composición étnica de una población o de cometer otras violaciones graves del derecho internacional humanitario.

(Ministerio de Salud, Resolución 459 de 2012).

## 5. Metodología

### 5.1 Tipo de investigación

El estudio fue diseñado bajo el planteamiento metodológico del enfoque mixto, puesto que es el que mejor se adapta a las características y necesidades de la investigación.

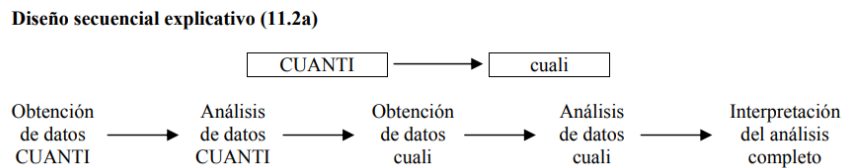
El enfoque mixto según Creswell (2007) incluye:

“La recolección y análisis de datos tanto cualitativos como cuantitativos en un solo estudio en el cual los datos se recogen concurrente o secuencialmente, se dan según cierta prioridad o dominancia. Incluye, asimismo la integración de los datos en una o más etapas del proceso de investigación” (p.212).

### 5.2 Diseño

La estrategia secuencial explicativa se destaca como la más clara entre las seis principales estrategias de indagación con métodos mixtos. Se caracteriza por comenzar con la recopilación y análisis de datos cuantitativos, seguido por la recopilación y análisis de datos cualitativos. Por lo general, se prioriza la recolección de datos cuantitativos, y ambos métodos se integran durante la fase de interpretación del estudio (Creswell, 2007 p. 189).

**Figura 2.** *Diseño secuencial explicativo*



*Nota.* Adaptado de Creswell (2007).

### **5.3 Fase cuantitativa**

En la fase cuantitativa, se llevó a cabo un diseño descriptivo transversal no experimental. Este enfoque de investigación se utiliza para describir características, fenómenos o variables en un momento específico, sin intervenir ni manipular ninguna variable de manera deliberada. En este tipo de diseño, el investigador observa lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de ninguna manera. Se centra en recopilar datos en un solo punto en el tiempo y no implica la manipulación de variables ni la observación de cambios a lo largo del tiempo (Sousa *et al*, 2007).

En el análisis cuantitativo de la investigación sobre el cumplimiento del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual por parte del personal de salud, se utilizó una lista de chequeo como herramienta metodológica. Esta lista de chequeo fue empleada para cuantificar y registrar de manera sistemática el cumplimiento de la IPS a los diferentes aspectos del protocolo, como la realización de procedimientos específicos, la documentación adecuada de casos y el cumplimiento de los plazos establecidos (Gómez, 2013). El uso de la lista de chequeo facilitó la estandarización y la objetividad en la evaluación del cumplimiento del protocolo, permitiendo la identificación de patrones y tendencias en la prestación de servicios de atención a víctimas de violencia sexual en la institución objeto de estudio.

### **5.4 Fase cualitativa**

En la fase cualitativa se utilizó el instrumento de entrevistas semiestructurada que se llevaron a cabo a los profesionales de la salud de la IPS. Posteriormente se hizo el respectivo análisis fenomenológico, para comprender cómo percibe y experimenta el personal de salud el cumplimiento del protocolo, qué desafíos enfrentan en su implementación y que nivel de conocimiento tienen sobre el tema.

### **5.5 Análisis de datos**

Para el análisis de los datos cuantitativos se emplearon métodos descriptivos básicos mediante el software *SPSS Statistics* el cual organizó mediante una matriz de datos que arrojó la lista de chequeo y que se codificó para analizar cada variable por medio de pruebas estadísticas. Mientras que para el análisis de los datos cualitativos se partió del análisis de contenido a partir de cuatro fases a través del software *ATLAS t.i*: transcripción textual de las entrevistas; la organización y procesamiento de los datos mediante la identificación de unidades de registro y las unidades de contexto; identificación de categorías y sub categorías y finalmente, se realizó un proceso de comparación e integración de datos de ambos métodos que ayudó a explicar y complementar la información.

## **6. Aspectos éticos**

En el marco de la investigación sobre el cumplimiento del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual por parte del personal de salud, es esencial abordar consideraciones éticas fundamentales. Esto implicó asegurar el consentimiento informado de los participantes, proteger su confidencialidad y anonimato, y garantizar la equidad y justicia en su tratamiento. Además, fue crucial proteger los derechos y el bienestar de los participantes en todo momento, minimizando cualquier riesgo potencial y respetando su autonomía y dignidad. Al abordar estas consideraciones éticas, se garantizó que la investigación se realizará de manera ética y respetuosa con todos los participantes involucrados.

## 7. Hallazgos

### 7.1 Construcción de instrumento de verificación del protocolo

En un primer momento se construyó una lista de verificación basada en los requisitos mínimos establecidos por el Ministerio de Salud para evaluar el cumplimiento del protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual, identificando barreras y fortalezas de la institución. Esto dio como resultado la definición de cinco criterios a validar con un total de diez ítems como se muestra a continuación:

**Tabla 2.** *Criterios de evaluación*

N	Criterios de evaluación	Ítems
1	Direccionamiento estratégico	5
2	Atención Integral a víctimas de violencia sexual	3
3	Seguimiento de las víctimas	1
4	Interacción con otros sectores	1
5	Vigilancia en salud pública	1

El proceso que se siguió incluyó la revisión de normativas oficiales, la desagregación de componentes claves del protocolo en ítems específicos, y la formulación de preguntas tendientes a verificar el cumplimiento de cada requisito. Además, se incorporaron elementos para identificar barreras, como la falta de recursos o personal, y fortalezas, como la adecuada gestión de historias clínicas y la existencia de procesos definidos para el seguimiento de las víctimas. La lista fue validada con personal experto (profesionales de la entidad) y ajustada según sus recomendaciones para asegurar su efectividad y relevancia.

**7.2 Resultados**

**7.2.1 Direccionamiento estratégico**

El direccionamiento estratégico es un proceso fundamental en la gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud, lo cual implica la identificación de las metas clave, el diseño de planes de acción y la asignación de recursos de manera efectiva para lograr esos objetivos (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.). En este orden de ideas involucra la monitorización constante del progreso y la capacidad de adaptación frente a cambios en el entorno, asegurando así que la organización se mantenga relevante y competitiva a lo largo del tiempo. Este eje dentro de la lista de chequeo cumple con el 65% de los criterios evaluados; aquellos que no se cumplen están asociados al proceso de Gestión del talento Humano, por cuanto no se evidenciaron registros sobre la inclusión de este eje temático en los procesos de inducción, reinducción y capacitación del personal.

**Tabla 3.** *Direccionamiento estratégico*

<b>Direccionamiento estratégico</b>			
<b>NO</b>	<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
<b>1</b>	La IPS, dentro de los elementos del direccionamiento estratégico, incorpora los enfoques de derecho, de género y diferencial.	15	15
<b>2</b>	La IPS cuenta con un programa de inducción y re inducción del recurso humano asistencial, en el que se incluye el abordaje integral en salud a las víctimas de violencia sexual.	15	0
<b>3</b>	Los profesionales de la IPS han sido capacitados para detectar los casos de abuso sexual	20	0
<b>4</b>	La IPS cuenta con un equipo básico conformado para la atención de las víctimas de violencia sexual.	20	20
<b>5</b>	La IPS cuenta con estrategias de Información Educación y Comunicación	30	30
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>65%</b>

Se destaca la sólida integración de enfoques de género, diferencial y de derechos en el modelo de atención institucional y en la cultura organizacional, soportado por actividades

de sensibilización y educación, especialmente mediante la estrategia institucional denominada los "Círculos del Saber". Esta iniciativa asegura una formación continua del personal en temas esenciales para la atención en salud. Además, se han realizado actividades de capacitación sobre la atención temprana de casos de violencia sexual, y la prevención dirigida al público en general, que han sido llevados a cabo en el marco del convenio de prácticas suscrito con la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Industrial de Santander.

### 7.2.2 Atención integral a víctimas de violencia sexual

La "atención integral a víctimas de violencia sexual" se define como el conjunto de acciones y servicios multidisciplinarios destinados a brindar apoyo completo a las personas afectadas por este tipo de violencia (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.). En este contexto específico, se cumple con uno de los tres criterios establecidos, alcanzando el 33% de los requisitos evaluados.

**Tabla 4.** *Atención integral a víctimas de violencia sexual*

<b>Atención integral a víctimas de violencia sexual</b>			
<b>NO</b>	<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
<b>6</b>	La IPS tiene establecida la ruta de atención intrainstitucional para las víctimas de violencia sexual.	33	0
<b>7</b>	La IPS garantiza el proceso de atención de la salud mental	33	0
<b>8</b>	La IPS cuenta con formatos de historia clínica que incluye la información específica para la atención a víctimas de violencia sexual	33	33
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>33%</b>

Dentro de las observaciones registradas al aplicar la lista de verificación un aspecto positivo es el cumplimiento en el registro y manejo de los formatos de las historias clínicas, que es parte fundamental para asegurar la continuidad y calidad de la atención médica. Este

manejo óptimo permite un seguimiento detallado de cada caso y facilita la coordinación entre los diferentes profesionales de salud, dado que los formatos están estructurados para registrar fácilmente la información de la víctima. Sin embargo, existen barreras importantes que precisan ser abordadas. Actualmente, la ruta de atención está desactualizada y carece de un protocolo específico para el traslado de víctimas según los servicios de urgencias disponibles, lo que puede dificultar una respuesta eficiente en situaciones de emergencia.

### 7.2.3 Seguimiento de las víctimas

El seguimiento a las víctimas de violencia sexual es un proceso continuo que garantiza la atención y el apoyo necesarios después del evento inicial de violencia (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.). En este aspecto, se cumplen todos los criterios de evaluación, logrando un 100% en el criterio total.

**Tabla 5.** *Seguimiento de las víctimas*

<b>Seguimiento de las víctimas</b>			
<b>9</b>	La IPS cuenta con un proceso definido para el seguimiento de las víctimas de violencia sexual	100	100
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100%</b>

En las historias clínicas se evidencia la derivación de los pacientes a la Entidad Promotora de Salud (EPS). Dado que la institución se clasifica como de nivel I de complejidad, los controles posteriores son gestionados y llevados a cabo por la red de prestadores de la EPS correspondiente. Esto asegura que los pacientes reciban el seguimiento necesario a través de los servicios especializados que ofrece la aseguradora, garantizando así la continuidad y calidad del cuidado médico.

#### 7.2.4 Interacción con otros sectores

La interacción con otros sectores se refiere a la colaboración y coordinación conjunta entre diversas áreas para proporcionar una respuesta integral y efectiva que cubra todas las necesidades de las víctimas (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.). En este aspecto, no se cumple con el ítem señalado en el instrumento diseñado., resultando en un 0% en el criterio total.

**Tabla 6.** *Interacción con otros sectores*

<b>Interacción con otros sectores</b>			
<b>NO</b>	<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
<b>10</b>	La IPS cuenta con un procedimiento para la notificación y denuncia de los casos de violencia sexual a las entidades competentes (ICBF, Fiscalía, policía).	100	0
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>0%</b>

Se pudo validar en la revisión documental que actualmente, no existe una ruta de atención definida, y los números de contacto que aparecen en el instructivo que tiene la institución están desactualizados. Este hecho afecta la coordinación interinstitucional y puede generar confusión y retrasos en la atención que se precisa.

#### 7.2.5 Vigilancia en salud pública

La vigilancia en salud pública es el proceso sistemático y continuo de monitoreo y reporte de problemas de salud dentro de una población, con el fin de prevenir y controlar enfermedades y otros riesgos para la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.). En este aspecto, se cumplió solo con el 33% de los ítems evaluados del criterio de evaluación.

**Tabla 7.** *Vigilancia e salud pública*

<b>Vigilancia en salud pública</b>			
<b>NO</b>	<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
<b>11</b>	La IPS tiene implementado el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual y reporta a través de este los casos de violencias sexual identificados.	100	33%
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>33%</b>

**Tabla 7.** *Vigilancia en salud pública*

En este criterio de evaluación se encontró que aun cuando el sistema de vigilancia epidemiológica liderado por el Instituto Nacional de salud ofrece las rutas y documentos con los cuales se notifican los eventos de salud pública que deben reportarse obligatoriamente, se carece en la IPS objeto de estudio, de instrucciones específicas para reportar este tipo de evento a las autoridades correspondientes.

**8. Fase analítica**

Para la fase analítica se realizaron siete (7) entrevistas a profesionales de salud de la IPS.

- **Recolección de datos:** 7 entrevistas
- **Codificación de los insumos:** Cada uno de los instrumentos tiene asignado un código correspondiente de identificación. Es así como las entrevistas semiestructuradas fueron llamadas, E.N.T y a su vez, cada una de estas cuentas con un número, empezando en ENT 1 y terminando en ENT 7 y la profesión correspondiente al entrevistado.
- **Síntesis y agrupamiento:** Las siguientes son las características de los entrevistados:

**Tabla 8.***Características de los profesionales*

Profesiones	Total
<b>Medico laboral</b>	3
<b>Bacteriólogo</b>	2
<b>Optómetra</b>	1
<b>Auxiliar de enfermería</b>	1
Sexo	<b>Total</b>
<b>Hombre</b>	4
<b>Mujer</b>	3

Por otra parte, la investigación está guiada por dos (2) categorías deductivas: Conocimiento del protocolo y principales barreras; de las cuales emergen en total quince (11). A continuación, se pueden apreciar:

**Tabla 9.** *Categorización*

<b>Categorías</b>	
<b>Deductivas</b>	<b>Emergentes</b>
Conocimiento del protocolo	Seguimiento a la víctima Formación Enfoques Instalaciones Protocolo del Ministerio de Salud Atención integral a víctimas de violencia sexual
Principales barreras	Vigilancia en salud pública Reinducción- inducciones Interacción interinstitucional Atención integral a víctimas de violencia sexual Socialización protocolo IPS

### 8.1 Disposición y transformación de datos

• **Disposición:** Se realiza una codificación en *ATLAS t.i* que permite evidenciar las respuestas que los actores claves arrojaron a las diferentes preguntas de la entrevista semiestructurada. Dicha codificación está conformada por:

- **Categorías Deductivas:** Hacen referencia al grupo de conceptos que están sustentados teóricamente. Comprenden los objetivos de la investigación.
- **Categorías Inductivas o emergentes:** Hacen alusión a los conceptos individuales que surgieron a partir de las respuestas obtenidas de las entrevistas semiestructuradas.
- **Códigos:** Es la identificación y clasificación de las entrevistas semiestructuradas, los actores clave, su profesión y el renglón donde pertenece aquello que textualmente mencionaron.

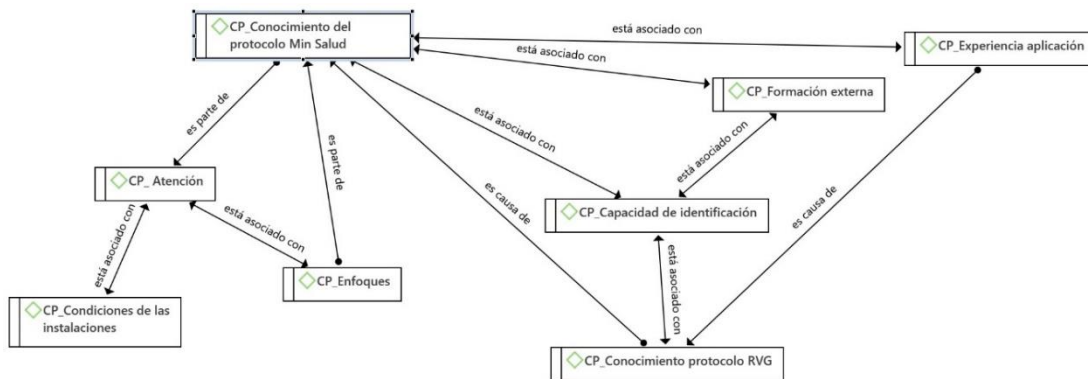
### 8.3 Transformación

• **Redes semánticas:** La elaboración de las redes semánticas tiene como propósito relacionar las categorías deductivas con las categorías inductivas o emergentes. Estas relaciones se realizan para explicar gráficamente la relación entre conocimiento del protocolo y principales barreras para el cumplimiento del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

### 8.4 Presentación y análisis de resultados

En relación con la categoría "Conocimiento del protocolo", que se entiende como la capacidad de comprender y aplicar adecuadamente las medidas establecidas para proporcionar una atención integral y sensible a las personas que han experimentado este tipo de trauma por parte del personal de salud, surgen ocho (8) categorías emergentes interrelacionadas, identificadas en la codificación de la entrevista (ver ilustración 3). “El conocimiento del protocolo del Ministerio de Salud” se relaciona con la “experiencia externa” de los profesionales de salud, lo que les permite la “capacidad de identificación” de las víctimas. Asimismo, la “experiencia en la aplicación” del protocolo está vinculada con el “conocimiento del protocolo de la IPS”. Por otro lado, la “atención” brindada por los profesionales está asociada tanto a los “enfoques” utilizados como a las “condiciones de las instalaciones”.

**Figura 3.** Red semántica\_ Conocimiento del protocolo



*Nota: Elaboración propia*

El conocimiento del protocolo del Ministerio de Salud se refiere a la comprensión y aplicación de las directrices y procedimientos establecidos para brindar una respuesta adecuada y efectiva a las personas que han sufrido violencia sexual, lo anterior según lo dictado por la resolución 459 de 2012. Es así como la mayoría del personal de salud

respondió la mayoría de preguntas hechas de manera satisfactoria, lo que demuestra un conocimiento general sobre el protocolo del Ministerio de Salud y Protección Social. Ellos poseen una comprensión adecuada de los requisitos mínimos que se dictan en este. Se destaca que los médicos, poseen un conocimiento sólido y específico sobre las directrices operativas y los procedimientos a seguir para actuar y dirigir adecuadamente a las víctimas de violencia sexual, uno de los participantes ENT5\_M2 afirmaba:

“Sí, en la valoración médica depende de qué tipo de violencia sexual fue, si fue una violencia sexual con penetración o sin penetración entonces si llega a ser sin penetración es el tema de psicológico del paciente, tomar los datos llenar una ficha de notificación ,hacer la denuncia respectivas si no la he hecho explicarle al paciente como debe hacer la denuncia, si es un paciente mayor de edad a él se le puede dar salida y hacer todo ambulatoriamente si no tuvo ningún tipo de agresión, si tuvo una agresión física pues hay que valorar las lesiones sin ser penetrado sí, si llega a ser menor de edad sin ser penetrado esa persona si se debe dejar en observación o en hospitalización si es menor de edad lo debe haber pediatría pueden haber psicología y psiquiatría estando hospitalizado y debe tener su acompañante permanente. Si llega a ser una persona penetrada. abuso sexual pudo haber sido pues depende no, si fue violento no fue violento, pero igual hay que tomarle la muestra entonces hay un kit que cada institución debe tener que es el kit para violencia sexual, para hacer la muestra, entonces si es una penetración vaginal o anal hay que tomar la muestra del fondo de la vagina con hisopos se guarda en un recipiente especial, se toma también muestra de la región anal de la región perineal, se toma el panty la ropa se guardan un sobre limpio nuevo una bolsa *Ziploc* y se utiliza o se rotula cada paquete de

acuerdo a una hoja que da el Ministerio, se imprime y se diligencia, de cada paquete que es lo que tiene, entonces si tiene el panty, el panty en un paquete, si tenía protector o toalla higiénica la persona no se puede bañar hasta que no se le haga todo eso, se recoge todo se embala se guarda pues se hace una cadena de custodia y en esa cadena de custodia, queda ahí guardado hasta que viene la Fiscalía o la policía a recogerlo; al paciente, se le hace los exámenes intrahospitalaria, se queda por observación, psicología y psiquiatría y se le inicia el manejo con antirretrovirales si es mujer se le da una dosis de para prevenir el embarazo y antirretrovirales para prevenir infecciones”. (R5-516)

En relación con esto, Rodríguez (2023) afirma que el Ministerio de Salud es el principal responsable del desarrollo y ejecución de los diversos planes y programas institucionales, por lo que es obligatorio que los profesionales del sector salud estén bien informados sobre las directrices emitidas por dicho Ministerio. Esto se logra teóricamente a través de capacitaciones y colaboraciones con instituciones prestadoras de salud. Sin embargo, en la práctica, estos requisitos no siempre se cumplen de manera efectiva, lo que evidencia una brecha significativa entre la normativa y su implementación real. Es crucial que el personal de salud conozca y aplique esta normatividad, especialmente en lo que respecta a las directrices para la atención integral de víctimas de violencia sexual, garantizando así una atención adecuada y la protección de los derechos de las víctimas.

Lo anterior implica la comprensión y aplicación de lo ya señalado por parte del equipo sanitarios para brindar una respuesta adecuada y efectiva a las personas que han sufrido violencia sexual, según lo dictado por la resolución 459 de 2012. Aunque los médicos, en particular, demuestran un conocimiento sólido y específico sobre el tema, la falta de una

aplicación uniforme y consistente de estos protocolos subraya la necesidad de una mayor formación y supervisión para asegurar que todos los profesionales de la salud estén equipados para actuar y atender adecuadamente a las víctimas de violencia sexual.

Por otra parte, los profesionales han obtenido el conocimiento acerca del protocolo a partir de diferentes medios externos como lo son su formación académica en institutos y universidades o a través de las empresas donde en algún momento se encontraban vinculados.

“Cuando fui médico sobre todo en la parte de médico rural que nos hicieron una inducción porque ahí sí vemos casos de urgencias, entonces esos protocolos nos dieron a conocer” (ENT4\_M1\_4-14).

De igual manera, algunos se vieron motivados a formarse en esto debido a que les representaba un requisito para entrar a nuevos puestos de trabajo, esta formación la realizaron ya sea de manera presencial o virtual.

“Virtual, pero no fue con ninguna empresa, fue más bien para ingresar a una empresa donde lo solicitaban, entonces pues me tocó hacerlo virtual” (ENT3\_AUX 2-1).

Las formaciones externas han proporcionado a los profesionales de la salud una comprensión general de los requisitos y procedimientos necesarios para la atención integral de las víctimas de violencia sexual. Esto contrasta con los hallazgos de Segura & Stranieri (2016), quienes identificaron que, aunque los profesionales recibían formación en el tema, lo hacían solo para cumplir con las obligaciones de sus lugares de trabajo, lo que resultaba en una atención deficiente y la potencial revictimización de las víctimas. En contextos específicos, como el de los médicos rurales, las inducciones y capacitaciones proporcionadas por diferentes empresas han destacado la prioridad de esta formación. Además, esta

capacitación es un requisito obligatorio según la resolución 3100 de 2019 que obliga a las instituciones a garantizar la formación y capacitación continua del personal de salud en diversas áreas, incluyendo la atención integral a víctimas de violencia sexual, para asegurar una atención apropiada y evitar la revictimización.

A su vez la capacidad que tienen estos profesionales para detectar un posible caso de violencia sexual refiriéndonos a las habilidades para el reconocimiento de sintomatología física, psicológica y comportamental, se basa en las herramientas que tienen los profesionales.

“Claro, porque nosotros hacemos una historia clínica y al hacerle preguntas a la paciente, le preguntamos antecedentes, preguntamos patologías, preguntamos cómo se siente el paciente y si ellos nos llegan a manifestar, podríamos identificarlo, inmediatamente acudir y notificar a las autoridades competentes y a la Secretaría de Salud” (ENT4\_M14\_17-37).

“Si, a partir de la historia clínica, el chequeo que se le hace a la persona, los gestos y demás uno puede hacer una inferencia de eso, pero aquí no ha pasado” (ENT5\_M2 5-13).

Con lo anterior, se puede mencionar que el personal de salud puede identificar a posibles víctimas de violencia sexual mediante diversos mecanismos, como la revisión de la historia clínica y la observación de signos físicos. Esto se diferencia a los resultados de Coll-Vinent et al. (2008), que encontraban que el grado de preparación de los profesionales para la detección de casos de violencia sexual era muy baja. Sin embargo, al igual que en dicho

estudio, el personal de salud consideraba como herramientas importantes las historias clínicas para detectar posibles casos.

Por otra parte, el conocimiento del protocolo de la IPS sobre violencia sexual se refiere a la familiaridad y comprensión que tienen los profesionales de salud de dicha institución respecto a las directrices, procedimientos y normativas específicas que deben seguirse para la atención integral de las víctimas de violencia sexual. Según esto los profesionales comentan no tener conocimiento de que se encuentre aplicando la adaptación del protocolo en la institución.

“Como te respondí en la anterior pregunta, aquí no he recibido esa formación como te digo yo solo vengo 4 horas y me voy, y nunca se me ha socializado una política o programa, ni del Ministerio de Salud, ni aquí interna” (ENT1\_OP1:13).

La falta de conocimiento del protocolo de la IPS sobre violencia sexual entre los profesionales de salud de la institución se hace evidente en las entrevistas al personal sanitario. Aunque estas normativas son fundamentales para garantizar una atención integral y adecuada a las víctimas, es responsabilidad de las entidades adaptar las directrices del Ministerio de Salud para su implementación (Barragán & Rojas, 2021). Sin embargo, las falencias en este aspecto, posiblemente debido a la falta de reconocimiento de su importancia, son evidentes. Este déficit de información y capacitación pone en riesgo la capacidad del personal para identificar, atender y apoyar adecuadamente a las víctimas, lo que puede desencadenar una atención insuficiente y, en casos graves, revictimización. Esta situación también refleja una barrera directa que impacta negativamente en la atención en salud, subrayando la urgencia de abordar estas deficiencias para garantizar la protección y el cuidado adecuado de las víctimas de violencia sexual.

En cuanto a la experiencia de la aplicación del protocolo de violencia sexual se refiere al proceso de implementación de las directrices establecidas para la atención integral de víctimas, abarcando la capacitación del personal de salud, la eficacia en la identificación de víctimas, la calidad y rapidez de la intervención médica y psicológica, y el seguimiento continuo.

“No, aquí en la IPS no, en mi carrera profesional tampoco nunca he tenido la oportunidad de aplicar el protocolo” (ENT4\_M\_12-19).

Dentro de la institución, los profesionales de la salud no han tenido la oportunidad de aplicar el protocolo de violencia sexual. Esto puede deberse al hecho de que esta institución no se centra principalmente en la atención de urgencias, debido a que sus servicios son enfocados principalmente en medicina ocupacional y servicio de laboratorio clínico. No obstante, es importante destacar que el Ministerio de Salud (s.f.), establece como obligatorio el conocimiento de cómo actuar en casos de violencia sexual. Es esencial que la institución tome medidas para brindar oportunidades de capacitación y promover la implementación activa del protocolo, garantizando así una atención efectiva y sensible a las necesidades de las víctimas de violencia sexual.

Por otro lado, ellos sostienen que la atención debe ser humanizada, evitando cualquier forma de revictimización y asegurando la privacidad de la persona afectada. Subrayan la importancia de brindar apoyo psicológico y activar las rutas de derechos del paciente para garantizar una atención integral y respetuosa

“Que solamente se maneje o tenga contacto con ese paciente una persona. Por ejemplo, uno en el día 1 en la noche, que si el día lo interroga una sola persona, que

tenga contacto con una sola persona ojalá no sea el sexo que fue agredido. Y no, no recuerdo más” (ENT5\_M2 5-9).

La insistencia de los profesionales de salud en la humanización de la atención a las víctimas de violencia sexual, destacando la necesidad de evitar la revictimización y salvaguardar la privacidad del afectado, es fundamental y revela un compromiso ético con el bienestar del paciente. Jiang & Li (2023), sostienen que, para lograr una atención óptima, es necesario realizar una valoración integral de la víctima, aprovechando los recursos disponibles y las capacidades propias, lo que incluye el apoyo médico, psicológico y legal. Por ende, la importancia de abordar las necesidades de las víctimas desde una perspectiva integral, garantizando así una atención holística y efectiva.

“Lo más humanizada posible, no hacer que el paciente se revictimice, tratar de hacer las cosas como si no hubiese ocurrido nada, tampoco hay que decirle al paciente, *pobrecito*, sí, porque lo re victimizamos y se va a sentir peor. Entonces hay que ayudarlo para que la red de apoyo sea grande para que se sienta él o ella se sienta seguro y pueda confiar en nosotros porque a veces con el familiar no es no confían entonces lo más humanizado posible” (ENT5\_M2 \_5-10).

En consonancia con lo expuesto, Borhan & Nazmun (2022), abogan por la atención centrada en el paciente, destacando la importancia de reconocer la singularidad de cada individuo y considerar su contexto social, emocional y cultural al proporcionar servicios de salud. Además, Salvador et al. (2023), resaltan la relevancia de elementos como la comunicación efectiva entre el paciente y el equipo médico, la autonomía del paciente, la confidencialidad de la información y la accesibilidad de los servicios para garantizar una atención integral y evitar la revictimización. Este enfoque multidimensional refleja un

compromiso ético con el bienestar y la dignidad de los pacientes. En conclusión, es fundamental que la atención a las víctimas de violencia sexual sea humanizada, evitando cualquier forma de revictimización y asegurando la privacidad del afectado.

Para que se dé una atención centrada en el paciente los enfoques de género, diferencial y de derechos deben estar inmersos dentro de la cultura organizacional de la institución. Esto a partir de actividades de sensibilización y educación en el tema que se relacionan con este enfoque. Los enfoques se han trabajado principalmente a través de la estrategia denominada "Círculos del Saber", la cual ha permitido una formación continua y específica del personal sobre diversas temáticas relevantes para la atención en salud.

“En la actividad que está haciendo la practicante de Trabajo Social en los círculos del saber, ahí hemos aprendido de estos temas que, pues no se trabajaban tanto aquí en capacitaciones, pero pues como siempre llegan pacientes diferentes ahí hemos aprendido que hay que atenderlos desde el respeto” (ENT3\_BAC\_13-12).

El personal ha recibido orientación a través de los Círculos del Saber, una estrategia implementada desde la parte organizacional para mejorar el conocimiento y las habilidades. Tal como lo afirma Sánchez *et al.* (2023), la capacitación constante influye en el desempeño de labores fomentando una actitud proactiva, donde también prime la privacidad y confidencialidad de los sobrevivientes lo cual contribuirá a garantizar una atención médica oportuna y de calidad. Estos círculos proporcionan un espacio de aprendizaje continuo y colaborativo, permitiendo a los empleados compartir experiencias y mejores prácticas.

De igual manera, el reconocimiento de los diferentes enfoques en la atención a los usuarios implica comprender y valorar las diversas perspectivas y necesidades individuales de cada persona. Lo que puede incluir consideraciones culturales, sociales, económicas y

emocionales que influyen en la forma en que los usuarios interactúan con el sistema de salud y en cómo perciben su atención médica.

“Esos temas si los tocamos porque aquí atendemos a personas de sexo masculino, femenino y otro tipo de gustos sexuales entonces esa parte si la miramos” (ENT4\_M1\_4-15).

El personal destaca que la diversidad de los grupos poblacionales atendidos les ha proporcionado un conocimiento exhaustivo y diverso sobre el tema de la atención médica. Este entendimiento les ha capacitado para ajustar sus métodos de atención y satisfacer eficazmente las necesidades específicas de diversas comunidades, promoviendo así una atención más inclusiva y competente. Desde la perspectiva de los derechos humanos (Organización de las Naciones Unidas, 2024), este conocimiento es esencial para garantizar el respeto y la protección de los derechos fundamentales de todos los individuos. Por lo tanto, estar familiarizados con diferentes enfoques facilita una atención justa, libre de discriminación y basada en el respeto hacia todos los pacientes.

Por su parte, las instalaciones e insumos donde se brinda la atención a los usuarios es un aspecto positivo a destacar. Debido a que se cuenta con los insumos necesarios, un capital humano altamente capacitado y áreas diseñadas para garantizar la privacidad de los pacientes. Estos elementos son fundamentales para asegurar la calidad de la atención médica y el bienestar de quienes acuden a la institución.

“Son cómodas, tienen privacidad así que no me quejo de eso, en cuanto a recursos pues aquí siempre están los implementos” (ENT7\_BAC2\_7-15).

La disponibilidad de insumos médicos permite realizar diagnósticos y tratamientos de manera efectiva, mientras que el personal capacitado puede brindar atención especializada y de calidad. Tal como argumenta Leal et al. (2021), la mejora de la infraestructura para una óptima prestación de servicios es fundamental para el cumplimiento de las directrices dadas en el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual. Por lo tanto, la privacidad asegurada en las instalaciones promueve un ambiente de confianza y comodidad para los pacientes, lo que favorece una atención más integral y satisfactoria.

### **8.5 Relación entre el conocimiento de personal y la actividad realizada en la institución**

A partir de la información recolectada en ambos instrumentos de investigación como lo son la lista de chequeo y las entrevistas semiestructurada realizadas a los profesionales, se puede tener en cuenta los siguientes puntos:

La lista de chequeo realizada y las entrevistas demuestran que existe formación en enfoques de género, diferencial y de derechos a través de diversas estrategias de sensibilización y educación, tanto para trabajadores como para usuarios. Aunque este trabajo no se relaciona directamente con las directrices de la adaptación del protocolo, se considera un aspecto positivo, debido a que el personal reconoce los conceptos y sabe cómo aplicarlos. Esto es esencial para brindar una atención centrada en el paciente y humanizada, donde se prioricen sus derechos.

Asimismo, se cuenta con un equipo base de enfermeras y médicos para proporcionar la atención inicial. La mayoría de ellos tiene conocimiento de la resolución 459 de 2012,

adquirido a través de entidades externas, ya sea como requisito obligatorio para algún trabajo o por motivación propia. Este conocimiento básico sobre el manejo de la víctima es crucial; sin embargo, no todos los profesionales lo poseen, lo que se convierte en una barrera para la prestación del servicio.

El conocimiento sobre el reconocimiento de la víctima y su atención está relacionado con el cumplimiento en el registro y manejo de las fichas de las historias clínicas, lo cual es fundamental para asegurar la continuidad y calidad de la atención médica. Al estar estandarizada esta herramienta en la IPS, se convierte en una parte importante en el manejo de la víctima. Además, al ser una institución prestadora de servicios de nivel I, estos casos son remitidos a la EPS del paciente, y contar con estas herramientas permite que el proceso se lleve a cabo satisfactoriamente.

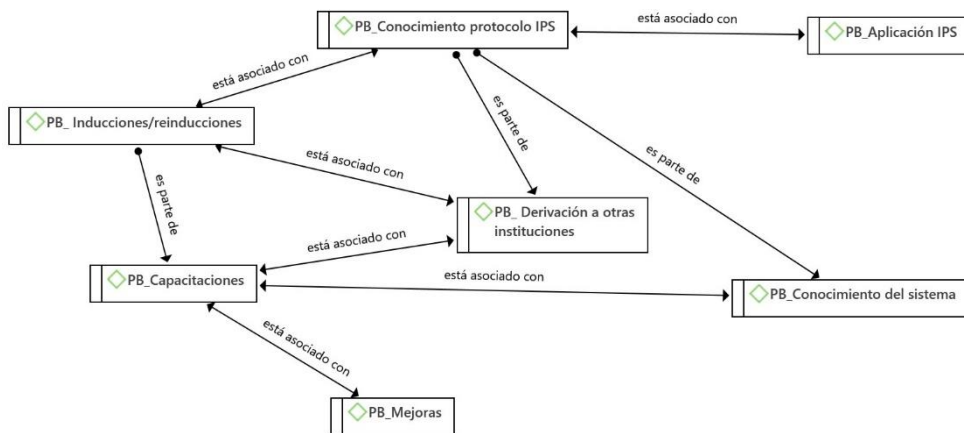
Así mismo, disponen de la ventaja de contar con instalaciones adecuadas para la atención de los usuarios, garantizando la privacidad necesaria para ofrecer un servicio óptimo y resguardar la integridad de las personas. Lo anterior contribuye a una atención más humanizada, donde se considera no solo el aspecto médico, sino también el bienestar y la dignidad de los pacientes durante el proceso de atención. Por consiguiente, estas condiciones facilitan un entorno seguro y respetuoso, donde los profesionales de la salud pueden desempeñar sus funciones de manera eficiente y con mayor empatía hacia los usuarios.

## **8.6 Principales barreras**

En relación con la categoría “principales barreras” que entiende como los obstáculos que dificultan la implementación efectiva de las directrices establecidas para atender a las víctimas, surgen siete (7) categorías emergentes interrelacionadas, que se identifican en la codificación de la entrevista (ver figura 2). El “conocimiento del protocolo de la IPS” hace

referencia a la adaptación en la institución de la resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud este se asocia con la “aplicación en la IPS”, a su vez se enlaza con las “inducciones/reinducciones” realizadas en torno al tema, aunado a lo anterior se encuentran las “capacitaciones” que refuerzan el conocimiento de la “derivación a instituciones” donde se lleva a la víctima, lo cual ayuda a tener la certeza del “conocimiento del sistema” y finalmente esto conduce a las realización de “mejoras”.

**Figura 4.**Red semántica\_ Principales barreras



*Nota: Elaboración propia*

Dentro de las barreras que se encuentran está el conocimiento y difusión del protocolo de atención de las víctimas de violencia sexual de la IPS, puesto que en las instituciones prestadoras de servicio debe ser de obligatorio cumplimiento como indica el Ministerio de Salud y Protección Social para eso debe adaptarse según el contexto y las necesidades de la institución. Respecto a esto los entrevistados comentan que no se les ha socializado la adaptación o adopción del protocolo de atención integral víctimas de violencia sexual.

“No tengo idea del protocolo, tengo entendido que existen unas leyes pero no sabría decirte como se aplica en la IPS” (ENT1\_OP\_1-5).

Aunque el personal de salud infiere que es obligatorio al menos socializar el protocolo de atención a la violencia sexual, no conocen sobre la existencia de esta adaptado a las necesidades institucionales. Por lo tanto, desconocen del manejo que le dan en la IPS al tema, en consecuencia, desconocen que áreas tienen la responsabilidad de estas tareas y cuál es el alcance que tiene a nivel institucional.

Esta falta de conocimiento representa una falla dentro de la IPS, debido a que no se considera una prioridad, a pesar de ser proveedores de atención y de que se trata de un problema de salud pública. Siendo el primer punto de contacto para las víctimas, deben actualizarse continuamente en el tema, las legislaciones y otros aspectos relevantes (Borham & Nazmun, 2023). Por lo cual, para evitar casos de revictimización, estudios como el de Jiang & Li (2023), sugieren que estas directrices sean previamente socializadas para obtener una atención más eficaz, que esté centrada en el bienestar del paciente.

La problemática mencionada se vincula con el eje de aplicación en la IPS, específicamente si los profesionales consideran relevante integrar el protocolo adaptado dentro de la institución. Aunque algunos reconocen la necesidad de su implementación, porque lo consideran un requisito esencial para la calidad de la atención o porque es una obligatoriedad institucional respecto a la normativa legal.

“Si, a todas las entidades prestadoras de salud, aunque aquí no seamos como tal urgencia, si es necesario que se aplique porque es un requisito” (ENT7\_B2\_7- 6).

Por otro lado, otros profesionales argumentan que, debido a que la institución se especializa en servicios de medicina laboral y laboratorio clínico es improbable que surjan situaciones que requieran la aplicación del protocolo.

“No realmente, no aplica porque aquí ya tenemos solamente personas que van a ingresar a trabajar, o sea, aquí lo que hacemos es el examen de ingreso, el examen periódico y el examen de egreso de los trabajadores esta no es una IPS que atiende ese tipo de problema” (ENT4\_M4\_4-8).

Tal como afirman autores como Segura & Stranieri (2016), los profesionales necesitan una mayor sensibilización en este tema, para que no lo perciban únicamente como un requisito, sino como un aspecto crucial de la atención médica. De esta manera, se asegura que el personal de salud esté preparado para el abordaje de cualquier situación que pueda surgir respecto a la violencia sexual, independientemente del ámbito específico de la institución.

Es así como se configuran la educación desde que se empieza a laborar en Instituciones Prestadoras de Salud, es decir desde las inducciones o reinducciones sobre el tema, dando a conocer o recordar el manejo de los casos de atención a víctimas de violencia sexual al personal de salud.

“No he participado, también por el tiempo que contamos es muy limitado para esos temas” (ENT1\_OP 15 ¶ 35)

Esta falta de conocimiento inicial representa una barrera significativa, ya que evidencia el incumplimiento de uno de los requisitos mínimos. Según Vieira y Hasse (2017), un buen servicio no depende solo de la buena voluntad de los profesionales ni de la capacitación y difusión aislada; todo debe trabajarse en conjunto, desde la creación de líneas de trabajo en el área organizacional. El conocimiento de estos lineamientos permite a los profesionales de salud brindar un mejor servicio, convirtiéndose en una fortaleza. Sin

embargo, en este caso, dicha integración no se presenta, puesto que no se están llevando a cabo estas tareas.

En este mismo orden de ideas las capacitaciones, que es el espacio de fortalecimiento de formación en temas para el abordaje de la violencia sexual, se han llevado a cabo, pero no de una manera constante. Además, estas se han realizado sobre el protocolo del Ministerio de Salud y Protección Social, dejando de lado la socialización de la adaptación del protocolo en la IPS.

“Fue acá en la IPS pero eso fue virtual, pero eso era virtual o presencial pero por debido por el tiempo me tocó virtual pero siempre me ha gustado lo presencial”

(ENT\_3\_B1\_3-9).

Aunque se están llevando a cabo actividades de capacitación sobre el protocolo del Ministerio de Salud y Protección Social para abordar la violencia sexual y enfoques como género, derechos humanos y diferencial, existe una falta de consistencia en la programación de estas sesiones, estas deberían ser más seguidas. Las capacitaciones para Morse & Decker (2019) son una oportunidad de cambios dentro del sistema de salud, los proveedores que responden con apoyo pueden aportar a evitar el riesgo de las víctimas. También se destaca la importancia de considerar la preferencia de los empleados en cuanto a la modalidad de capacitación, ya sea virtual o presencial, para garantizar una participación más comprometida y efectiva.

El conocimiento de los principales actores interinstitucionales involucrados en la conexión y traslado de las víctimas es esencial para asegurar una respuesta efectiva y

coordinada ante situaciones de violencia. Es así como los médicos sabían identificar a donde se hacía el respectivo traslado de la víctima y que instituciones eran claves en el proceso.

“Realmente toda víctima violencia sexual es un triage 1 o sea, es algo urgente vital es de vida o muerte por decirlo así, entonces cualquier institución está obligada a hacer la atención, la primera atención del paciente entonces si estamos aquí lo más cercanas y la edad clínica Bucaramanga, Chicamocha, son la más cercanas pero entonces de tema de cercanía, cualquiera podría llegar a la institución” (ENT5\_M1\_5-15).

Esta familiaridad permite establecer canales de comunicación fluidos entre las diferentes entidades, agilizando así la derivación de las víctimas a los servicios y recursos adecuados. Además, facilita la colaboración intersectorial para garantizar una atención integral y oportuna a las personas afectadas.

No obstante, no todo el personal de salud como bacteriólogo y auxiliares conoce las rutas ni cómo deben activarse. Es así como se puede identificar que no todo el personal tiene el mismo nivel de conocimiento, lo cual dificulta los procesos a llevar a cabo.

“La verdad no sabría decirle si sirven las líneas de atención, tampoco sabría decir a donde se remite” (ENT3\_B1\_3-16)

Con respecto al desconocimiento en los actores institucionales Segura & Stranieri (2016), observan que los profesionales pueden en estos casos actuar por intuición sin conocer las verdaderas rutas. Por ende, muchos casos terminan en revictimización al no saber a qué instituciones debe ir la víctima.

Igualmente pasa con el sistema de vigilancia, donde se reportan los casos, el personal de salud desconoce quién dentro de la IPS lleva a cabo estos procesos. Esta falta de comprensión detallada puede obstaculizar la capacidad del personal para responder de manera eficaz ante situaciones relacionadas con el tema en cuestión, lo que resalta la necesidad urgente de una capacitación y orientación más exhaustivas en este ámbito.

“No nunca he conocido este sistema” (ENT\_ENF\_4-19)

El desconocimiento de estos ejes hace que como explican Vieira & Hasse (2017), no se oferte un buen servicio, ya sea porque no se realizan actividades que busquen fortalecer el tema o que no se les de la importancia que requiere.

Finalmente, los mismos profesionales dan algunas ideas para superar estas barreras, ellos consideran que la educación es fundamental para poder conocer sobre el tema y brindar un mejor servicio.

“Mira, si pero pues eso es fuera de mi horario, yo creo que eso debe replicarse, hacer una ruta, un afiche en cada consultorio, por ejemplo a los que no podemos estar en una capacitación, yo sé que en esta IPS están mejorando esos servicios, que bueno sería educar eso, que por ejemplo trabajo social que ahora se encuentra aquí trabajen esos temas, pongan los números del servicios, perdón de las entidades que atienden esos casos, la fiscalía, la alcaldía, uno ya conoce, yo sé que eso se pasa la EPS, pero sería bueno que aquí se visibilizará en un cartel o un afiche, en los consultorios, que se hablara con los pacientes ahí en la sala, que no solo quede en una charla que fue hace un año, eso tiene que volverse a replicar ya la estrategia pues eso le queda a ustedes como hacerlo” (ENT1\_OP\_1-18).

Se puede inferir hay un reconocimiento de la necesidad de educación continua y accesible, y una serie de recomendaciones prácticas para implementar estrategias efectivas de difusión y sensibilización dentro de la IPS. Aprovechando que algunos profesionales conocen los lineamientos, es viable construir entre todos un sistema en el que prime la atención de la víctima. Cómo lo afirman Morse & Decker (2019), el personal de salud desempeña un papel clave en estos procesos, por ende, no se debe pasar por alto, la sensibilización a partir de una educación continua en el tema, que no solo quede en el papel, sino que se pueda visibilizar en el servicio.

### **8.7 Relación entre barreras y cumplimiento del protocolo**

En cuanto a la relación cuantitativa y cualitativa del estudio se encuentran las siguientes barreras.

La IPS ha realizado una adaptación del protocolo de atención en salud a víctimas de violencia sexual promulgado por Minsalud, pero no se encuentra oficializado ya que solo es un borrador. La exposición del contenido dificulta su comprensión por cuanto en el documento se mezclan lineamientos del protocolo de atención a violencia intrafamiliar. Se une a lo anterior, que a la fecha el contenido del escrito no está socializado con el equipo profesional. En cuanto a la derivación institucional (referencia de pacientes víctimas de violencia sexual)) los profesionales encuentran dificultades para identificar a que instituciones se remite la víctima dado que la ruta de activación en casos de violencia sexual se encuentra desactualizada, es decir líneas telefónicas y direcciones que ya no corresponden a entidades como policía, fiscalía, comisaria de familia, entre otras.

Finalmente, los profesionales enfrentan como barrera el conocimiento del sistema de vigilancia epidemiológica en el que se reportan los casos de violencia. Aunque están familiarizados con el software clínico que soporta la atención, carecen de una comprensión detallada de cómo se implementan y gestionan los procesos dentro de la IPS en relación con los casos de violencia sexual. Esta falta de claridad incluye desconocimiento sobre los procedimientos específicos, las responsabilidades asignadas a diferentes áreas y el alcance de las acciones a nivel institucional.

## 9. Discusión

El análisis del cumplimiento del protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual fue abordado desde un enfoque mixto (cuantitativo- cualitativo) entendiendo que con este es posible dar una perspectiva más integral y de mayor profundidad al tema en cuestión. De acuerdo con la bibliografía consultada es posible encontrarse investigaciones sobre los protocolos de atención desde la perspectiva de las víctimas. No obstante, no existe mucha literatura desde la perspectiva de los profesionales de salud. En cuanto a los instrumentos utilizados cuantitativo (lista de chequeo) y cualitativo (entrevista semiestructurada) diseñados e implementados en la presente investigación, es relevante establecer su pertinencia al momento de describir el conocimiento que tienen en el tema los y las profesionales, así como, para indagar las principales barreras que enfrentaba la IPS en el tema.

Respecto al conocimiento de los profesionales sobre el protocolo de atención en salud a víctimas de violencia sexual se encuentra que ellos tienen conocimientos sólidos, sobre el mismo puesto que es obligatorio que el personal de salud esté certificado en el tema. Además, el estudio evidenció que el equipo profesional de la IPS se encuentra nutrido con un grupo de profesionales sanitarios de diversas ramas, quienes han recibido por parte de la entidad formación en enfoques diferenciales para la atención. Estos puntos se interrelacionan con los aspectos positivos del direccionamiento estratégico, que muestra el 65% del cumplimiento de los criterios de evaluación señalados. La educación llevada a cabo por-profesionales y practicantes de Trabajo Social se ha visto reflejada en las respuestas dadas por este talento humano.

El hecho de que los profesionales de la salud tengan un conocimiento sólido y obligatorio sobre el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual refleja una forma de control biopolítico. El gobierno y las instituciones de salud establecen directrices que los profesionales deben seguir para asegurar un manejo adecuado de los casos de violencia sexual, lo cual es un intento de regular y mejorar la salud y bienestar de la población (Ocaña, 2020).

La relación con la biopolítica en este contexto se centra en cómo el conocimiento y las prácticas de los profesionales de la salud, orientados y regulados por políticas y estrategias institucionales, forman parte de un esfuerzo más amplio para controlar y mejorar la salud y el bienestar de la población (Quintana, 2011). Estas prácticas reflejan los mecanismos mediante los cuales el estado y las instituciones sanitarias ejercen su poder sobre la vida y la salud de los individuos.

Asimismo, dentro de los indicadores del protocolo para la atención integral a víctimas de violencia sexual incluidos en la lista de chequeo, uno de los aspectos a resaltar fue que contaban con formatos de historia clínica que incluye la información específica para la atención a víctimas de violencia sexual (33%). Este también fue un aspecto a destacar de las entrevistas debido a que los profesionales de la salud lo mencionaban como una herramienta para la identificación de la víctima. A su vez, mencionaban que la atención debía ser humanizada, centrada en el usuario, respetando su privacidad. En relación con esto último la IPS cuenta con espacios y los implementos acordes para prestar la atención a los pacientes.

Autoras como Fox Keller (2001), argumenta que la ciencia no es una práctica neutral, sino que está profundamente influenciada por factores sociales, incluidos los de género. La obligatoriedad del conocimiento sobre el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual y la formación en enfoques específicos pueden ser vistos a través de esta lente como esfuerzos

para desafiar y transformar las prácticas científicas y médicas que tradicionalmente han ignorado o marginado las necesidades y experiencias de las mujeres. La incorporación de estos protocolos refleja un reconocimiento de la violencia sexual como un problema significativo de salud pública que afecta desproporcionadamente a las mujeres, y representa un intento de hacer que la práctica médica sea más inclusiva y consciente de las desigualdades de género (Keller,2001).

Por otra parte, Haraway sostiene que todo conocimiento es producido en contextos específicos y está influenciado por las posiciones sociales de quienes lo producen. El hecho de que los profesionales de la salud reciban formación específica sobre la atención a víctimas de violencia sexual y que esta formación se refleje en su práctica es un ejemplo de conocimiento situado (Santana &Cordeiro, 2007). Por lo tanto, el conocimiento sobre la violencia sexual y cómo tratar a sus víctimas no es un saber universal abstracto, sino que está profundamente influenciado por la realidad social y las luchas feministas que han llevado a reconocer y abordar este problema.

Las teorías feministas de Fox Keller (2001) y Haraway (1995), residen en la crítica y la transformación de prácticas científicas y médicas para hacerlas más inclusivas y conscientes de las desigualdades de género, así como en la implementación de conocimientos situados que reconozcan y respondan a las realidades específicas de las víctimas de violencia sexual.

Por otra parte, en cuanto a las principales barreras, se encuentra la falta de inducciones y reinducciones para el personal de salud, la ausencia de socialización del protocolo de violencia sexual adaptado por la entidad, que en la lista de chequeo se encontró que está

incompleto y donde además se abordan otros temas como la violencia intrafamiliar, hechos que dificultan su aplicación en la IPS.

Desde esta perspectiva, se pueden identificar varias conexiones con la biopolítica en lo mencionado anteriormente. La ausencia de difusión sobre el protocolo adaptado en la IPS refleja una negligencia biopolítica, al no proteger adecuadamente a las víctimas y controlar sus cuerpos. Asimismo, la falta de sensibilización y reconocimiento de estos temas dentro de las instituciones puede considerarse un fallo biopolítico al marginar las experiencias y necesidades de ciertos grupos de la población, manteniendo así el *statu quo* y perpetuando estructuras de poder que no desafían la violencia y la desprotección (Ocaña, 2020).

Por otra parte, el construccionismo sugiere que el conocimiento se construye a través de la interacción social y la experiencia práctica. En el caso de la implementación de un sistema de vigilancia de salud pública en una IPS, puede ser útil involucrar al personal en la sensibilización del tema, a través de la pedagogía, su participación activa en el desarrollo de estas temáticas puede ayudar a construir un entendimiento común y una base sólida para la implementación exitosa del sistema.

Igualmente, el conocimiento no igualitario entre el personal de salud sobre las entidades competentes donde se realizan las denuncias y se encargan de la urgencia, se relaciona directamente con la desactualización de las líneas de atención de estas entidades, hallazgo que se encontró en la lista de chequeo.

En el contexto de la atención médica y la perspectiva feminista de Haraway, (Citada en Santana & Cordeiro, 2007), la desigualdad es por diversos factores, como el género, la raza, la clase social, entre otros. En este caso específico, la desactualización de las líneas de atención de las entidades encargadas de gestionar las denuncias y la urgencia puede reflejar una falta de atención a las necesidades específicas de ciertos grupos, como las mujeres que

pueden ser víctimas de violencia sexual. Esto muestra cómo la falta de conocimiento igualitario puede tener consecuencias concretas en la atención médica y en la respuesta a situaciones de emergencia, lo que es relevante desde una perspectiva feminista que busca cuestionar y abordar las desigualdades de género en todos los ámbitos de la sociedad.

La IPS carece actualmente de una estructura sólida para implementar el sistema de vigilancia de violencia sexual según lo establecido a los ítems evaluados en la lista de chequeo. Dentro de los resultados se encontró que hace falta una guía específica para llevar a cabo la vigilancia de este evento de salud pública, que de las instrucciones específicas para completar las fichas de registro correspondientes. Asimismo, no se especifica el personal encargado de esta actividad. La falta de directrices claras, el desconocimiento de este sistema dentro de la IPS es evidente en el bajo cumplimiento del 33% en la lista de chequeo y corroborada en las entrevistas. Esto subraya la urgencia de una estrategia organizacional coherente y coordinada para abordar esta deficiencia.

Desde una perspectiva construccionista, se puede analizar la situación descrita como un ejemplo de cómo las estructuras sociales y organizacionales construyen la realidad y afectan la implementación de políticas y procedimientos. El construccionismo sostiene que las realidades sociales son construidas por las interacciones humanas y las instituciones sociales, y que no existen de forma independiente de estas construcciones (Donoso, 2004).

En el caso de la falta de una base sólida para la implementación del sistema de vigilancia en la IPS se puede observar cómo la falta de recursos, directrices claras y una estrategia organizacional coherente impacta directamente en la capacidad de llevar a cabo esta actividad de manera efectiva. La carencia de una guía específica, formularios adecuados y designación de personal responsable demuestra cómo las estructuras organizacionales pueden limitar la capacidad de responder adecuadamente a situaciones de salud pública;

destacando la importancia de considerar los aspectos sociales y estructurales en el diseño e implementación de políticas de salud.

## 10. Conclusiones

A partir del estudio mixto realizado, se puede concluir que la institución cumple parcialmente con lo reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social respecto al protocolo de atención a víctimas de violencia sexual. Sin embargo, existen dos aspectos destacados, por un lado, se observa una sólida formación en enfoques de género, diferencial y de derechos tanto entre el personal de la institución como entre los usuarios, gracias a diversas estrategias de sensibilización y educación. Aunque este conocimiento no está directamente vinculado con las directrices de la adaptación del protocolo, representa un avance significativo al demostrar que el personal está familiarizado con estos conceptos y sabe cómo aplicarlos para ofrecer una atención centrada en el paciente y humanizada, donde se respeten sus derechos.

Por otro lado, se destaca la existencia de un equipo base de médicos y paramédicos encargados de brindar la atención inicial, la mayoría de los cuales posee conocimientos sobre la resolución 459 de 2012, obtenidos a través de entidades externas. Sin embargo, la falta de uniformidad en este conocimiento constituye una barrera para la prestación del servicio, dado que no todos los profesionales cuentan con la misma capacitación.

Además, se evidencia la importancia del conocimiento sobre el reconocimiento y la atención de la víctima, vinculado con el registro y manejo de las fichas de historias clínicas. La estandarización de estas herramientas en la IPS es crucial para garantizar una atención médica de calidad, humanizada y centrada en el paciente, para así, asegurar que el proceso se lleve a cabo satisfactoriamente, especialmente al ser una institución prestadora de servicios de nivel I.

No obstante, el estudio también refleja barreras en la implementación y comprensión del protocolo de atención a la violencia intrafamiliar y sexual en la institución. La principal dificultad radica en que el protocolo institucional no se encuentra en un documento oficial, sino en un borrador que no ha sido socializado ni adaptado a las necesidades reales de la IPS. Esta situación ha generado desconocimiento entre los profesionales sobre la aplicación del protocolo y la barrera de las rutas interinstitucionales desactualizadas; en consecuencia, en un caso de emergencia, no se podrían activar. Además, no existe un referente institucional encargado de la parte administrativa de esta problemática, lo que deja a los profesionales de salud sin una guía clara sobre a quién dirigirse para estos requerimientos.

Para superar estas barreras, es crucial finalizar y oficializar el protocolo de atención, separándolo claramente del protocolo de violencia intrafamiliar. Una vez oficializado, se debe socializar el protocolo con todos los profesionales de la institución a través de capacitaciones, talleres y materiales de referencia accesibles. Asimismo, es esencial continuar con el programa de capacitación continua para todo el personal, enfocándose en la aplicación del protocolo, los enfoques de género, diferencial y de derechos. Es importante ofrecer capacitaciones tanto en modalidad presencial como virtual para garantizar que todos los profesionales puedan participar, independientemente de sus horarios.

Estas propuestas tienen como objetivo reforzar la estructura organizativa y la capacidad operativa de la institución. Esto garantizará una atención integral, humanizada y eficaz para las víctimas de violencia sexual. La implementación de estas mejoras contribuirá a superar las barreras actuales. Además, optimizará los procesos y recursos disponibles para ofrecer un servicio de calidad que proteja y promueva los derechos de las víctimas. Asimismo, se buscará cumplir en totalidad con el protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual.

En conclusión, el estudio permite conocer que la violencia sexual es un asunto de gran relevancia social y de salud pública, demandando una atención completa y empática. Aunque se analizó desde un plano donde primaban una perspectiva de salud y el conocimiento de los profesionales, es esencial mantener la sensibilización entre todos los implicados. Esta sensibilización desempeña un papel crucial en la prevención, detección y atención de la violencia sexual, siendo un paso indispensable hacia la edificación de una sociedad más equitativa y segura para todos. Además, este estudio resalta la necesidad de ir más allá de los requisitos mínimos dados desde organismos como el Ministerio de Salud y protección social, explorando y adoptando nuevas estrategias para abordar esta problemática de manera efectiva.

## 11. Referencias Bibliográficas

- Auto 237 de 2008. [Corte constitucional]. Adopción de medidas para la protección a mujeres víctimas del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado. 12 de diciembre de 2008.
- Barragán, J. & Rojas, M. R. (2013). Evaluación de la atención de la violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(2), 195-201. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2013000200005&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2013000200005&script=sci_abstract&tlng=en)
- Borhan, & Nazmu. (2023). Survivor-Centered Care in Gender-Based Violence Treatment Protocol for Healthcare Providers: A Medico-legal Review. 8(2):53-56. doi: 10.3329/jmomc.v8i2.64441
- Castillo (2021). Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa. *Revista latinoamericana de metodología de la investigación social*, (20), 7-18. [http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/fenomenologia\\_como\\_metodo](http://www.relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/fenomenologia_como_metodo)
- Coll-Vinent i Puig, B., Echeverría, T., Farràs, Ú., Rodríguez-Martín, D., Millà, J., & Santià Vila, M. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*, 2008, vol. 22, num. 1, p. 7-10. <https://doi.org/10.1157/13115103>
- Comisión Nacional de los derechos humanos [OEA]. (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. [https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/Material\\_difusion/convencion\\_BelemdoPara.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/Material_difusion/convencion_BelemdoPara.pdf)
- Congreso de la República de Colombia. (16 de febrero de 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Ley Estatutaria 1751 de 2015]. DO: No. 49.427
- Congreso de la República de Colombia. (18 de junio de 2014). Ley Integral para la Garantía de Acceso a la Justicia para Víctimas de Violencia Sexual. [Ley 1719 de 2014]. DO: No. 49.186
- Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 2023). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [Ley 100 de 1993].DO: No. 41.148
- Congreso de la Republica de Colombia. (4 de diciembre de 2008). Ley violencia y discriminación contra las mujeres. [Ley 1257 de 2008]. DO: No. 52.682 – 27

- Creswell, J. W. (2007). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.  
[https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog\\_609332/objava\\_105202/fajlovi/Creswell.pdf](https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf)
- DANE. (2022). Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia.  
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/mujeres-y-hombre-brechas-de-genero-colombia-informe-2daEdicion.pdf>
- Donoso, T., (2004). Construcción Social: Aplicación del Grupo de Discusión en Praxis de Equipo Reflexivo en la Investigación Científica. *Revista de Psicología*, XIII (1), 9-20. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26413102>
- Feminismos.
- Fox-Keller, E. (2001). El feminismo y la ciencia. En Navarro, M. y Stimpson, C. *Nuevas Direcciones*. Fondo de Cultura Económica.
- Gómez (2013). La lista de chequeo: un estándar de cuidado. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 41(3), 182-183. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2013.07.001>
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*.
- Instituto Nacional de Salud. 2022. *Protocolo de Vigilancia de Violencia de género e intrafamiliar y ataques con agentes químicos*. [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Violencia%20de%20genero%20e%20intrafamiliar.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Violencia%20de%20genero%20e%20intrafamiliar.pdf)
- Jiang, Y., & Li, J. (2023). The Techniques for Encountering Victims of Domestic Violence in the General Outpatient. *Chinese General Practice*, 26(10), 1282. DOI : 10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0586
- Leal, M., *et al.* (2021). Assessing the care of doctors, nurses, and nursing technicians for people in situations of sexual violence in Brazil. *PLoS one*, 16(11), e0249598. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249598>
- Lipsky, M. (1980). La burocracia en el nivel callejero. La función crítica de los burócratas en el nivel callejero.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Circular 00018 de 2018*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Decreto número 0075 de 2024*. D.O. 52654
- Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de marzo de 2012). Resolución 459 de 2012. Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. DO: No. 48.367
- Ministerio de Salud y Protección Social. (9 de septiembre de 2019). Por el cual se sustituye el Capítulo 1 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social relativo a las mujeres víctimas de violencia. [Decreto 1630 de 2019]. DO: No. 51.071

- Ministerio de Salud. (9 de octubre 2006). Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones [Decreto número 3518 de 2006]. DO: 46417.
- Ministerio de salud. (s.f). Ruta de atención integral para víctimas de violencias de género. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-de-atencion-integral-para-victimas-de-violencias-de-genero.aspx>
- Morse & Decker (2019). Response to sexual assault in Bogotá, Colombia: A qualitative evaluation of health providers' readiness and role in policy implementation. *Health care for women international*, 40(11), 1249-1267. DOI: 10.1080/07399332.2019.1578776
- Ocaña, C. (2020). Control biopolítico en el sistema de salud colombiano: Ley 100 de 1993. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, 20(38), 107-118. <https://doi.org/10.22518/jour.ccs/2020.1a06>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Strengthening the medico-legal response to sexual violence*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.24>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Violencia contra la mujer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Quintanas, A. (2011). Biopolítica y salud pública según Michel Foucault. *Estudios filosóficos*, 60(175), 435-451. <https://estudiosfilosoficos.dominicos.org/ojs/article/view/1135>
- Rodríguez, A. (2023). Abordaje de pacientes víctimas de agresión sexual en el servicio de emergencias. *Revista Médica Sinergia*, 8(10), e1106-e1106. <https://doi.org/10.31434/rms.v8i10.1106>
- Sánchez, et al. (2024). La violencia sexual y su abordaje en el sistema de salud. *Atención Primaria*. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102837>
- Santana, L., & Cordeiro, R. D. (2007). Psicología Social, construccionismo y abordajes feministas: diálogos desconcertantes. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 17(50), 599-616. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70505008>
- Segura, M., & Stranieri, M. (2016). Formación del personal de salud para el abordaje de la violencia de género en Venezuela. *Comunidad y Salud*, 14(2), 78-85. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932016000200010&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200010&lng=es&tlng=es).
- SIVIGILA. (2024) Notificaciones por evento acumulado. <https://portalsivigila.ins.gov.co/>
- Sousa, et al (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 502-507.

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/7zMf8XypC67vGPrXVrVFGdx/?format=pdf&lang=es>

The United Nations. (2018). Sustainable Development Goal 5. Sustainable Development Goals Knowledge Platform.

Tummers, L. y Bekkers, V. (2014). Implementación de políticas, burocracia a nivel de calle y la importancia de la discreción. *Revisión de la gestión pública*, 16 (4), 527–547. <https://doi-org.bibliotecavirtual.uis.edu.co/10.1080/14719037.2013.841978>

Vieira *et al.* (2016). Protocols in healthcare for female victims of sexual violence from the standpoint of healthcare professionals. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(12). <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.15362015>

Vieira, E. M., & Hasse, M. (2017). Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 52-62. DOI: 10.1590/1807-57622015.0357

**Apéndice**

**Apéndice A. Lista de chequeo: Modelo y protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual**

Nombre de la IPS:	IPS
Fecha:	10/05/2023
Departamento:	Santander
Nivel de complejidad:	1

Direccionamiento estratégico							
No	Criterio de evaluación	Componentes criterio de evaluación	C	NC	%	% Total	Observaciones
1	La IPS, dentro de los elementos del direccionamiento estratégico, incorpora los enfoques de derecho, de género y diferencial.	Enfoque de género, derechos y diferencial	1		15	15	Dentro del modelo de atención se encuentra el obligatorio cumplimiento de integrar estos enfoques en la IPS. Se evidencia la programación de actividades en este tema.
2	La IPS cuenta con un programa de inducción y reinducción del recurso humano asistencial, en el que se incluye el abordaje integral en salud a las víctimas de violencia sexual.	Programa de inducción y re inducción		0	15	0	Dentro de las directrices del instructivo no se encuentra la programación de inducciones y re inducciones.
3	Los profesionales de la IPS han sido capacitados para detectar los casos de abuso sexual	Enfoque de derecho, género y diferencial.	1		20	20	Los enfoques se han trabajado a partir de la estrategia: Círculos del saber. Se han realizado capacitaciones al personal que labora tiempo completo sobre la atención temprana de casos de violencia
		Detección temprana: Signos, síntomas y factores de riesgo que alertan la sospecha y diagnóstico de situaciones de violencia sexual de acuerdo a lo establecido en la Resolución 459 de 2012.	1				

		Atención integral en salud a víctimas de violencia sexual en el marco del protocolo 459 de 2019 (15 pasos).	1				sexual, sin embargo, al última data del año pasado.
4	La IPS cuenta con un equipo básico conformado para la atención de las víctimas de violencia sexual.	En IPS de primer nivel de atención este grupo debe estar conformado como mínimo por: 1 profesional de medicina y un profesional de enfermería.	1		20	20	Por el momento cuenta con 3 médicos y una auxiliar de enfermería-
5	La IPS cuenta con estrategias de Información Educación y Comunicación para la:	Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y los derechos de las víctimas en la atención integral.	1		30	30	Prevención al público en general, usuarios a cargo de practicantes de Trabajo Social.
		Prevención de la violencia sexual	1				
		Acceso a los servicios de atención integral a víctimas de violencia sexual.	1				
<b>Atención integral a víctimas de violencia sexual</b>							
<b>No</b>	<b>Criterio de evaluación</b>	<b>Componentes criterio de evaluación</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>Observaciones</b>
6	La IPS tiene establecida la ruta de atención intrainstitucional para las víctimas de violencia sexual.	Ruta de atención intrainstitucional para las víctimas de violencia sexual		0	33	0	La ruta se encuentra desactualizada, no sé encuentra tampoco una ruta de acuerdo a los servicios a urgencia donde puede ser trasladada la víctima.
7	La IPS garantiza el proceso de atención de la salud mental	Primera atención en salud mental psicoterapia breve a cargo de profesional de salud mental (psiquiatra o psicólogo)		0	33	0	En este momento no se cuenta con un profesional de salud mental.
8	La IPS cuenta con formatos de historia clínica que incluye la información específica para la atención a víctimas de violencia sexual	Anamnesis (motivo de consulta y enfermedad actual)	1		33	33	Se evidencia el cumplimiento en las fichas de las historias clínicas.
		Antecedentes	1				
		Examen Físico	1				
		Diagnóstico según clasificación internacional de enfermedades (CIE 10)	1				

		para la codificación del diagnóstico de violencia sexual					
		Conducta	1				
		Plan de manejo	1				
		Ayudas diagnósticas	1				
<b>Seguimiento de las víctimas</b>							
No	Criterio de evaluación	Componentes criterio de evaluación	C	NC	%	Total	Observaciones
9	La IPS cuenta con un proceso definido para el seguimiento de las víctimas de violencia sexual	Tratamiento	1		100	100	Se evidencia en las historias clínicas, derivación a la EPS, como es nivel I, los controles ya son llevados a cabo por la EPS.
		Ayudas diagnosticas	1				
		Controles	1				
<b>Interacción con otros sectores</b>							
No	Criterio de evaluación	Componentes criterio de evaluación	C	NC	%	Total	Observaciones
10	La IPS cuenta con un procedimiento para la notificación y denuncia de los casos de violencia sexual a las entidades competentes (ICBF, Fiscalía, policía).	Procedimiento de notificación y denuncia.		X	100	0	No hay una ruta definida, y los números que aparecen en el instructivo están desactualizado.
<b>Vigilancia en salud pública</b>							
No	Criterio de evaluación	Componentes criterio de evaluación	C	NC	%	Total	Observaciones
11	La IPS tiene implementado el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual y reporta a través de este los casos de violencias sexual identificados.	Ficha de registro	1		100	0	No se encuentra una base de implementación del sistema de vigilancia, en el instructivo adaptado por la IPS, no se encuentra una guía a donde referirse con esto, ni los documentos pertinentes para hacer fichas de registro. A pesar de que se hacen los registros de otros eventos de salud.
		Base de datos consolidada		0			
		Reporte de base de datos a la Secretaría de salud/ distrital/municipal.		0			

<b>Siglas</b>	<b>Calificación</b>	<b>Puntuación</b>
C	Cumple	1
NC	No cumple	0
NA	No aplica	N/A

**Apéndice A. Consentimiento Informado para Entrevista**

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para participar en el estudio “Análisis del cumplimiento del Protocolo de atención en salud a víctimas de violencia sexual en una IPS de primer nivel de complejidad de la ciudad de Bucaramanga”. Entiendo que la finalidad de estas entrevistas es recopilar información sobre mi experiencia, conocimientos y percepciones en relación con el tema mencionado anteriormente. A su vez, se llevarán a cabo de manera confidencial y se utilizarán únicamente con fines de investigación.

Entiendo que mi participación en estas entrevistas es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin penalización alguna, mi decisión de participar o no participar no tendrá ningún impacto en mi relación con la institución de salud o cualquier otra entidad relacionada. Acepto que las entrevistas puedan ser grabadas con el fin de garantizar una transcripción precisa y que solo el investigador tendrá acceso a estas grabaciones, por otra parte se tomarán medidas para garantizar la confidencialidad de mis respuestas y se eliminarán todos los datos personales identificables en los informes finales del estudio. De igual forma, entiendo que puedo hacer preguntas en cualquier momento y que el investigador estará disponible para responder cualquier inquietud que pueda surgir durante el proceso de entrevista.

Acepto participar en estas entrevistas y confirmo que he comprendido la información proporcionada anteriormente.

---

Firma del participante

Fecha:

**Apéndice B. Matriz de variables**

Variable	Concepto	Indicador	Pregunta
Presentación	Preguntas para obtener información básica sobre el entrevistado, como su nombre, cargo, experiencia laboral en atención médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre</li> <li>• Profesión</li> <li>• Cargo</li> <li>• Tiempo en la IPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es su nombre completo?</li> <li>• ¿Cuál es su profesión?</li> <li>• ¿Cuál es su cargo en la institución?</li> <li>• ¿Cuánto tiempo lleva laborando en la IPS?</li> </ul>
Nivel de conocimiento del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual	Comprensión y capacidad de aplicar adecuadamente las medidas establecidas para brindar una atención integral y sensible a las personas que han experimentado este tipo de trauma por parte del personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión del protocolo</li> <li>• Formación externa en el protocolo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Conoce el protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual?</li> <li>• ¿Podría describir en qué consiste este protocolo?</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopción del protocolo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree usted que el protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual aplica a la IPS?</li> </ul>

<p>Aplicación del protocolo en la institución</p>	<p>Se refiere al proceso de implementación y ejecución de las directrices y procedimientos establecidos en el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual dentro de la IPS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación en la IPS</li> <li>• Experiencia aplicando el protocolo.</li> <li>• Forma de brindar la atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Ha tenido la oportunidad de aplicar el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual en la IPS?</li> <li>• ¿Podría describir un caso reciente en el que haya aplicado el protocolo?</li> <li>• ¿Cómo fue su experiencia al aplicar el protocolo en este caso?</li> <li>• ¿Cómo cree que debería ser la atención que se brinda a las personas que han experimentado violencia sexual y están solicitando ayuda?</li> <li>• ¿Qué acciones toma para ofrecer un entorno seguro y compasivo para las personas que revelan haber experimentado violencia sexual?</li> </ul>
<p>Formación en el protocolo</p>	<p>Es un proceso educativo diseñado para capacitar a profesionales de diversos campos, como la salud, en la aplicación adecuada de los procedimientos y pautas establecidos para brindar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación externa en el protocolo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Ha recibido formación o capacitación sobre cómo aplicar el protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual durante su formación profesional?</li> </ul>

	<p>atención integral a las personas que han experimentado violencia sexual.</p> <p>Esta formación tiene como objetivo proporcionar a los profesionales los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para responder de manera efectiva y sensible a las necesidades de las víctimas de violencia sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inducción y reinducción el abordaje integral en salud a las víctimas de violencia sexual.</li> <li>• Capacitación en el protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual.</li> <li>• Formación en enfoque de derecho, género y diferencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Dónde ha recibido esta formación?</li> <li>• ¿Durante su trayectoria en la IPS ha recibido formación específica sobre el protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual en la IPS? Si es así, ¿podría describir el tipo y la duración de esta formación?</li> <li>• ¿Desde que comenzó a trabajar aquí ha participado en sesiones de inducción o re inducción donde lo capaciten en temas relacionados con el protocolo?</li> <li>• ¿Tiene usted la capacidad de identificar un posible caso de violencia sexual?</li> <li>• ¿Ha recibido en la IPS capacitación en enfoque de derechos, género y diferencial?</li> </ul>
--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué espacios ha recibido esta formación?</li> </ul>
Instalaciones	<p>Son espacios diseñados específicamente para proporcionar un entorno seguro, acogedor y especializado donde las personas que han experimentado violencia sexual puedan recibir atención médica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de las instalaciones</li> <li>• Mejora de instalaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo describiría usted las instalaciones y recursos disponibles en la IPS para brindar atención a víctimas de violencia sexual?</li> <li>• ¿Cree usted que las instalaciones y recursos actuales son adecuados para abordar las necesidades de las víctimas de violencia sexual de manera efectiva?</li> <li>• ¿Existe algún aspecto específico de las instalaciones o recursos que considere que podría mejorarse para optimizar la atención a las víctimas?</li> </ul>
Coordinación interinstitucional	<p>Es la acción conjunta y planificada de dos o más instituciones, públicas o privadas, para alcanzar un objetivo común. Esta colaboración se basa en la</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivación a otras instituciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Podría mencionar algunas instituciones a las que se puede derivar la atención integral de las víctimas de violencia sexual?</li> </ul>

	<p>comunicación, el intercambio de información y recursos, y la colaboración en la ejecución de acciones, con el fin de lograr una mayor eficiencia y eficacia en la gestión de las políticas públicas o proyectos específicos.</p>		
<p>Vigilancia</p>	<p>Implica la recolección, análisis y evaluación de datos relacionados con casos de violencia sexual dentro de una comunidad o población determinada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento del sistema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Conoce el sistema al cual se reportan los casos de violencia sexual?</li> <li>• ¿Podría describir el sistema al cual se reportan los casos de violencia sexual?</li> </ul>