

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES BASADAS EN GÉNERO EN UN MUNICIPIO COLOMBIANO, 2011-2020

Implementation of a comprehensive health care protocol for victims of sexual violence in a Colombian municipality, 2011-2020

CAMILO NOREÑA-HERRERA¹

<https://doi.org/10.17533/udea.rp.e356750>

Resumen

Objetivo. Analizar la implementación del protocolo de atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual basada en género en un municipio colombiano entre 2011 y 2020. **Método.** Estudio de métodos mixtos. En el componente cuantitativo se realizó una encuesta a 167 residentes del municipio y se analizaron los datos del SIVIGILA correspondientes a 596 casos de violencia sexual atendidos en los servicios de salud. El componente comprensivo incluyó entrevistas y grupos de discusión con actores responsables de la implementación del protocolo. **Resultados.** El 52.2 % de los residentes del municipio califican mal las acciones de prevención de

las violencias sexuales basadas en género que llevan a cabo las instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio y la atención inicial especializada en salud mental que debe hacerse a todas las víctimas de las cuales solo se realizaron el 68.5 % de estas. **Conclusión.** La implementación del protocolo de atención integral para las víctimas de violencias sexuales basadas en género ha tenido múltiples tensiones y debilidades que diluyen sus avances y fortalezas.

Palabras clave: violencia sexual, atención a víctimas, métodos de investigación, protocolo de atención, Colombia.

Abstract

Objective. To analyze the implementation of the comprehensive health care protocol for victims of gender-based sexual violence in a Colombian municipality between 2011

and 2020. **Method.** Mixed methods study. The quantitative component included a survey of 167 residents of the municipality and analysis of Sivigila data corresponding

Recibido: 29-03-2024 / Aceptado: 17-03-2025

Para citar este artículo en APA: Noreña-Herrera, C. (2025). Implementación del protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencias sexuales basadas en género en un municipio colombiano, 2011-2020. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 16(2), e356750. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e356750>.

¹ Doctor en Salud Pública. camilo.norena@udea.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-5671-8463>

to 596 cases of sexual violence attended in health services. The comprehensive component included interviews and focus groups with actors responsible for the implementation of the protocol. *Results.* 52.2% of the residents of the municipality rated poorly the actions for the prevention of gender-based sexual violence carried out by the health care institutions of the municipality and the initial specialized mental health care that should

be provided to all victims was provided to 68.5 % of them. *Conclusion.* The implementation of the comprehensive care protocol for victims of gender-based sexual violence has had multiple tensions and weaknesses that dilute its progress and strengths.

Keywords: sex offenses, crime victims, surveys and questionnaires, clinical protocols, Colombia.

Introducción

Las violencias sexuales basadas en género (vSBG) son una problemática de salud pública debido a su alta prevalencia, sus graves consecuencias en la salud física y mental de las víctimas, su impacto en los sistemas de salud y su carácter prevenible. Este tipo de violencia afecta de manera desproporcionada a mujeres, niñas y poblaciones LGBTIQ+, y se sustenta en relaciones desiguales de poder y normas patriarcales que perpetúan la discriminación y la subordinación de ciertos grupos (Naciones Unidas y Plataforma de Colaboración Regional en América Latina y el Caribe [RCP LAC], 2024; Roza y Martín, 2021; Sardinha et al., 2022; World Health Organization, 2019).

Sobre la atención de las violencias sexuales basadas en género desde el sector salud, representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han señalado que en países con sistemas de salud con acceso limitado, la atención inadecuada o la falta de protocolos específicos puede generar re-victimización, lo que disuade a las sobrevivientes de buscar ayuda y perpetúa la violencia (Velzeboer, 2003).

Por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para las Mujeres (ONU Mujeres) coinciden en recomendar la implementación de protocolos para la atención integral de las víctimas en los sistemas de salud y que sean accesibles y de calidad para que las víctimas acudan a los servicios (Naciones Unidas y RCP LAC, 2024; World Health Organization, 2019).

Al respecto, la evidencia científica muestra que las víctimas en primera instancia prefieren acudir a familiares y amigos en busca de ayuda en lugar

de las instituciones del Estado, debido a la falta de confianza en ellas o al desconocimiento sobre el acceso a los servicios. En la población LGTBIQ+, las víctimas de violencia sexual basada en género poco acuden a los servicios de denuncia o atención debido a la discriminación y el estigma por parte de funcionarios de las instituciones. Por último, además de estas barreras institucionales existen otras barreras relacionadas e interconectadas para la prevención y la atención de las VSBG como son las políticas, las socioeconómicas, las legales y las culturales (Naciones Unidas y RCP LAC, 2024; Roza y Martín, 2021).

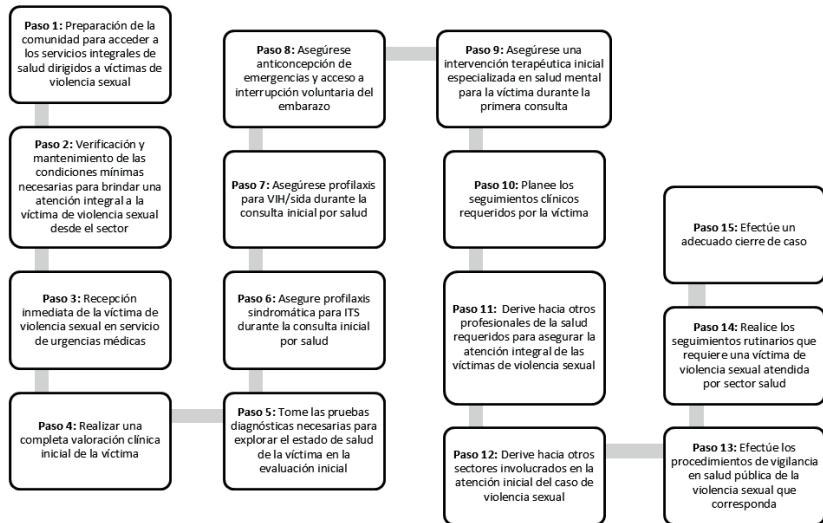
En Colombia, para la atención de las VSBG existe un modelo de atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, que se implementa mediante el *Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual (PAISVVS)* (Resolución 000459 de 2012), y que tiene como objetivo:

Brindar a los equipos de salud una herramienta metodológica y conceptual con los criterios básicos e indispensables para el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas (Resolución 000459 de 2012, p. 6).

El PAISVVS establece quince (15) pasos para la atención integral de las víctimas de violencia sexual basada en género por parte del personal del sector salud (figura 1). El primer paso es la preparación de las comunidades para acceder a los servicios en caso de violencias sexuales basadas en género, esto requiere la generación y la comunicación de mensajes, como: el carácter de urgencia médica de las violencias sexuales, la gratuidad de la atención integral para cualquier víctima, la confidencialidad de la atención y los derechos de las víctimas, los servicios disponibles para la atención, y la necesidad de acudir inmediatamente presentando el hecho a los servicios de salud, en lo posible sin bañarse y sin mediar el cambio de ropa que vestía en el momento de los hechos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011; Resolución 000459 de 2012). Además, el paso doce define la derivación a otros sectores, como justicia, protección y derechos humanos. Esto da cuenta de un enfoque intersectorial del Estado colombiano para atender esta problemática de salud pública basada en la violencia de género.

Figura 1

Pasos del protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual (PAISVVS)



Fuente: elaboración propia con base en la Resolución 000459 de 2012.

Considerando lo anterior, la pregunta que orienta esta investigación es: ¿cómo se ha implementado en el municipio de Envigado, Antioquia, el protocolo de atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales (PAISVVS) en el periodo 2011-2020, en cuanto a: a) la información, la educación y la comunicación a la población sobre las violencias sexuales; b) la preparación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) para la atención integral a las víctimas de violencia sexual; c) la atención integral en salud a las víctimas de violencia sexual; d) la derivación a otros sectores y la vigilancia en salud pública?

Contexto municipal

Envigado, hace parte de la región de planeación del eje cafetero colombiano, tenía en 2024 una población estimada de 248 304 habitantes y una densidad

poblacional de 3109 habitantes/km², con el 3.7 % de su población ubicada en el área rural (Alcaldía de Envigado, 2024).

En términos de violencia de género, el Plan Territorial de Salud 2024-2027 reportó en 2019 una incidencia de 75 casos de violencia contra la mujer por cada 100 000 habitantes y 28 casos de violencia intrafamiliar por cada 100 000 habitantes para 2020. Aunque estas cifras son inferiores a los promedios departamentales (118 y 35 casos por cada 100 000 habitantes, respectivamente), reflejan una problemática que sigue siendo significativa en el municipio (Alcaldía de Envigado, 2024).

Por su parte, la población LGTBQ+ identifica como principales problemáticas el acoso sexual, la trata y la explotación sexual, así como el estigma y la discriminación. En respuesta a estas realidades, el Plan de Desarrollo 2024-2027 de Envigado incluye la línea estratégica Envigado con equidad y cierre de brechas y que define tres ejes clave: la consolidación de territorios libres de violencia para las mujeres, el fortalecimiento de su autonomía y participación, y la promoción de su autonomía económica y el reconocimiento de los cuidados (Alcaldía de Envigado, 2024).

Basado en lo anterior, el objetivo de este estudio fue analizar la implementación del protocolo de atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual basada en género que acudieron a los servicios de salud de un municipio colombiano entre 2011 y 2020 en cuanto a: a) la información, la educación y la comunicación a la población sobre las violencias sexuales basadas en género; b) la preparación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) para la atención integral a las víctimas de violencia sexual; c) la atención integral en salud a las víctimas de violencia sexual; d) la derivación a otros sectores y la vigilancia en salud pública.

Investigar sobre la implementación del protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual basada en género representa una decisión de equidad en salud con las mujeres y las víctimas de este municipio. Además, es la posibilidad para generar evidencia científica adicional a lo documentado hasta ahora a nivel nacional e internacional que denota la inexistencia de equipos interdisciplinarios, la ausencia de información en las fichas

de reporte, una limitada capacitación de los profesionales y la ausencia de un enfoque de género en la atención, la limitada adherencia al protocolo de atención y las acciones de revictimización por los profesionales de la salud y que se combinan con sentimientos en el momento de la atención, como son la empatía, el miedo, la indignación, el sufrimiento y la consternación (Conceição et al., 2024; Galván, 2024; Moreno, 2024; Moreno et al., 2013).

Entre los factores que facilitan la atención y la implementación de los protocolos, en Costa Rica y España, se destacan la existencia de un marco de referencia común sobre violencia, género y paradigma de salud, así como el reconocimiento del rol de los profesionales que integran la red de atención. También se destaca que el proceso se ve favorecido por la adquisición de nuevas habilidades, el compromiso y la motivación del personal de salud y la implementación de estrategias de autocuidado que contribuyen al bienestar de los equipos y a la sostenibilidad de la atención (Loría et al., 2019).

Metodología

Se realizó un estudio, entre agosto y diciembre de 2021, de *métodos mixtos* acudiendo a un diseño concurrente (Creswell y Clark, 2017). El objeto de estudio fue la implementación del *Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual* basada en género (PAISVVS) entre 2011 y 2020 en Envigado, Antioquia, Colombia.

Se inició con un componente estadístico descriptivo que sirvió como insumo para el componente comprensivo. En el primer momento, el objeto de análisis fue la información estadística del SIVIGILA del periodo 2011-2020 que contenía las variables relacionadas con el PAISVVS.

Además, para el paso uno del protocolo se realizó una encuesta para que los habitantes del municipio evaluaran las acciones de información, educación y comunicación que les brindan los prestadores de servicios de salud. Luego, el análisis se concentró en las entrevistas y los grupos de discusión realizados con actores de los sectores de la salud, la protección, la educación y los derechos humanos del municipio y que implementaban algún paso del PAISVVS.

Población participante y criterios de inclusión

La población participante fue diversa y amplia (tabla 1). Los criterios de inclusión para los actores institucionales fueron: haber participado entre 2011 y 2020 en la implementación de algunos de los pasos del PAISVVS en el municipio. Con los actores comunitarios, para la realización de las entrevistas y de la encuesta el criterio de inclusión fue residir en el municipio.

Tabla 1
Actores comunitarios e institucionales participantes

Tipo de actor	Características	Cantidad de participantes	Técnica
Actores comunitarios	Mujeres residentes en el municipio	10	Grupos de discusión
	Residentes del municipio	167	Encuesta
	Activista social Corporación Ángel de Amor Colombia	1	Entrevista
Actores institucionales	Personero delegado de derechos humanos	1	Entrevista
	Docentes de instituciones educativas	5	Entrevista
	Profesionales de las comisarías de familia	4	Entrevista
	Profesionales de medicina, enfermería y psicología que prestan sus servicios en un hospital público	5	Entrevista
	Profesionales de medicina, psicología y trabajo social que prestan sus servicios en un prestador privado de servicios de salud	15	Grupos de discusión

Muestreo de la población participante

El *diseño muestral* para la población participante incluyó un muestreo no probabilístico por conveniencia (Otzen y Manterola, 2017). La *selección de los participantes* del sector salud, comunitario, de educación y de protección para las entrevistas y los grupos de discusión fue realizado por el investigador y mediado por una profesional de la Secretaría de Salud.

Se definió contactar al menos a un actor para cada sector relacionado con el PAISVVS. Esto como criterio de calidad conocido como *heterogeneidad de la población*, que genera una comprensión plural, diversa y plausible sobre el objeto de estudio (De la Cuesta, 2010).

En el caso de los actores comunitarios residentes que participaron de la encuesta, se realizó una invitación abierta mediante las redes sociales de la Secretaría de Salud municipal, la invitación a responder el cuestionario estuvo acompañada de la divulgación de tres videos explicativos sobre las violencias sexuales basadas en género.

Para promover la participación de los adolescentes y los jóvenes escolares se generaron carteleras con un *código de respuesta rápida* (en inglés conocido como *Quick Response Code* —QR—) que fueron instaladas en todas las instituciones educativas del municipio (figura 2). En el formulario se incluyó información con los canales de denuncia y atención a nivel municipal, departamental y nacional en caso de violencia sexual.

Figura 2

Piezas gráficas de promoción de la encuesta de percepción sobre información, educación y comunicación



Fuente: Secretaría de Salud de Envigado y Universidad CES, 2021.

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Respecto a las técnicas e instrumentos de recolección de información referidas en la tabla 1, se utilizaron las entrevistas semiestructuradas, los grupos de discusión y la encuesta. Las entrevistas, considerando su carácter dinámico dando la posibilidad de adecuarse según el desarrollo del contenido del instrumento, en este caso fue utilizado un guion de entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas (López Estrada y Deslauriers, 2011). La técnica de grupos de discusión fue desarrollada para promover reflexiones y análisis sobre la atención de las víctimas de violencia sexual basada en género a partir de la presentación de resultados cuantitativos por parte del investigador y considerando las múltiples perspectivas, las experiencias y los conocimientos de los actores participantes (Boyko et al., 2012).

La encuesta fue utilizada considerando su ventaja de aplicación masiva y la posibilidad de obtener información sobre varias cuestiones de interés en un mismo instrumento (Anguita et al., 2003). El formulario fue diseñado por el investigador y luego discutido, piloteado y ajustado con profesionales de la Secretaría de Salud. El propósito de este instrumento fue incorporar la experiencia de los ciudadanos sobre los procesos de información, comunicación y educación que les brindan los servicios de salud del municipio. El formulario fue autodiligenciable y no recabó información personal. No obstante, en las instrucciones de diligenciamiento se declaró que la persona que estuviera interesada en recibir el informe final y participar en la jornada de socialización de los resultados, realizada en diciembre de 2021, podría escribir su correo electrónico. El instrumento incluyó preguntas con opción de respuesta única y con preguntas abiertas. Además, se definió un apartado para que los participantes expresaran sus recomendaciones sobre el abordaje de las violencias sexuales basadas en género en el municipio.

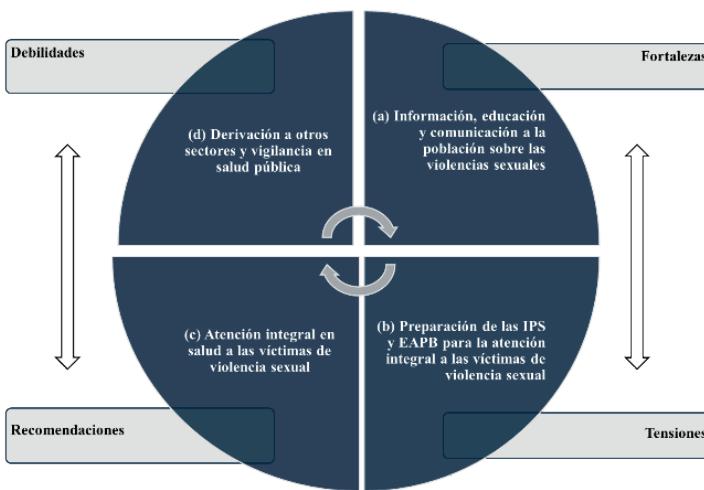
Análisis de la información

La *unidad de análisis* fue la información recolectada y analizada sobre la implementación del PAISVVS en el municipio en el periodo 2011-2020, considerando las fortalezas y las debilidades en la implementación de las cuatro

categorías analíticas definidas y que sintetizan los quince pasos de la ruta de atención del PAISVVS: a) información, educación y comunicación a la población sobre las violencias sexuales; b) preparación de las IPS y EAPB para la atención integral a las víctimas de violencia sexual; c) atención integral en salud a las víctimas de violencia sexual; d) derivación a otros sectores y vigilancia en salud pública (figura 3).

Figura 3

Categorías de análisis de la implementación del PAISVVS a nivel municipal, 2024



Fuente: elaboración propia basada en Resolución 000459 de 2012.

Inicialmente se procesaron los registros de violencia sexual basada en género notificados en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la violencia de género e intrafamiliar (código de ficha INS-875) durante el periodo 2011-2020, por diecisiete (17) IPS y que son las unidades primarias generadoras de datos (UPGD). El análisis de la información numérica se realizó con estadísticas descriptivas mediante frecuencias y porcentajes dado el carácter nominal de las variables. Para la variable cuantitativa de número de casos se realizó un gráfico de tendencia lineal dado que la línea se ajusta a los datos, esto se evidencia en el valor del R^2 cercano a uno (1).

El análisis de las entrevistas y los grupos de discusión incluyó la transcripción literal de la entrevista, la lectura inicial y un primer momento de codificación axial considerando una matriz de análisis construida basándose en las categorías analíticas predefinidas: “en la codificación axial, las categorías se relacionan con sus subcategorías para formar unas explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos” (Strauss y Corbin, 2002, p. 135).

En el segundo momento la teoría fundamentada se asumió como técnica de análisis (Strauss y Corbin, 2002), se hizo un ordenamiento conceptual de los datos con el propósito de generar un relato descriptivo, verosímil y no ficticio del objeto de estudio considerando las perspectivas de los actores intervenientes en la implementación del PAISVVS y dando cuenta de las debilidades, las fortalezas, las tensiones y las recomendaciones sobre su implementación.

La reflexividad del investigador integró el desarrollo de este proyecto, en primer lugar, desde el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental, por ende, la atención integral a las víctimas de violencias sexuales basadas en género no es una labor opcional ni asistencialista, sino una obligación ética y legal del sistema de salud. Adicional, se asumió una postura ética y un rol activo como profesional de la salud que aporta evidencia científica para interpelar las dinámicas de poder desiguales que se presentan en los servicios de salud e informar las decisiones que aboguen por mejoras concretas en la atención de las víctimas de violencias sexuales basadas en género en los sectores de salud, de protección y de justicia en este municipio. Durante la interacción con las personas y en la interpretación de los datos, el investigador fue cuidadoso en considerar los prejuicios de los participantes que pudieran culpabilizar a las víctimas o de la naturalización de las conductas de los agresores (De Stéfano, 2023).

Consideraciones éticas

El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad CES como un proyecto sin riesgo (Acta 177 de 2021). Durante su desarrollo se valoraron e incorporaron los principios y los enfoques de beneficencia, acción sin daño, respeto a las personas y justicia. Según

la Resolución 8430 de 1993, se consideró una investigación sin riesgo porque no se realizó ninguna intervención sobre los participantes. Los encuentros con trabajadores de la salud, de la justicia, de la protección y de la comunidad para dialogar sobre la ruta y el protocolo de atención en salud de las violencias sexuales basadas en género fueron fundados en el enfoque de acción sin daño (Rodríguez, 2008), por ello no se abordaron temas sensibles a la intimidad de las personas ni se promovió la recordación de situaciones que pudieran ser traumáticas para los participantes. Además, en ningún momento se entró en contacto directo ni indirecto con las víctimas de las violencias sexuales basadas en género.

Ningún participante experimentó algún tipo de crisis asociada con el diálogo con el investigador, aunque afloraron sentimientos como la rabia y la frustración dada la magnitud y la complejidad del fenómeno de estudio. Estas emociones fueron abordadas mediante el diálogo con el investigador y no fue necesario la interrupción de la entrevista ni la remisión a los servicios de salud por estos motivos.

Las entrevistas y los grupos de discusión estuvieron mediados por un consentimiento informado el cual fue explicado a los participantes, haciendo énfasis en la participación voluntaria, el uso de la información con fines investigativos garantizando el anonimato de los participantes y la confidencialidad de la información.

Como un acto de corresponsabilidad, el investigador realizó un curso de actualización y perfeccionamiento sobre el protocolo de atención integral en salud a las víctimas de violencias sexuales basadas en género. Adicionalmente, se acogieron las recomendaciones y principios éticos de investigación con seres humanos definidos en la *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial* (World Medical Association [WMA], 1975) relacionada con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y *las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos* (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS], 2016).

Resultados

Características demográficas de los participantes en la encuesta

Entre quienes respondieron la encuesta ($n = 167$), el 80.8 % fueron mujeres, el 98.8 % no pertenecían a ningún grupo étnico, el 72.5 % estaban afiliadas al régimen contributivo, el 80.1 % tuvo en 2021 su última consulta médica y el 32.9 % tenían entre 10 y 29 años (tabla 2).

Tabla 2

Características sociodemográficas de la población participante de la encuesta municipal, 2021

Variable	Frecuencia	%
Género		
Mujer	135	80.8
Hombre	31	18.6
Binario	1	0.6
<i>Total</i>	167	100
Pertenencia étnica		
Ninguna	165	98.8
Afrodescendiente	1	0.6
Indígena	1	0.6
<i>Total</i>	167	100
Seguridad social en salud		
Contributivo	124	74.3
Subsidiado	38	22.8
No asegurado	6	1.8
Especial	2	1.2
<i>Total</i>	167	100
Año de última consulta médica		
2018	1	0.6
2019	7	4.2
2020	9	5.4
2021	134	80.2

Sin respuesta	16	9.6
	<i>Total</i>	167
Grupo de edad quinquenal		
10 a 14	2	1.2
15 a 19	35	21.0
20 a 24	7	4.2
25 a 29	11	6.6
30 a 34	17	10.2
35 a 39	16	9.6
40 a 44	18	10.8
45 a 49	19	11.4
50 a 54	11	6.6
55 a 59	13	7.8
60 a 64	7	4.2
65 a 69	6	3.6
70 a 74	1	0.6
75 a 79	2	1.2
80 y más	2	1.2
	<i>Total</i>	167
		100

Fuente: Secretaría de Salud de Envigado y Universidad CES, 2021.

Información, educación y comunicación a la población sobre las violencias sexuales basadas en género

Al analizar la información, la educación y la comunicación brindada en los servicios de salud a las participantes (tabla 3), la respuesta de no suministro de información para las diferentes preguntas analizadas supera en todos los interrogantes el 60.0 %. Sobre la detección temprana por parte de médicas y médicos y la identificación de antecedentes de violencia sexual la respuesta negativa alcanzó el 82.9 % y la no participación en actividades educativas grupales de prevención de las violencias sexuales basadas en género fue del 62.9 %.

Implementación del protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencias [15] sexuales basadas en género en un municipio colombiano, 2011-2020

Tabla 3

Frecuencia de reporte de acciones de información, comunicación y educación sobre las violencias sexuales basadas en género en los servicios de salud municipales, 2021

Preguntas	Sí		No		No recuerda		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
¿En su IPS le han brindado información sobre las violencias sexuales?	22	13.2	123	73.7	22	13.2	167	100
¿En su IPS le han informado que el embarazo de una niña menor de 14 años se considera una violencia sexual?	30	18.0	121	72.5	16	9.6	167	100
¿En su IPS le han brindado información sobre la ruta de atención en caso de violencias sexuales?	21	12.6	133	79.6	13	7.8	167	100
¿En su IPS le han informado que las violencias sexuales son una urgencia médica independiente del tiempo transcurrido?	29	17.4	124	74.3	14	8.4	167	100
¿En su IPS le han informado que la atención para cualquier víctima de violencias sexuales es gratuita?	29	17.4	126	75.4	12	7.2	167	100
¿En su IPS le han informado sobre las causales de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)?	20	12.0	133	79.6	14	8.4	167	100
¿En la consulta médica o de enfermería le han brindado información sobre sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos?	39	23.4	119	71.3	9	5.4	167	100
¿En la consulta, el médico le ha preguntado si usted o algún familiar tiene antecedentes de violencias sexuales?	12	7.2	149	89.2	6	3.6	167	100
¿Ha participado en actividades educativas grupales de prevención de las violencias sexuales?	53	31.7	105	62.9	9	5.4	167	100

Fuente: Secretaría de Salud de Envigado y Universidad CES, 2021.

Al final del cuestionario, a la población participante se le pidió hacer una valoración global sobre las acciones de prevención de las violencias sexuales por parte de la institución prestadora de servicios de salud. El 10.78 % de los participantes las calificó como buenas, el 35.93 %, como regulares y el 53.29 %, como malas.

Para los actores del sector educativo, a nivel municipal no existen antecedentes de proyectos específicos sobre violencia sexual basada en género en las instituciones educativas. Además, perciben que la educación sexual y de género es limitada dado que no aborda elementos como el poder y las diferentes formas de relacionamiento entre hombres y mujeres, un aspecto que influyen en las violencias sexuales basadas en género.

También refieren una resistencia cultural para abordar, a nivel municipal y sin tapujos, las temáticas de educación sexual para contribuir a prevenir las violencias sexuales basadas en género.

Yo que digo, ¿qué pasa en este municipio?, como de eso no se habla mucho, eso está oculto, entonces yo digo y aquí me voy a hacer una interpretación muy psicoanalítica: lo que se oculta, lo que se reprime, aparece en actos. Entonces yo digo que debe haber mucho índice de violencia sexual ¿por qué? Porque no se ha hablado del asunto, porque no se ha abordado como se debe abordar. (SEDU-210201)

Contrario a los planteamientos de los actores escolares y a la percepción de los residentes, las y los participantes representantes de los sectores salud, protección, derechos humanos y comunitarios reconocen la existencia de un programa de salud sexual y salud reproductiva en las instituciones educativas del municipio y que ha contribuido a la prevención y la detección temprana de situaciones de riesgo de violencia sexual en las niñas, los niños y las y los adolescentes.

Preparación de las IPS y EAPB para la atención integral a las víctimas de violencia sexual basada en género

Esta fue la segunda categoría generada según los pasos del PAISVVS, incluye la adecuación de los servicios para brindar una atención integral a las víctimas de violencia sexual basada en género desde el sector salud. Para esto, los

profesionales de las instituciones prestadoras de servicios de salud deben de realizar una formación sobre la atención de las violencias sexuales basadas en género. Esto es obligatorio según la normatividad colombiana de habilitación de servicios de salud.

En consideración con lo anterior, para algunos médicos y médicas sería importante que dicha capacitación y formación fuera un programa liderado por los servicios de salud y la Secretaría de Salud municipal. Esto porque han sido las y los profesionales de la salud quienes asumen los costos de la formación y la actualización en este tema. Adicional a esta formación, se reportan prácticas de enseñanza entre médicas y médicos; quienes tienen mayor experiencia de atención en la violencia sexual comparten y aclaran dudas con sus compañeros para garantizar una adecuada implementación del protocolo.

Por otro lado, las y los profesionales de la salud valoran como importante la existencia en Colombia de un protocolo de atención integral a las violencias sexuales basadas en género porque plantea una atención integral y una resolutividad a las víctimas mediante un trabajo intersectorial y consideran que el protocolo ha contribuido a generar claridades sobre la ruta de atención de los diferentes casos de violencia sexual basada en género. Y señalan tener clara su obligación de notificar a las comisarías de familia o al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en los casos de violencia sexual contra las niñas, los niños y las y los adolescentes (NNA).

Respecto a la atención de las niñas y de los niños víctimas de violencia sexual en este municipio, se encontró que una aseguradora / entidad administradora de planes de beneficios (EAPB) contrató los servicios de un programa especializado para la atención de NNA víctimas de violencia sexual del municipio. No obstante, se cuestiona que este programa sea una iniciativa de una sola aseguradora entre las más de seis que tienen la obligación de la gestión del riesgo con la población asegurada y residente del municipio. Por ende, aunque se señala como un avance a nivel municipal, las y los participantes exigen programas especializados para toda la niñez y adolescencia sin una diferenciación entre aseguradoras y en el marco del principio constitucional del interés superior y la prevalencia de derechos de NNA. A pesar de esta limitación, las y los participantes consideran que este programa fortalece

la red de atención municipal, dado que existe un centro de emergencias para la atención y el restablecimiento de derechos de la niñez y la adolescencia del municipio.

Atención integral a las víctimas de violencias sexuales basadas en género en los servicios de salud de Envigado, Antioquia, 2011-2020

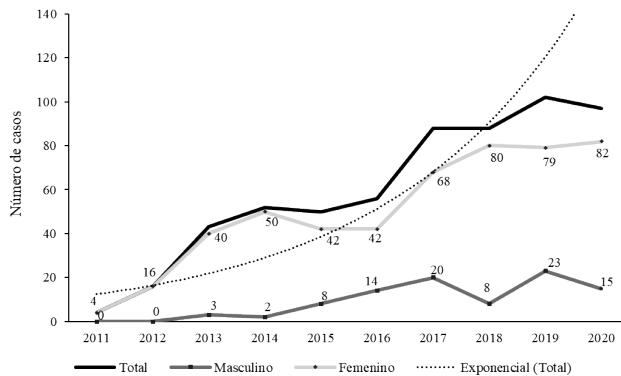
En el PAISVVS se define que las violencias son una urgencia médica y deben de ser atendidas en cualquier institución prestadora de servicios de salud sin distinción del lugar de residencia o de la entidad administradora de planes de beneficio (EAPB). En este municipio diecisiete (17) instituciones prestadoras de servicios de salud reportaron la atención de 596 casos de violencias sexuales basadas en género. Al analizar el número de casos entre 2011 y 2020, se evidencia tendencia al aumento de casos atendidos, siendo 2019 el año con el mayor número de casos. Según el sexo, las diferencias son amplias, el número máximo de casos en un año en el sexo masculino fue de 23 casos en 2019 y en el sexo femenino de 82 casos en 2020. Además, la relación para 2014 fue de 25 casos en mujeres por cada caso (1) ocurrido en el sexo masculino (figura 4).

De los 596 casos de violencias sexuales basadas en género atendidos en los servicios de salud del municipio, en 503 casos (84.4%) las víctimas fueron personas del sexo femenino y el resto del sexo masculino. Las personas que consultaron en las primeras 72 horas de ocurrido el delito fueron 256 (42.9%) y el 50% acudieron a los servicios de salud en los primeros seis días de ocurrido el hecho (*mediana 6 días RIQ 29 días*). Respecto a la severidad de la violencia sexual, el 10.2% (61 casos) de las personas atendidas en los servicios de salud requirieron *hospitalización*. De estas, el 86.9% (53 casos) fueron personas del sexo femenino y los casos restantes del sexo masculino.

Implementación del protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencias [19] sexuales basadas en género en un municipio colombiano, 2011-2020

Figura 4

Tendencia de los casos de violencia sexual atendidos en los servicios de salud municipales entre 2011 y 2020



Fuente: Secretaría de Salud de Envigado y Universidad CES, 2021.

Referente a la atención especializada en salud mental por psicología y psiquiatría durante la primera consulta (paso 9 del PAISVVS), se encontró que esta se realizó en el 68.5 % de los casos (tabla 4).

El protocolo de atención define que las personas que consultan dentro de las primeras 72 horas (256 personas para este estudio) de ocurrida la violación o el abuso sexual deben de recibir siempre *profilaxis sindromática para VIH/sida y para hepatitis B*. Se encontró que al 48.8 % les realizaron *profilaxis de VIH/sida* y al 42.2 % no se les realizó la profilaxis y en 23 registros no se reportó información sobre la realización o no (9.0 %) (tabla 4).

Para el caso de la profilaxis para la *hepatitis B*, se le realizó al 43.0 % de estas víctimas y al 41.5 % no le fue realizada dicha profilaxis y el no diligenciamiento de la información fue del 18.0 % (46 casos). La recolección de evidencia médico-legal para los casos de abuso y violación sexual que consultaron en las primeras 72 horas de ocurrido el hecho fue para el 37.1 % de los casos (tabla 4).

Respecto a la *anticoncepción de emergencia* como lo establece el paso 8 del PAISVVS en las 170 mujeres en edad reproductiva (10 a 49 años) víctimas de violación y abuso sexual que consultaron a los servicios de salud en las primeras

120 horas después de ocurrida la violencia sexual, se encontró que al 58.8 % les fue suministrada la anticoncepción de emergencia, al 34.7 % no se les suministró y en el 6.5 % de los casos no se diligenció la información (tabla 4).

Tabla 4

Distribución porcentual de la implementación integral del protocolo de atención a las víctimas de violencias sexuales basadas en género en los servicios de salud municipales en 2021

Variable	Sí		No		Sin diligenciar		Total casos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Atención inicial especializada en salud mental	408	68.5	184	30.9	4	0.7	596	100
Profilaxis VIH/sida	125	48.8	108	42.2	23	9.0	256	100
Profilaxis para hepatitis B	110	43.0	100	39.0	46	18.0	256	100
Recolección de evidencia médico-legal	95	37.1	97	37.9	64	25.0	256	100
Anticoncepción de emergencia para mujeres	100	58.8	59	34.7	11	6.5	170	100
Derivación al sector de protección	229	38.4	271	45.5	96	16.1	596	100
Derivación al sector de policía y justicia	364	61.0	228	38.3	4	0.7	596	100

Fuente: Secretaría de Salud de Envigado y Universidad CES, 2021.

Derivación a los sectores de protección, policía y justicia y vigilancia en salud pública de los casos de violencia sexual basada en género

Esta dimensión integra los pasos doce, trece y catorce del protocolo que refieren la obligación de los servicios de salud de reportar al sector de protección (comisarías de familia) en los casos donde las víctimas son niñas, niños, adolescentes o mujeres adultas víctimas de violencia sexual basada en género en el contexto familiar. Esto para iniciar un proceso administrativo de restablecimiento de derechos. También, en los servicios de salud se debe notificar al sector justicia, especialmente a la Fiscalía y la policía. Cabe aclarar que cuando la puerta de entrada de la víctima ha sido el sector de protección o de justicia,

las víctimas de abuso sexual o violación deben ser remitidas a los servicios de urgencias como parte de la atención integral.

La *derivación a los servicios de protección* de las comisarías se realizó en el 38.4 % de los casos, en el 45.5 % no se realizó y en el 16.1 % no se diligenció este paso en los registros del SIVIGILA (tabla 4). Estos datos contradicen las percepciones sociales que señalan como importante y una fortaleza municipal la integración de estos actores en el protocolo de atención y que refieren una articulación intersectorial a nivel municipal entre este sector de protección con el sector de salud y de educación para la atención integral de los casos de violencia sexual basada en género.

Una tensión en esta dimensión es la percepción de diferentes actores sobre el sector de protección, lo consideran lento y hermético en su operación y con poca capacidad resolutiva, esto último porque la ciudadanía nunca conoce los resultados de los procesos de denuncia. Al respecto, los actores de las comisarías de familia señalan que la información es reservada y como profesionales están impedidos para brindar algún tipo de información sobre los casos y esto incluye a los terceros que denunciaron el hecho. Además, el trabajo de las comisarías se enmarca en un tiempo definido por la ley para desarrollar las investigaciones y las actuaciones en los casos de violencia sexual contra niños, niñas, adolescentes y mujeres. Los profesionales de este sector consideran que los ciudadanos desconocen las funciones de las comisarías, las cuales se limitan al restablecimiento de los derechos de las víctimas y carecen de la competencia para dictaminar una medida de privación de la libertad para los victimarios, asunto que compete al sector judicial y a los jueces, fundamentado en una investigación de la Fiscalía General de la Nación.

Respecto a esto último, para los actores participantes, la personería municipal de derechos humanos debe clarificar a la ciudadanía las competencias del sector de Fiscalía y justicia. Señalan que existen dos posibilidades de atención a las violencias sexuales basadas en género, la flagrancia y la noticia criminal. En la flagrancia, es decir, cuando el victimario es sorprendido cometiendo el hecho y se realiza la captura, la judicialización tendrá mayor celeridad. Para ello los tiempos definidos en el Código Penal colombiano y el material probatorio desempeñan un papel fundamental.

Flagrancia: o sea que ocurrió este hecho, ocurrió este delito sexual ya sea que ocurrió contra un niño o niña, contra un mayor, contra alguien y se conoció inmediatamente quien *sic* fue la víctima y quien *sic* fue el agresor, y ese victimario fue encontrado en flagrancia y capturado en flagrancia, entonces en este municipio cuando hay flagrancia, inmediatamente debe ser llevada a la Unidad de Rección *sic* Inmediata (uri) Sur. ¿Quién es llevado allá?, inicialmente el agresor y es puesto a disposición de la fiscalía general de la nación y de un fiscal que este *sic* en turno, ese fiscal tiene 36 horas para resolverle la situación al presunto agresor, y establecer un mínimo de tipicidad y presentarlo a un juez de control de garantías y que ese juez, después de que legalice captura, después de que formule imputación, le otorgue una medida de aseguramiento o no, pero todo esto se está hablando en flagrancia. (SDDHH, 2010-2021)

Por su parte, los casos de violencia sexual basada en género que no ocurren en flagrancia son una denuncia conocida como *noticia criminal*, la cual requiere un proceso de investigación que tomará más tiempo y requiere la recolección de múltiple material probatorio.

Ya si el caso no es en flagrancia, sino que es una denuncia o una noticia criminal, la cosa cambia mucho, ¿cierto? Porque ahí el caso no entra a la URI, ni a la fiscalía como un acto urgente, ni hay captura inmediata, entonces entra una noticia criminal... el fiscal no puede determinar "ah vamos por ese señor ya mismo", o sea, él no puede hacer eso, así la situación sea muy delicada.

Lo primero que se debe hacer es asignarle el caso al Cuerpo Técnico de Investigación (CTI) o a la policía judicial. La policía judicial y el CTI son lo mismo, son detectives, unos investigadores, entonces se le *sic* asigna el caso a ellos mediante un programa que se llama 'el programa metodológico', en el programa metodológico esta *sic* la denuncia, la narración de los hechos con todo lo que paso *sic*, hay implicado un presunto agresor y una víctima. Con los elementos de ese programa metodológico, con esas tres cosas, denuncia, víctima, agresor y unos hechos, empiezan a investigar qué fue lo que paso *sic*. (SDDHH-2010-2021)

Lo anterior evidencia que los casos de flagrancia son prioritarios dado los tiempos establecidos en las leyes colombianas para el vencimiento de términos, por ende, su resolución se dará en menor tiempo en comparación con las noticias criminales que se puedan generar sobre casos de violencia sexual basada en género.

Sobre la investigación en el sector judicial, algunos de las médicas y los médicos participantes de los servicios de salud señalaron que en algunas ocasiones han sido citados por la Fiscalía General de la Nación y por los equipos de

investigadores a presentar una versión sobre la atención brindada a la víctima y lo reportado en la historia clínica, por esto, los profesionales de la salud reconocen la importancia de un buen registro de la información en la historia clínica y la adecuada recolección de las muestras de evidencia médico-legal que harán parte integral del material probatorio necesario para la actuación de la Fiscalía.

No obstante, a pesar de reconocer la importancia de las evidencias médico-legales, la evidencia encontrada en los reportes del SIVIGILA señala que únicamente en el 37 % de los casos de violación o abuso sexual que consultaron en las primeras 72 horas se recolectó la evidencia médico-legal. Sin embargo, la *derivación a las autoridades de policía y justicia*, se realizó en el 61.0 % de los casos y no la realizaron en el 38.3 %. Respecto a esta pregunta, el porcentaje de no diligenciamiento de la información fue el de menor porcentaje entre todos los ítems analizados (0.7 %), lo que refleja la buena adherencia de diligenciamiento a esta pregunta (tabla 4).

Por otro lado, los profesionales del sector de protección específicamente de los equipos de las cuatro comisarías que existen en el municipio señalan que tienen trabajo represado y una limitada cantidad de trabajadores. Aunque señalan como una fortaleza del municipio la creación, en los últimos años, de la cuarta comisaría de familia y la existencia de albergues temporales para las madres y mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Finalmente, el *seguimiento y la vigilancia en salud pública* fue el paso más rezagado en la implementación del protocolo. En parte, por la desarticulación entre los sistemas y el incumplimiento de las aseguradoras en salud de su labor en la gestión del riesgo de salud de la población. Respecto a este paso del protocolo, las instituciones del sector salud, de protección y de justicia no realizan seguimiento a las víctimas para ofrecerles la atención psicosocial necesaria para la superación del trauma. Sobre esto, los actores de las comisarías de familias expresaron la vivencia de momentos de frustración frente a su labor cuando se presentan casos de repetición de violencias sexuales contra mujeres, niños y niñas que ya habían sido víctimas y atendidos en el sistema. En estos casos el sistema y el municipio fracasan al no brindar garantías de no repetición.

Al respecto, se encontró que los seguimientos médicos y rutinarios de salud física y mental es una responsabilidad de la que se desligan los médicos

de los servicios de urgencias. Se entiende como una actividad de autogestión en donde las víctimas de violencia sexual basada en género deben de gestionar ante las EAPB la autorización de los servicios de atención especializada en salud mental para la superación de los traumas.

Cabe señalar que la Secretaría de Salud municipal es la entidad rectora del sistema de vigilancia en salud pública, su función es articular las instituciones responsables de la atención a las víctimas de violencia sexual basada en género y la creación y la implementación de programas de salud pública de acuerdo con las necesidades de la población; además, en su labor de rectoría debe exigir a las aseguradoras la garantía del derecho a la salud para las víctimas de violencia sexual basada en género.

A pesar de lo anterior, se identificó que la Secretaría de Salud municipal únicamente realiza la referencia de las víctimas de violencias basadas en género ante la Secretaría municipal de Equidad de Género que cuenta con un programa de asesoría y acompañamiento psicosocial, mas no terapéutico, para las víctimas. Esto devela una debilidad en la comprensión de la violencia sexual basada en género, de sus causas y de sus consecuencias y de la obligación estatal de generar garantías de no repetición.

Discusión

La implementación del *Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual* es un proceso complejo donde interactúan múltiples actores, instituciones y sectores del orden municipal y nacional. Entre 2011 y 2020 el aumento de casos de violencias sexuales basadas en género en este municipio les ha exigido a instituciones, como la Secretaría de Salud, a las EAPB y sus redes de prestadores de servicios de salud, y a las entidades del sector de protección y justicia una respuesta integral considerando los pasos definidos en el protocolo de atención.

Las percepciones de la ciudadanía sobre los programas y las acciones de información, educación y comunicación sobre las violencias sexuales basadas en género en este municipio están en tensión con las de los profesionales del sector salud, justicia y protección. Para los ciudadanos la información

es limitada y para los profesores de las instituciones educativas los temas sobre violencia sexual basada en género son poco abordados porque en el municipio prevalece una cultura de privatización u ocultamiento de esta problemática.

Esta situación es generalizada a nivel nacional, tal como lo señala el Centro Nacional de Memoria Histórica en Colombia (CNMH), “en la sociedad colombiana persiste la idea de que las violencias de género constituyen una violencia menor, un asunto privado sobre el que las víctimas no deben hablar, so pena del estigma y la culpabilización” (2020, p. 33).

Se destaca que una aseguradora en salud presente en el municipio está fortaleciendo su red de prestadores de servicios de salud para la atención de la niñez y la adolescencia víctimas de violencias sexuales. Esto se considera una fortaleza municipal dada la necesidad de un enfoque diferencial para este grupo poblacional (Restrepo, 2018). Además, los profesionales de la salud son actores interesados en capacitarse para la atención integral de las víctimas de violencias sexuales, aunque las oportunidades brindadas por la Secretaría de Salud son limitadas.

En 2021 ocho de cada diez habitantes del municipio reportaron que nunca en los servicios de salud les han informado que las violencias sexuales basadas en género son una urgencia médica. Por ende, podemos afirmar que la existencia de un protocolo de atención a las violencias sexuales basadas en género no garantiza el mayor acceso a los servicios de salud, a pesar de ser una medida presente en otros países de Latinoamérica (Gutiérrez, 2021; Roza y Martín, 2021). Por ende, las acciones de información, educación y comunicación deben realizarse de manera permanente porque crean en la población capacidades para actuar de manera preventiva ante señales de alarma o situaciones de riesgo o para buscar ayuda en caso de la ocurrencia de la violencia sexual basada en género (Garrido y García, 2022).

La atención integral en los servicios de salud es una debilidad en la implementación del protocolo en este municipio debido a la ausencia para todos los casos de una atención en salud mental. Tampoco se realiza el suministro de la profilaxis para prevenir la infección de VIH y hepatitis B en la totalidad de los casos de abuso sexual o de violación y que acudieron durante las pri-

meras 72 horas de ocurrido el hecho. A esto se suma la no recolección de la evidencia médico-legal.

Este panorama local refleja la situación de la región de las Américas en donde se ha documentado que la calidad de la respuesta del sector salud y de justicia a menudo es deficiente (Velzeboer, 2003). Ambos sectores tienen carencias, como la falta de infraestructura básica en cuanto a la privacidad y la confidencialidad de la atención a las víctimas; la presencia de actitudes discriminatorias y patriarcales y un comportamiento del personal que justifica la conducta de los agresores y culpa a las víctimas; la incapacidad de ayudar a las mujeres en crisis emocionales y conductuales; la falta de personal capacitado para atender a mujeres que han sufrido violencia sexual, y la deficiencia en la implementación de las políticas y los protocolos de atención. Estos problemas pueden conducir a la revictimización de las sobrevivientes y son particularmente agudos en zonas marginadas y pobres, como en las comunidades indígenas y los entornos de conflicto armado (Contreras et al., 2010; Moreno, 2024; Velzeboer, 2003).

Estas situaciones se presentan a pesar de las respuestas y las voluntades políticas por fortalecer el sector de protección mediante mayor número de comisarías de familia y de albergues para niñas, niños y mujeres. No obstante, la complejidad de la violencia sexual basada en género rebasa las capacidades institucionales y genera una percepción ciudadana de ineficacia en la labor (Bustamante y Yepes, 2007).

Un asunto aún más complejo es lo reportado por los profesionales en cuanto a la repetición de casos de violencia sexual en niñas, niños y mujeres que previamente habían tenido un proceso de restablecimiento de derechos. También es pertinente señalar que posterior a la atención en los servicios de salud, la vigilancia en salud pública de los casos de violencia sexual basada en género es inexistente a nivel municipal y es una responsabilidad que nadie asume y que las diferentes instituciones y actores participantes les atribuyen a otras entidades. Esta situación devela fracturas en la capacidad de respuesta y la inoperancia de las garantías de no repetición para las víctimas de violencia sexual basada en género en este municipio colombiano (Rincón, 2019).

Por lo anterior, este estudio se considera relevante como un aporte académico para informar la toma de decisiones sociales y gubernamentales en materia de políticas y programas de prevención y atención de las violencias sexuales basadas en el género, las cuales pueden fundamentarse en múltiples instrumentos de política pública (Constitución Política de Colombia, 1991; Ley 1098 de 2006; Ley 1257 de 2008; Ministerio de la Protección Social, 2011).

Las decisiones de política necesariamente deben incluir el fortalecimiento de las capacidades de los servicios de salud y de sus profesionales para prestar una atención integral a las víctimas de violencia sexual basada en género, mediante atención psicosocial terapéutica que permita el restablecimiento de su derecho a la salud y la recuperación de su dignidad.

El efecto traumático de la violencia sexual suele ser devastador, y ante la imposibilidad de nombrarlo, lo mejor es no recordar. Pero el olvido tiene grietas y las afectaciones aparecen en comportamientos autodestructivos, intentos de suicidio, pesadillas, aislamiento, depresión, problemas sexuales, baja autoestima y, en ocasiones, afectaciones más serias de trastornos mentales (Wilches, 2010, p. 92).

No menos importante es lo encontrado sobre la variabilidad en la calidad del diligenciamiento de los registros médicos en el sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA). Al respecto, se plantean dos explicaciones posibles; en primer lugar, el constante cambio por parte de la autoridad nacional de vigilancia en salud pública en cuanto a las opciones de respuesta de la ficha y el ingreso y la eliminación de variables de interés; en segundo lugar, la limitada corresponsabilidad y gestión adecuada del dato en los servicios de salud y por parte de los equipos de vigilancia en salud pública del municipio. Asunto documentado en otro estudio realizado en los servicios de salud de Bogotá, Colombia (Moreno et al., 2013).

Este estudio tiene limitaciones, la principal fue la imposibilidad de realizar una segunda ronda de entrevistas con las y los profesionales de los servicios de salud para indagar acerca de los motivos de la no realización de las profilaxis para VIH y hepatitis B, de la no recopilación de evidencia médico-legal y del no suministro de los medicamentos para la anticoncepción de emergencia. Esto debido a los tiempos administrativos del proyecto y de las y los participantes.

En conclusión, entre el periodo 2011 y 2020, la implementación del protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencias sexuales basadas en género enfrentó diversas tensiones y debilidades que limitaron sus avances y desvanecen sus fortalezas. A pesar de la existencia de un marco normativo, las acciones de información, educación y comunicación dirigidas a la ciudadanía continúan siendo insuficientes, lo que obstaculiza el acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud. Si bien las instituciones prestadoras de servicios de salud y los profesionales muestran voluntad y llevan a cabo acciones de preparación para la atención de las violencias sexuales, estas iniciativas no garantizan la atención integral.

A pesar de la percepción de articulación entre los sectores de salud, protección y justicia, los datos indican que la derivación hacia estos sectores no se realiza en todos los casos, y el seguimiento y la vigilancia en salud pública posterior a los casos es incipiente. Esta situación refleja la persistencia de brechas institucionales que afectan la calidad de la atención a las víctimas y la garantía de sus derechos.

Por lo tanto, es imperativo fortalecer la política social y de salud pública del municipio para asegurar la respuesta integral y efectiva a las víctimas de violencias sexuales basadas en género con enfoque diferencial y de derechos humanos y que garantice la no repetición.

Referencias

Alcaldía de Envigado (2024). *Plan Territorial de Salud. Plan de Desarrollo Municipal 2024-2027. Envigado vamos adelante, amor por la gente, amor por Envigado.* <https://www.envigado.gov.co/planes/plan-de-desarrollo-20242027>

Anguita, J. C., Labrador, J. R., Campos, J. D., Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J. y Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8), 527-538.

Boyko, J. A., Lavis, J. N., Abelson, J., Dobbins, M. y Carter, N. (2012). Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. *Social Science & Medicine*, 75(11), 1938-1945. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.06.016>

Implementación del protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencias [29] sexuales basadas en género en un municipio colombiano, 2011-2020

Bustamante, N. R. y Yepes R., O. C. (2007). La violencia sexual contra las mujeres: un estudio preliminar. *Estudios de Derecho*, 64(144), Artículo 144. <https://doi.org/10.17533/udea.esde.2529>

Centro Nacional de Memoria Histórica [CNMH] (2020). *Memoria histórica con víctimas de violencia sexual: aproximación conceptual y metodológica*. CNMH. <https://centrodememoriahistorica.gov.co/memoria-historica-con-victimas-de-violencia-sexual-aproximacion-conceptual-y-metodologica/>

Conceição, M. M. da, Camargo, C. L. de, Whitaker, M. C. O., Silva, C. T. dos S., Gomes, N. P. y Rusmundo, L. C. S. (2024). Sentimientos expresados por los profesionales que atienden a víctimas de violencia sexual infantojuvenil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32, e4251. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7157.4250>

Constitución Política de Colombia (1991).

Contreras, J. M., Bott, S., Guedes, A. y Dartnall, E. (2010). *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de datos secundarios*. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.

Creswell, J. W. y Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage Publications.

De la Cuesta, C. (2010). La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19, 762-766. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400020>

De Stéfano, M. (2023). “Estás humanizando a los violentos”: reflexiones sobre las tensiones y resistencias en el trabajo y la investigación con varones que ejercen violencia. *Pasado Abierto*, (17), 107-128. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/221070>

Galván, A. D. (2024). *Adherencia al proceso de atención a víctimas de violencia sexual en el departamento de Córdoba período 2021-2022* [tesis de maestría]. Universidad de Córdoba. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/8583>

Garrido, M. J. y García, Á. (2022). El impacto de las tecnologías de la información y la comunicación en la educación. La importancia de la formación, la información y la sensibilización. *Revista Tecnología, Ciencia y Educación*, 21, 155-182. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8228576>

Gutiérrez, M. (2021). La violencia sexual en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 67(3). <https://doi.org/10.31403/rpgov67i2338>

Ley 1098 de 2006 (8 de noviembre). Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. *Diario Oficial* 46446. http://www.secretariosenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html

Ley 1257 de 2008 (4 de diciembre). Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 47193. http://www.secretariosenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1257_2008.html

López Estrada, R. E. y Deslauriers, J.-P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (61), 1-19.

Loría, K. R., Sánchez, A. F. y Rosado, T. G. (2019). Barreras y facilitadores del abordaje de la violencia contra las mujeres: perspectivas profesionales entre Cataluña y Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 17(1), 174-200. <https://www.redalyc.org/journal/446/44664663008/html/>

Ministerio de la Protección Social (2011). *Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual*, UNFPA.

Moreno, S. P. (2024). El modelo médico hegemónico y su impacto en la atención a víctimas de violencia sexual: la noción de revictimización en las narrativas de médicos y médicas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 42. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e354189>

Moreno, S. P., Barreto, M. R., Sanabria, P. A., González, L. A. y Pinzón, A. (2013). Evaluación de la atención a víctimas de la violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(2), artículo 2. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.11829>

Naciones Unidas y Plataforma de Colaboración Regional en América Latina y el Caribe [RCP LAC] (2024). *Perfil regional de igualdad de género. América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas. <https://lac.unwomen.org/es/digital-library/publications/2024/03/perfil-regional-de-igualdad-de-genero-america-latina-y-el-caribe>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS] (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos* (4.^a ed.). Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Implementación del protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencias [31] sexuales basadas en género en un municipio colombiano, 2011-2020

Resolución 000459 de 2012 (6 de marzo). Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-0459-de-2012.pdf>

Restrepo, C. M. (2018). Manejo de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. *XXVI Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia*, (26), 114-126. https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/346820

Rincón, T. (2019). El nunca más de la violencia sexual contra las mujeres-la oportunidad (perdida) en las transiciones políticas. *Ideas y Valores*, 68, 39-58. <https://doi.org/10.15446/ideasyvalores.v68n5supl.81435>

Rodríguez, A. L. (2008). *El enfoque de la acción sin daño*. Universidad Nacional de Colombia. Roza, V. y Martín, C. (2021). *Violencia sexual y basada en género: mapa de ruta para su prevención y atención en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R. y García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803-813. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7)

Secretaría de Salud de Envigado y Universidad CES (2021). *Diagnóstico y medición de indicadores de violencias sexuales que ayuden al conocimiento de las condiciones, retos de atención y la generación de un plan de acción para la prevención y atención en el municipio de Envigado-Antioquia*. <https://www.studocu.com/co/document/universidad-ces/salud-mental/diagnostico-y-medicion-de-violencias-sexuales-en-envigado-2021/23786924>

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.

Velzeboer, M. (2003). *Violence against women: the health sector responds* (N.º 12). Pan American Health Org.

Wilches, I. (2010). Lo que hemos aprendido sobre la atención a mujeres víctimas de violencia sexual en el conflicto armado colombiano. *Revista de Estudios Sociales*, 1(36), 86-94. <https://doi.org/10.7440/res36.2010.08>

World Health Organization (2019). *RESPECT women – Preventing violence against women* ((WHO/RHR/18.19), p. 24). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.19>

World Medical Association [WMA] (1975). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. World Medical Association.