

**CONTRIBUCION A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL:
EL CASO DEL HOSPITAL DE ENGATIVÁ**

ADRIANA CAICEDO ZAPATA

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES
MAESTRÍA EN POLÍTICA SOCIAL
BOGOTÁ, D.C.
2011**

**CONTRIBUCION A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL:
EL CASO DEL HOSPITAL DE ENGATIVÁ**

ADRIANA CAICEDO ZAPATA

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE MAGISTRA EN POLÍTICA SOCIAL**

**DIRECTORA: EDILMA MARLEN SUÁREZ CASTRO
MASTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
MASTER EN ESTUDIOS POLÍTICOS**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES
MAESTRÍA EN POLÍTICA SOCIAL
BOGOTÁ, D.C.
2011**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bogotá, D.C.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Arturo quien, durante este tiempo, con su esfuerzo, su amor y su apoyo incondicional, me acompañó para cumplir esta meta en mi vida.

A Sebastian y a Mariana, quienes con su compañía, sus risas y su cariño me motivaron en todo momento para continuar hasta el final.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a las directivas y profesores de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, y de la Maestría en Política Social, cuyas enseñanzas son la base para el desarrollo de este trabajo de investigación.

Al personal de la Dirección Seccional de Fiscalías de Bogotá y del Instituto de Medicina Legal, por la información que aportaron para la realización de este trabajo.

Al personal del Hospital de Engativá, del área de Salud Pública y de las IPS que participaron. De manera especial a todos los funcionarios entrevistados, que colaboraron y aportaron una valiosa información para la construcción de este trabajo de investigación.

A la Profesora Edilma Suarez por su tiempo, su conocimiento y su dedicación.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	
1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	4
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.3 DEFINICION OPERACIONAL DETERMINOS	8
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	11
1.5 PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACION	11
2. MARCO CONCEPTUAL	
2.1 EL NIÑO Y LA NIÑA COMO SUJETOS DE DERECHOS	13
2.1.1 El interés superior del niño	17
2.2 LA OBSERVACION GENERAL N°. 14 Y EL DERECHO A LA SALUD	19
2.2.1 Los determinantes sociales (DS)	22
2.3 ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)	24
2.3.1 Proceso del ASI	26
2.3.2 Formas de expresión del ASI	28
2.3.3 Factores asociados al ASI	28
2.3.3.1 Factores protectores	28
2.3.3.2 Factores de riesgo	30

2.3.4	Manifestaciones del ASI	33
2.3.5	Consecuencias del ASI	35
2.3.6	Respuestas institucionales ante el ASI	37
2.3.6.1	Sector Salud	38
2.3.6.2	Protección de la niñez y adolescencia	42
2.3.6.3	Violencia intrafamiliar	44
2.3.6.4	Régimen de los delitos sexuales	46
2.4	EL CONTEXTO DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVA	47
2.4.1	El ASI en Bogotá y en la localidad de Engativá	50
3.	ENFOQUE METODOLÓGICO	
3.1	DISEÑO DEL ESTUDIO	55
3.2	PARTICIPANTES	55
3.3	ESCENARIO DE LA INVESTIGACION Y CONTACTO A PARTICIPANTES	55
3.4	RECOLECCION DE INFORMACION	56
3.5	CATEGORIAS DE LA ENTREVISTA	56
3.6	PLAN DE ANALISIS DE LA INFORMACION	56
3.7	ASPECTOS ETICOS	57
4.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	58
4.1	CONCEPTO DEL NIÑO(A) Y ADOLESCENTE VICTIMA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL	58
4.2	ACTIVIDADES QUE OFRECE EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA	62

DEL HOSPITAL DE ENGATIVA, DIRIGIDAS A ATENDER EL ASI				
4.2.1	Características de la oferta			62
4.2.1.1	Disponibilidad de las actividades dirigidas a atender el ASI			62
4.2.1.2	Acceso a las actividades para atender el ASI			68
4.2.2	INVENTARIO DE LAS ACTIVIDADES QUE IMPLEMENTA EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA DEL HOSPITAL DE ENGATIVA PARA ATENDER EL ASI			72
4.2.2.1	Actividades a nivel individual			72
4.2.2.2	Actividades a nivel comunitario			79
4.2.2.3	Actividades a nivel de las familias de las VASI			82
4.2.3	Enfoque de las actividades que implementa el área de Salud Pública para atender el ASI			86
4.3	IMPLEMENTACION DE LAS ACTIVIDADES QUE OFRECE EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA DEL HOSPITAL DE ENGATIVA, DIRIGIDAS A ATENDER EL ASI			91
5.	CONSIDERACIONES FINALES: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES			99
5.1	CONCLUSIONES			102
5.2	RECOMENDACIONES			106
BIBLIOGRAFÍA				
ANEXOS				

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A Ruta de atención a Víctimas de Delitos Sexuales. (Ley 906 de 2004).
- Anexo B Guía de entrevista.
- Anexo C Matriz de categorías para la presentación y el análisis de la información.
- Anexo D Consentimiento Informado.

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1 Objetivos de las actividades disponibles para atender el ASI. Salud Pública - Hospital de Engativá.
- Tabla 2 Acceso a las actividades para atender el ASI. Salud Pública – Hospital de Engativá.
- Tabla 3 Actividades para atender el ASI, dirigidas a la comunidad. Salud Pública - Hospital de Engativá.
- Tabla 4 Actividades para atender el ASI, dirigidas a las familias de las VASI. Salud Pública - Hospital de Engativá.
- Tabla 5 Implementación de las actividades para atender el ASI. Salud Pública - Hospital de Engativá.

LISTA DE GRAFICAS

- Gráfica 1 Casos de ASI en Bogotá D.C. Secretaría Distrital de Salud (SDS) – Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF)
- Gráfica 2 Casos de ASI identificados en la localidad de Engativá. 2007-2010

LISTA DE MAPAS

Mapa 1

Ubicación de la Localidad de Engativá

.

ABREVIATURAS

ASI	Abuso sexual infantil.
CIDN	Convención Internacional de los Derechos del Niño
DS	Determinantes Sociales
ESE	Empresa Social del Estado
HE	Hospital de Engativá
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
OG-14	Observación General N° 14
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PIDESC	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PAB	Plan de Atención Básica
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
POS	Plan Obligatorio de Salud
Ruta de Atención	Ruta de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales
SDS	Secretaria Distrital de Salud
VASI	Víctimas de Abuso Sexual Infantil

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil, presente desafortunadamente en muchas sociedades y en todos los tiempos, es una situación de cotidiana ocurrencia en nuestro medio, lo que no sólo es censurable y doloroso, sino especialmente grave para la colectividad, por cuanto implica la vulneración de los derechos de personas indefensas, que merecen una especial y preferente atención por parte del Estado. Frente a esa situación es necesario que los distintos actores involucrados para atender dicha problemática realicen el aporte que les corresponda, con el objeto de enfrentar no sólo sus negativas secuelas, sino también, y de manera prioritaria, las causas que la originan.

Como es bien sabido, el abuso sexual infantil se presenta por factores de diversa naturaleza y debe ser enfrentado a través de variados instrumentos y acciones, que corresponden a diversos sectores de la vida social. Uno de esos campos de actividad, es el de la salud, y allí es claro que se trata de un problema de salud pública, que debe ser tratado con los instrumentos de política social propios de este sector.

El fenómeno del abuso sexual infantil se encuentra presente en la ciudad de Bogotá y en cada una de las localidades del Distrito Capital, con mayor o menor intensidad. En particular, desde el año 2006, la localidad de Engativá ocupa uno de los primeros lugares en cuanto a los reportes que se presentan sobre casos de abuso sexual infantil en el Distrito Capital. Es así como en los años 2006 y 2007 ocupó el cuarto lugar (Alejo H, 2008) y, posteriormente, en los años 2008 y 2009 pasó al tercer lugar (Secretaria Distrital de Salud [SDS], 2010). Esta circunstancia conduce a considerar que la mencionada localidad es un lugar idóneo para realizar una investigación respecto de la manera como las acciones y políticas

distritales en materia de salud pública están contribuyendo a atender en forma adecuada la problemática del abuso sexual infantil.

Al respecto debe tenerse en cuenta que tanto en la ciudad como en la localidad de Engativá, confluyen diferentes actores corresponsables, entre ellos los del sector de la salud, que bajo los lineamientos del Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012, dictado en el marco del derecho a la salud, adelantan diversas acciones a nivel personal y colectivo, con el propósito de mejorar las condiciones de vida, de desarrollo y de bienestar de la población. En el caso de la localidad de Engativá estas acciones se encuentran en cabeza del Hospital de Engativá, Empresa Social del Estado (ESE).

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, surge un interés particular en determinar cómo la implementación de estas actividades, ha contribuido a garantizar el derecho a la salud a los niños(as) y adolescentes¹ víctimas de abuso sexual infantil, en particular teniendo en cuenta los lineamientos contenidos en la Observación General N° 14 de la Organización de las Naciones Unidas (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2000).

Para dar respuesta a este objetivo, se desarrolló un estudio de tipo cualitativo de abordaje social, en el cual se describen, analizan e interpretan los resultados obtenidos, a partir de las categorías de análisis que se establecieron para el desarrollo de la investigación. Estas categorías son: la descripción sobre la forma como los profesionales de la salud entrevistados identifican al niño(a) y

¹ La referencia de género se hace de acuerdo con lo establecido en el Diccionario Hispánico de Dudas de la Real Academia Española (2005): Sólo cuando la oposición de sexos es un factor relevante en el contexto se hace necesaria la presencia explícita de ambos sexos". [en línea], Disponible en: <http://buscon.rae.es/dpd/> Recuperado el: 17 de junio de 2011.

adolescente víctima de abuso sexual, la oferta de las actividades que realizó el área de Salud Pública del Hospital de Engativá y, por último, la implementación de tales actividades.

A continuación se presenta el resultado de este trabajo de investigación en cinco apartados. En el primero se refiere al diseño de la investigación. El segundo capítulo presenta el marco teórico en el que se hace referencia al niño(a) y adolescente como sujeto de derechos, a la Observación General N°14 y al derecho a la salud; posteriormente se revisa el tema del abuso sexual infantil y se contextualiza esta situación en la localidad de Engativá. En el tercer capítulo se presenta el enfoque metodológico que se tuvo en cuenta para el desarrollo de la investigación. En el cuarto se presentan y se analizan los resultados obtenidos y finalmente, en el quinto, se presentan las conclusiones y consideraciones finales.

1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Ciertamente, lo ideal es que en la familia, las diversas relaciones que se establecen entre sus integrantes estén caracterizadas por la armonía, el respeto, la fraternidad y el amor. Desafortunadamente, en el interior de algunos grupos familiares sus miembros establecen relaciones disfuncionales, algunas veces caracterizadas por la violencia, que se manifiesta de diversas formas, entre las cuales se encuentra el abuso sexual infantil (en adelante, ASI).

Para la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), el ASI se define como la participación de un niño(a) en una actividad sexual que no comprende, para la cual no está preparado ni es capaz de dar su consentimiento. Usualmente, el ASI es un evento que se produce entre un niño(a) o adolescente, y un adulto, aunque también puede darse entre dos niños(as) o un niño(a) y un adolescente, y generalmente ocurre en escenarios en los que los sujetos involucrados se encuentran en situaciones de desigualdad en términos de poder. En todo caso, independientemente de la edad de la víctima y del victimario, se busca utilizar a la víctima para lograr la gratificación sexual del victimario o de un tercero (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.d., p.10). De igual forma, el ASI es considerado como una forma de violencia, caracterizada por un desequilibrio de poderes y por la coerción en la relación entre el victimario y la víctima (Redondo y Ortiz, 2005), en donde el primero “controla y manipula, y la víctima queda en situación de indefensión y falta de libertad” (Fundación Plan, 2007, módulo 1, p.14). En un escenario como el que se ha mencionado, las víctimas se exponen a situaciones impropias para su edad, para su desarrollo físico, psicológico y, por ende, sexual.

A pesar de que el ASI es una situación que generalmente se presenta en la esfera privada de la familia, no se puede desconocer que dicha problemática produce consecuencias nocivas para las víctimas en su situación estrictamente personal, puesto que afecta su salud física y mental, dejando secuelas que se pueden manifestar a corto o a largo plazo en diversos momentos de su desarrollo individual, durante el trascurso de la vida. Se puede afirmar que el ASI vulnera la condición y la dignidad del ser humano, privando a sus víctimas de la posibilidad de crecer en condiciones de bienestar físico, mental y social, que les permita desarrollarse plenamente como sujetos de derechos. Además de lo anterior, más allá de la esfera privada de la víctima y de su familia, el ASI también produce negativos efectos en la sociedad en general, pues representa una de las más frecuentes y censurables formas de vulneración de los derechos de la niñez y la adolescencia, que promueve la transmisión de patrones culturales que fortalecen los círculos de violencia y de abuso, atentando así contra la estabilidad social (Rodríguez, 2003, enero-junio, p.57-70).

Desde otra perspectiva, es importante tener presente que a partir del año 2000, el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, expedido por el entonces denominado Ministerio de Salud, establece que la violencia y, por ende el ASI, son eventos de Salud Pública, que requieren una atención oportuna y un seguimiento constante, que garanticen un control eficaz, para que se disminuyan las complicaciones que de allí se desprenden (Alcaldía Mayor de Bogotá et al., 2008, p.11) y para que se busque la erradicación de ese tipo de comportamientos.

Los eventos de ASI están presentes en las diferentes localidades de Bogotá, entre ellas la de Engativá. Al respecto, es importante tener en cuenta que en las estadísticas de las instituciones que reciben notificaciones y denuncias de posibles casos de ASI, se refleja una tendencia al aumento en la ciudad de Bogotá, mientras que una tendencia similar, aunque con alguna leve disminución en

tiempos recientes, se presenta en la localidad de Engativá. En todo caso, es necesario afirmar que, independientemente de que el número de casos denunciados en la localidad en algunos años muestre una disminución, las estadísticas siguen visibilizando que en el año 2007 se reportaron 193 casos de víctimas de abuso sexual infantil (en adelante, VASI), en el 2008 se presentaron 250 VASI, en el 2009 hubo 249 víctimas y en el 2010, afortunadamente en menor cantidad, se presentaron 202 VASI. Las anteriores cifras son suficientes para mostrar que el ASI es una problemática grave, en la que están comprometidos los niños(as) y adolescentes, sujetos de derechos, y personas de especial protección por parte de la sociedad. Estas cifras reflejan igualmente que desde el punto de vista cultural se trata de una conducta que se mira por la sociedad con algún grado de indiferencia, cuando no de aceptación, y poco compromiso social para erradicarla.

En el nivel de la localidad, el Hospital de Engativá (en adelante, HE), como ente administrativo, es la entidad responsable de coordinar e implementar las diferentes actividades dirigidas a afectar esta problemática, todas ellas de conformidad con los lineamientos que a través del Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012 establecido por la Secretaria Distrital de Salud (en adelante, SDS). Dicho Plan es expedido en el marco de la garantía estatal al derecho a la salud de los ciudadanos. La Unidad de Salud Pública del HE es la dependencia responsable de la implementación de acciones dirigidas a nivel personal y colectivo, con el propósito de mejorar sus condiciones de vida, su desarrollo y su bienestar. Tiene la responsabilidad de adelantar, entre otras actividades, las que se encuentran contenidas en el Plan de Intervenciones Colectivas (en adelante, PIC) consagrado en el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012 y en el Plan Obligatorio de Salud (en adelante, POS), establecido a partir de la Ley 100 de 1993.

Teniendo en cuenta lo anteriormente reseñado, y, además, de acuerdo con el enfoque que respecto del derecho a la salud se tiene en la Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012, que debe desarrollar el área de Salud Pública del HE, surge un interés particular en determinar cómo la implementación de estas actividades, ha contribuido a garantizar el derecho a la salud a las VASI, en particular teniendo en cuenta los lineamientos contenidos en la Observación General N° 14 de la Organización de las Naciones Unidas (en adelante, OG-14) (ONU, 2000).

Para los efectos anteriormente indicados, es pertinente señalar que la OG-14 define el derecho a la salud de manera amplia, y señala que su efectividad requiere la realización de actividades direccionadas a nivel personal, familiar y colectivo, con la convergencia de diferentes actores corresponsables, desde un enfoque interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional, siempre garante de los derechos, con el fin de proveer una serie de facilidades, de bienes, servicios y de condiciones necesarios que contribuyan a garantizarlo (ONU, 2000, art.9). Este trabajo de investigación es, pues, una primera aproximación al estudio de la implementación de las directrices contenidas en la citada Observación, de cuyos elementos básicos sólo se tendrán en cuenta la disponibilidad y el acceso al derecho a la salud. En ese contexto, el propósito de este estudio es convertirse en una base para futuros trabajos de profundización sobre la materia.

De igual forma, resulta conveniente destacar que en materia de políticas sociales, el desarrollo de este trabajo de investigación resulta pertinente porque, por una parte, centra la atención en una problemática en la que la población infantil se convierte en víctima por la vulneración de sus derechos, y, por otra, porque ratifica la importancia de los niños(as) y adolescentes como sujetos de la política pública y de las estrategias asociadas. Igualmente, se destaca el reconocimiento del ASI como un evento de Salud Pública, generado por causas que deben ser

intervenidas más allá del campo asistencial de la salud, planteando con esto, para los formuladores de políticas públicas, un escenario favorable para abordar el tema y así generar un cambio sostenible en el tiempo, es decir, un cambio a nivel personal, familiar y social que fomente un estilo de vida en la familia y en la sociedad, en el que se reconozca y se respete plenamente a los miembros de estas instituciones como sujetos de derechos.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema que se pretende abordar con la investigación realizada y cuyos resultados se plasman en este documento, corresponde a la siguiente pregunta: ¿Cómo contribuyen a garantizar el derecho a la salud de los niños (as) y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil, las actividades implementadas por el área de Salud Pública del Hospital de Engativá, dirigidas a atender esta problemática?

1.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Hospital de Engativá: Empresa Social del Estado. Ente administrativo responsable de coordinar e implementar las diferentes actividades que en el campo de la salud se dirigen a atender el ASI en la localidad de Engativá. Hace parte de la red norte de la SDS y, según su grado de complejidad en la prestación de la atención de salud, ofrece los servicios de un hospital de II nivel de atención.

Área de Salud Pública: Dependencia del Hospital de Engativá, responsable de garantizar la salud de las personas que residen en la localidad, por medio de la implementación de acciones dirigidas a nivel personal y colectivo, con el propósito de mejorar sus condiciones de vida, su desarrollo y su bienestar. Para efectos de esta investigación, se tendrán en cuenta las acciones que se ejecutan para atender el ASI, de acuerdo con lo establecido para dicha área en el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012.

Abuso sexual infantil: Según la OMS, se define como la participación de un niño(a) o adolescente, en una actividad sexual que no comprende, para la cual no está preparado ni es capaz de dar su consentimiento. Como afirman Redondo y Ortiz (2005), es una forma de violencia, caracterizada por un desequilibrio de poderes y la coerción en la relación entre el victimario y la víctima, en donde el primero “controla y manipula, y la víctima queda en situación de indefensión y falta de libertad” (Fundación Plan, 2007, módulo 1, p.14), y en la que está presente el propósito de gratificación sexual para el victimario o para un tercero.

Contribuir: Según el Diccionario de la lengua española, se define como la acción de ayudar al logro de un fin determinado. Para efectos de este trabajo de investigación, se entiende como el aporte o la ayuda que se brinda a que se garantice el derecho a la salud.

Garantía: Según el Diccionario de la lengua española, se define como el reconocimiento de un derecho que la Constitución de un Estado consagra a favor de sus ciudadanos. Para efectos de este trabajo de investigación, se entiende como el reconocimiento del derecho a la salud por parte del Estado colombiano para los niños (as) y adolescentes. Desde la perspectiva de la OG-14, la garantía del derecho a la salud tiene como fundamento la construcción de la ciudadanía y

el reconocimiento del niño(a) como sujeto de derechos acorde con su dignidad humana, permitiéndole el desarrollo de sus potencialidades y capacidades.

Derecho a la Salud: Derecho humano, universal, fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos, que le permite a las personas disfrutar del más alto nivel de bienestar posible en su condición física, mental y social, y, en cuanto a este aspecto, vivir dignamente. La jurisprudencia de la Corte Constitucional (Sentencia T-597 de 1993), ha definido el derecho a la salud como *“la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento”*. De acuerdo con la OG-14 (2000), el derecho a la salud está relacionado con una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana. Lo hace extensivo a los determinantes sociales (en adelante, DS) de la salud (art.4).

Víctima de abuso sexual infantil: Jurídicamente una víctima es aquella persona que directa o indirectamente, ha sufrido las consecuencias perjudiciales de un hecho ilícito, ya sea que ellas se presenten en el campo patrimonial (pérdidas económicas), o en el de los sufrimientos o las alteraciones psicológicas, entre otras (Sampedro J.A. p. 49). En el contexto de este trabajo de investigación una VASI, es un niño(a) o un adolescente menor de 18 años, quien por su situación de indefensión, o por las características propias de su edad o condición, no tiene la capacidad intelectual, física, ni emocional, para protegerse ni defenderse ante la agresión de un adulto o de un tercero que busca su propia gratificación sexual (Hermida, entrevista 11 de Septiembre de 2008).

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar cómo contribuyen a la garantía del derecho a la salud de los niños(as) y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil, las actividades implementadas por el área de Salud Pública del Hospital de Engativá, para atender la citada problemática.

Objetivos Específicos

- Precisar como reconocen e identifican al niño(a) y adolescente víctima de abuso sexual infantil, los profesionales de la salud vinculados al área de Salud Pública del Hospital de Engativá, responsables de las actividades encaminadas a atender la citada problemática.
- Describir las actividades que ha ofrecido el área de Salud Pública del Hospital de Engativá para atender el abuso sexual infantil.
- Identificar los factores que han influido en la implementación de las actividades del área de Salud Pública del Hospital de Engativá, dirigidas a atender el abuso sexual infantil.

1.5 PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN

El ASI es un problema que claramente vulnera los derechos de la población infantil y adolescente, entre ellos el derecho a la salud, y por sus características se ha

convertido en un problema de Salud Pública. Con este fundamento, el propósito de esta investigación es realizar un aporte para la construcción de una política pública dirigida a la niñez y a la adolescencia, tal como lo plantea la OG-14 como parte de la garantía del derecho a la salud a las VASI. Lo anterior, además, con el fin de replicar los resultados encontrados en la localidad de Engativá en otras localidades de Bogotá D.C., en los casos en que se considere que ello resulta apropiado.

Lo anterior se realizará teniendo en cuenta que la orientación de la citada Observación exige que para garantizar el derecho a la salud de las VASI, se debe abordar esta problemática desde sus raíces culturales, sociales, familiares y personales, entre otros factores. Por lo tanto, se tendrá en cuenta la contribución que el enfoque de la OG-14 aporta a las acciones que el área de Salud Pública implementa para enfrentar el ASI, contribuyendo de tal manera a garantizar el derecho a la salud de los niños(as) y adolescentes VASI.

Por otra parte, una vez realizada la investigación y aprobada por la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Pontificia Universidad Javeriana, se realizará una retroalimentación al personal de Salud Pública del HE sobre los resultados obtenidos. Se dejará un documento con el fin de proveer a los actores responsables de la intervención de esta problemática, de un instrumento que permita una aproximación en la comprensión de la forma en que las acciones dirigidas a enfrentar la problemática del ASI contribuyen a garantizar el derecho a la salud, desde el enfoque que plantea la OG-14, que será un punto de partida para quien desee ampliar el estudio.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 EL NIÑO Y LA NIÑA COMO SUJETOS DE DERECHOS

Conceptualizar sobre la infancia exige entenderla como una construcción colectiva en la que intervienen el contexto social, político, económico y cultural, así como el momento histórico en el que se construye su identidad. Para C. Noguera (2003) este reconocimiento es un acontecimiento reciente a nivel cultural, a pesar de la creencia de que la infancia siempre ha ocupado un lugar privilegiado en la vida del ser humano como etapa fundamental de su desarrollo. Según Alzate (2004), históricamente la concepción de la infancia ha pasado por varios momentos y significaciones, algunos asociados a la invisibilidad que ha tenido frente al adulto y a la sociedad, así como también como respuesta a factores socio-culturales y formas de organización social. Según Noguera (2003), para Ellen Key durante el siglo XX la infancia ocupó un lugar destacado, constituyéndose en el “siglo del niño”, pues se consideró que un cambio en las prácticas de crianza y en las pautas de la educación, orientadas en adelante a favorecer el desarrollo del ser humano, produciría una transformación en la sociedad y en el mundo.

En el análisis sobre el proceso del reconocimiento de los niños(as) como sujetos de derechos en el interior de la comunidad, es necesario remitirse a su visualización a nivel internacional, con lo que se logra que la incidencia de las normas acordadas a nivel global se repliquen en cada Estado (Restrepo, 2001. p. 263). Es importante tener en cuenta que este ha sido un proceso que se ha caracterizado por un alto énfasis en las medidas jurídicas que, como afirma Javier Hernández (2007), son las que dan las posibilidades reales de exigibilidad. Sin embargo, con el propósito de que los derechos no se queden en expresiones de buenas intenciones o en planteamientos retóricos, sino que se conviertan en una

realidad, se hace necesario trascender el ámbito jurídico con la implementación de diferentes medidas que los protejan, y reconozcan que tales privilegios son innatos a la condición y dignidad de cada persona, y no son una dádiva o concesión por parte del Estado (Restrepo, 2001, p.280). Lo anterior fortalece la construcción de una sociedad incluyente en la cual se reconozca a los niños(as) como sujetos de derechos.

Un breve recuento sobre la evolución del reconocimiento de la niñez de objeto a sujeto de derechos, se inicia con la Declaración de Ginebra (1924), en la que se exhorta a los Estados a proteger a esta población de manera especial, situación que se reafirma en 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Posteriormente, en la Declaración de los Derechos del Niño de 1959 se ratifica el cuidado especial que debe tenerse respecto de esta población debido a su inmadurez física y psicológica, y se establecen diez principios fundamentales a partir de los cuales los niños deberían tener una infancia feliz y gozar de los derechos y libertades, con el consecuente beneficio personal y social (Preámbulo). Se observa una particularidad en esta época, y consiste en que el énfasis está en las acciones de índole asistencial con base en la representación social del menor como objeto de atención. Finalmente, a partir de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (en adelante, CIDN) de 1989 -adoptada en Colombia con la Ley 12 de 1991-, se culmina un esfuerzo internacional de muchos años para reconocer a la niñez como sujeto de derechos y, además, para lograr que este reconocimiento tuviera la fuerza de una ley internacional obligatoria.

Entre los aportes más relevantes que ofrece la CIDN para el reconocimiento del niño(a) como sujeto de derechos, se encuentra la ratificación del interés superior del niño, la no discriminación del niño(a) asociada a razones personales ni de los padres o de los representantes legales y, por último, la exigencia de que la efectividad de sus derechos se tenga presente al adoptar las medidas

administrativas, legislativas o de otra índole, incluyendo las medidas exigidas dentro del marco del derecho internacional (ONU, 1989, art.2, art.3, art.4). En cuanto al ASI, establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas que sean necesarias para protegerlos (ONU, 1989, art.19 y art.34). A partir de la citada Convención, se convierten los derechos de la niñez en raseros o niveles básicos para medir el progreso de una Nación (Restrepo, 2001).

Veinte años después de la promulgación de la citada Convención, las organizaciones que conforman el Capítulo Latinoamericano y del Caribe, pertenecientes al Movimiento Global por la Infancia, revisaron los progresos logrados hasta el año 2009 en la materia. Se concluyó que se han presentado diversos avances, particularmente en el campo jurídico, así como también progresos en cuanto a la sensibilización sobre la temática de la niñez, pero afirman que, desafortunadamente, todavía hay deficiencias relacionadas con la inversión y las reformas en cuanto a las políticas públicas. Manifestaron preocupación por aquellas situaciones que afectan especialmente a la población infantil más vulnerable (que se encuentra en situación de pobreza y exclusión), como son el ASI, la falta de acceso a la educación y a la salud, entre otros (Unicef, 2009).

Ahora bien, el reconocimiento de la niñez como sujeto de derechos y el énfasis en la responsabilidad del Estado frente a este reconocimiento a partir de la CIDN, conduce a hacer referencia a la Justicia Social, que, como es bien conocido, busca un equilibrio entre los diversos sectores de la sociedad que se encuentran en situaciones de desigualdad, para lo cual es necesario un compromiso estatal que compense o subsane tales situaciones. En su libro *La Frontera de la Justicia* (2007, p. 21), Martha Nussbaum presenta tres problemas de la justicia social, que

en su concepto, aún no han sido resueltos² y para los cuales el Enfoque de las Capacidades que ella plantea, aporta algunas ideas según ella prometedoras. Aunque entre los problemas que plantea no se encuentra específicamente el ASI, es importante reconocer que se trata de una situación que se encuentra asociada con una población en condición de vulnerabilidad frente a la sociedad, lo que se enmarcaría en el primer problema por ella identificado.

Nussbaum (2007, p. 86-90) elaboró una lista de diez (10) capacidades y estableció que para su estudio, se deben tener en cuenta tres aspectos a nivel personal. El primero, es la relación de las capacidades con la dignidad humana, por lo cual se exige que cada persona pueda vivir de acuerdo con esa dignidad y que el Estado deba proteger y garantizar los derechos ciudadanos. El segundo elemento, hace referencia a que cada persona debe ser considerada como un fin y no como un medio para lograr los fines de otras personas y, el último aspecto a tener en cuenta, se relaciona con el umbral de capacidad, por debajo del cual ningún ciudadano se puede desempeñar de manera auténticamente humana. Para Nussbaum, estos aspectos son una meta social en cada Estado y por lo tanto deben ser priorizados en el momento de elaborar e implementar una estrategia dirigida a garantizar los derechos de sus ciudadanos (Nussbaum, 2007, p.83-90).

Las diez (10) Capacidades Humanas Básicas que según Nussbaum debe garantizar la sociedad a sus ciudadanos son las siguientes: la primera capacidad es la *vida*, entendida como la oportunidad para disfrutarla sin necesidad de exponerse a situaciones que desencadenen la muerte en forma prematura; sigue la *salud física*, la cual requiere de la satisfacción de necesidades como la

² El primero se refiere a que las personas que presentan alguna discapacidad física y/o mental no son tratadas en igualdad de condiciones frente a los demás ciudadanos de la sociedad; el segundo problema se refiere a la necesidad de extender la justicia todos los ciudadanos del mundo independiente mente del origen nacional y de nacimiento lo que limita las opciones de vida, y el último problema se refiere al trato que las personas le dan a los animales (Nussbaum, 2007, p. 21-22).

alimentación y la vivienda, entre otras; posteriormente se encuentra la *integridad física*, para lo que es necesario contar con las condiciones y oportunidades que protejan a cada persona de cualquier agresión externa, incluida cualquier forma de agresión sexual; seguidamente se encuentran *los sentidos, la imaginación y el pensamiento*, los cuales se cultivan con la educación y deben usarse de manera auténticamente humana, acorde con las libertades y las elecciones personales, a fin de poder disfrutar de las diferentes experiencias placenteras y evitar los dolores que son no beneficiosos. La lista continúa con las *emociones*, que sirven para establecer relaciones afectivas con diferentes personas experimentando sensaciones de amor, de ansiedad, de tristeza, gratitud, ira, etc. sin que el desarrollo emocional se vea bloqueado por el miedo o la ansiedad; sigue *la razón práctica*, que permite consolidar una concepción del bien y del mal, como también reflexionar sobre los planes de la vida; *la afiliación*, que se relaciona con la posibilidad de vivir con y para los otros, así como establecer las bases sociales del auto respeto y la no humillación en donde cada persona sea tratada como un ser humano digno y en igualdad de condiciones que los demás. Esta capacidad da la posibilidad de imaginar la situación del otro. La lista termina con la interacción respetuosa con otras especies; el juego, como espacio para reír y disfrutar de diferentes actividades recreativas, y por último el control sobre el propio entorno ya sea a nivel político o material. (Nussbaum, 2007, p. 88-89).

2.1.1 El Interés Superior del Niño. Fue reconocido desde 1959 en la Declaración de los Derechos del Niño, época en la cual se limitó su ámbito a la responsabilidad -especialmente de los padres- respecto de la educación y la orientación de los infantes. En esta declaración imperó el concepto del menor entendido como un objeto de cuidado en el contexto de la doctrina de la situación irregular. Posteriormente, a partir de la CIDN de 1989, se cambió dicha forma de

concebir y entender la niñez, y se dio paso a una nueva orientación de los niños(as) como sujetos titulares de derechos en el marco de la doctrina de la protección integral (ONU, 1989, art.3).

Desde el punto de vista legal, debe tenerse presente que en Colombia el Código de la Infancia y la Adolescencia (2006) establece, en el artículo 8°, que “... *entiende por interés superior del niño(a) y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes*”. Por su parte, el artículo 9 consagra la prevalencia de los derechos del niño(a) y adolescente.

Teniendo en cuenta el mencionado contexto, el interés superior del niño exige que todas las personas reconozcan la prevalencia de los derechos de los infantes, frente a todas las decisiones, a los actos y/o a las medidas que se tomen y que los comprometan, sin importar su carácter. Esto significa que se debe asegurar que los derechos de la niñez prevalezcan sobre los derechos de los demás miembros de la sociedad, aunque en determinado momento tales derechos entren en conflicto, situación que se acentúa cuando se comprometen los derechos fundamentales. Por consiguiente, como lo afirma M. Cillero (1998), el interés superior del niño es un principio que se extiende más allá de las autoridades, de las instituciones públicas y privadas, e incluso de los padres, al exigir la obligatoriedad de su cumplimiento, dejando de lado la concepción de que es un acto de bondad por parte del Estado hacia la población infantil.

A este respecto es pertinente tener presente que el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, consagra los derechos fundamentales de los niños, entre otros, los derechos a la vida, la integridad física, la salud, la seguridad social y el derecho a recibir cuidado y amor. Dispone también que la familia, la sociedad y el

Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Igualmente señala que “*Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás*”. También establece que los niños gozarán de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. Por su parte, el artículo 42 reconoce a la familia como el núcleo de la sociedad y establece que debe ser un espacio en donde las relaciones entre sus integrantes se fundamenten en la igualdad de los derechos y deberes, así como en el respeto entre ellos. Indica asimismo que se considera nociva cualquier forma de violencia que se genere al interior de ésta. De la misma manera, el artículo 13 consagra una protección especial para las personas que, por su condición de indefensión o de debilidad, puedan ser víctimas de violencia, abuso o maltrato.

2.2 LA OBSERVACION GENERAL N° 14 Y EL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud ha sido reconocido desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos expedida en el año 1948 (art.25). Se estableció allí que todas las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su salud y su bienestar personal y familiar. En la década de los años sesenta del siglo pasado, se aprobó el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que instituyó el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (ONU, 1966, art.12). Este nuevo concepto permitió entender la salud de una manera más amplia respecto del concepto plasmado por la OMS en 1946, en donde se definió como “un estado de pleno bienestar físico, mental y social” y, por consiguiente, entender que, además de la intervención de un evento que altere el proceso salud-enfermedad, es necesario proveer a todos los individuos de las condiciones necesarias que les permita lograr su sano

desarrollo, así como también brindarles las condiciones necesarias para llevar una vida digna (OMS, 2005, p.9).

Posteriormente, en el año 2000, el artículo 12 del PIDESC fue ampliado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, con la expedición de la Observación General N°.14 (OG-14). A partir de esta observación, se fortaleció el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano, universal, fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos. Como derecho humano, el Estado es el principal responsable de garantizar a sus ciudadanos el pleno ejercicio del derecho a la salud, corrigiendo todas aquellas situaciones que lo puedan poner en riesgo. Como derecho universal, se exige su reconocimiento a toda la población, sin ningún tipo de discriminación asociada a factores personales, sociales, económicos, etc., y como derecho fundamental, se exige incorporar un aspecto valorativo y moral, en virtud del cual se asuma que la salud está estrechamente ligada a la existencia de todos los seres humanos permitiéndoles el desarrollo pleno de todas sus potencialidades y capacidades (Defensoría del Pueblo, 2006).

Desde que se expidió la OG-14, garantizar el derecho a la salud es una forma de contribuir a la construcción de la ciudadanía y al reconocimiento del niño(a) y adolescente, como sujeto de derechos acorde con su dignidad humana, permitiéndole el desarrollo de sus capacidades. Para que lo anterior pueda materializarse se necesita de la interrelación del derecho a la salud con otros derechos, así como también la intervención de diferentes factores socioeconómicos. Garantizar el derecho a la salud, desde la óptica de la citada Observación, exige entre otras cosas, de la implementación de diferentes instrumentos, entre los que se encuentran la formulación de políticas públicas y de programas de salud, así como también la adopción de instrumentos jurídicos (art.1). También estableció que para alcanzar el más alto nivel en materia de salud

son necesarias, entre otras acciones, la interrelación y la interdependencia con otros derechos, como también la corresponsabilidad de los diferentes agentes involucrados con el fin de garantizar las condiciones necesarias para su ejercicio. Todo lo anterior desde un enfoque interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional, siempre garante de los derechos, con el fin de proveer una serie de facilidades, de bienes, servicios y de condiciones necesarios para garantizar el derecho a la salud, como también la asignación de recursos estatales (art.3, art.9). En el artículo 4 se reconoció la importancia de los factores socioeconómicos en la salud, es decir de los DS. La OG-14 precisa que es fundamental proveer a las personas las condiciones para que puedan llevar una vida sana, así como satisfacer todas las necesidades, entre las que se encuentran las de alimentación, vivienda, educación, el agua limpia potable y las condiciones sanitarias. También que para garantizar todo lo anterior, se necesita la realización de actividades direccionadas a nivel personal, familiar y colectivo, con la convergencia de diferentes actores corresponsables.

La OG-14 establece que la garantía del derecho a la salud debe contar con los siguientes cuatro elementos, que se consideran esenciales y se encuentran interrelacionados, a saber: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad del derecho. La disponibilidad es un concepto amplio que se refiere a contar con el recurso humano capacitado y bien remunerado, así como a las condiciones de infraestructura. En cuanto a bienes, servicios, programas de salud, medicamentos esenciales y a los DS de la salud, se considera que éstos deben estar al alcance de todos los ciudadanos de acuerdo con el nivel de desarrollo de cada país. La accesibilidad se analiza desde cuatro dimensiones: la accesibilidad física (alcance geográfico de los servicios y de los determinantes sociales de la salud); la accesibilidad económica (asequibilidad - equidad para establecer los gastos y pagos por concepto de servicios de atención en salud y de los DS), acceso a la información (confidencialidad por parte de las instituciones y derecho

a solicitar, recibir y difundir información e ideas sobre los temas de salud). Asimismo, se encuentra el acceso sin discriminación a los bienes, servicios y establecimientos de salud, para todos los sectores de la población, especialmente los más vulnerables y marginados.

El tercer elemento es la aceptabilidad, que se refiere a las condiciones de respeto de la ética médica así como de la diversidad cultural, de género, de ciclo vital, etc. en los servicios, establecimientos, programas, etc., disponibles para la salud. El último elemento del derecho a la salud es la calidad, concepto bajo el cual se pretende ofrecer un servicio en condiciones apropiadas, tanto desde el punto de vista médico como científico. Es extensivo al recurso humano, a los medicamentos, la tecnología, a los DS de la salud y a las condiciones sanitarias adecuadas.

Es necesario tener en cuenta que desde este enfoque, el derecho a la salud se manifiesta de manera diferente en cada país según el contexto político, social, económico y cultural, a nivel local y regional. Finalmente, es la organización social la que va a determinar el estado de salud o de enfermedad de las personas y de las comunidades, en los diferentes sectores que componen la población. Cada Estado es autónomo para definir las acciones que implementa para garantizar el derecho a la salud teniendo en cuenta sus particularidades (art. 53 y art. 55).

2.2.1 Los Determinantes Sociales (DS). La salud es un concepto que debe ser analizado en concordancia con el enfoque de los derechos humanos y de los DS, ya que estos condicionan las oportunidades de la población, dejando a algunas personas en situación de vulnerabilidad. El término Determinantes Sociales (DS), se comenzó a usar nuevamente a finales de la década de los noventa del siglo anterior, cuando se volvió a considerar que, además de los factores genéticos y

biológicos, de la atención médica y del comportamiento personal en relación con la salud, resulta importante tener en cuenta otras características que están presentes en los espacios en donde se desarrolla la vida diaria, puesto que también influyen en el estado de salud de las personas y de la población (OMS, 2005, p.31).

Los DS de la salud, son definidos como todos los factores sociales, políticos, económicos, culturales o ambientales, que predeterminan el estado de salud de las personas y de las comunidades. Como afirma la OMS, (2005) los DS son consecuencia de la organización social y están asociados a factores que causan las inequidades que en materia de salud existen entre los diferentes países o en el interior de cada uno de ellos. Para la OMS, son la principal pero no la única causa de las desigualdades en salud y reflejan el grado en que los derechos humanos son garantizados al interior de cada país (2005, p.5). No se puede desconocer que los DS están estrechamente relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados en la Cumbre de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas en el 2000 y por la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017³, en donde se afirma que, para proteger a la población más necesitada y que se encuentra en situación de vulnerabilidad, es necesario abordar tales determinantes. En esta agenda se reconoce que los DS no solo deben ser tratados desde el sector de la salud sino que, por el contrario, se requiere que el trabajo de Salud Pública se amplíe desde un enfoque interinstitucional e intersectorial, apoyado en un sistema de vigilancia epidemiológica que incluya variables sociales. En ese contexto, se debe fomentar la seguridad humana y por ende ayudar en la erradicación de diferentes situaciones que la afectan, entre ellas la violencia interpersonal (Agenda de Salud para las Américas, 2007, p.14).

³ Con base en el respeto de los derechos humanos y del reconocimiento de la importancia de los DS de la salud, entre otros, la Agenda se establece como una guía para la orientación de las acciones que lleven a mejorar la salud de la población; se busca que sirva de referencia para la formulación de políticas públicas. (Ministros y Secretarios de Salud de las Américas, 2007)

Según la OMS, los DS de la salud, son los factores estructurales y los intermediarios; todos estos se encuentran en relación con las condiciones de vida que causan las inequidades en salud tanto entre los diferentes países como al interior de estos (OMS, 2009). Entre los factores estructurales se encuentran los aspectos relacionados con el contexto sociopolítico, así como factores económicos, culturales, entre otros, que existen en el interior de un sistema social (nivel local, regional, nacional o global). El resultado de la interacción de los factores enunciados anteriormente, son las condiciones de vida que llevan a una exposición diferencial y a una condición de vulnerabilidad diferente para cada persona, y por lo tanto a unas consecuencias diferenciales en su estado de salud.

2.3 ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

El ASI constituye una forma de maltrato y de violencia sexual, dirigida a la población infantil. Este fenómeno ha existido durante mucho tiempo, pero, desafortunadamente, en muchas ocasiones ha pasado desapercibido y ha estado socialmente oculto, pues se ha caracterizado por ser una temática que ha permanecido al interior de la familia sin visibilizarlo en la esfera pública. Las razones de esta invisibilidad pueden asociarse a diversas causas vinculadas a los padres, al victimario o a las víctimas, o factores sociales, culturales, etc.

Desde el año 1996 la Asamblea Mundial de la Salud vinculada a la OMS, ratificó que la violencia es uno de los principales problemas de Salud Pública a nivel mundial. Se reconoce que este tipo de comportamientos corresponde a eventos que afectan la Salud Pública, debido al impacto que tienen tanto en la vida de la víctima, como en la familia y en la sociedad (Alcaldía Mayor de Bogotá [AMB], 2008, p. 13). La Asamblea también destacó la responsabilidad que tiene el personal que labora en el área de la salud para ayudar a las víctimas, puesto que

en muchos casos son el primer contacto en la identificación de la problemática (OMS y OPS, 2003, p.2).

Como una forma de violencia interpersonal, el ASI se identifica también como una forma de maltrato infantil. Para la OMS, el ASI es definido como la participación de un niño(a) en una actividad sexual que no puede comprender plenamente, a la que no es capaz de dar su consentimiento y para la cual no se encuentra aún preparado dada su etapa de desarrollo. Según la OMS, el ASI se produce entre un niño(a) y un adulto, o un niño(a) y otro niño(a) o adolescente, en donde el victimario debido a su edad o desarrollo o por alguna situación específica se encuentra en una relación de responsabilidad, poder o confianza, y aprovechándose de esta situación busca utilizar a la víctima para su propia gratificación sexual o la de un tercero (OPS, s.d., p.10). Como ya afirmé, el ASI se caracteriza por un desequilibrio de poderes entre la víctima y el victimario (Redondo y Ortiz, 2005), en donde la víctima queda en “situación de indefensión y falta de libertad” (Fundación Plan, 2007, módulo 1, p.14).

Cuando se habla de relaciones sexuales entre adultos, por una parte, y niños (as) y/o adolescentes, por la otra, siempre se hace referencia a ASI, pero respecto a la diferencia de edad que debe existir entre la víctima y el victimario no hay unidad de criterio, lo que no significa que el agresor siempre deba ser un mayor de edad. Cuando el ASI ocurre entre dos niños (as) de edades similares o entre adolescentes, prevalecen los criterios que muestren asimetría en la relación, ya sea por poder, estatus, experiencia, desarrollo o conocimiento (Fundación Plan, 2007, módulo 1, p.14-15). Además de la edad, otros criterios para identificar un caso de ASI son la utilización de la fuerza física, el chantaje emocional y/o el aprovechamiento de condiciones que sitúan a la víctima en condición de desventaja frente al victimario (Fundación Plan, 2007, modulo 1, p.15).

2.3.1 Proceso del ASI. Según Castañeda et al (2003, p. 2) el ASI se caracteriza porque se presenta en forma prolongada en el tiempo. En términos generales se trata de un proceso en el que al principio se da una “*fase inicial o de enganche*” en la cual el abusador propicia un acercamiento a su víctima con el único propósito de ganarse su confianza y cariño. Posteriormente, en la “*fase de continuidad*” el victimario fortalece los acercamientos y las aproximaciones se pueden presentar de manera aparentemente afectuosa o como un “juego” para la víctima. En este momento la víctima puede tratar de evitar el ASI, pero como consecuencia de la amenaza, la presión o el chantaje, cede y continúa manteniendo el secreto. Esta situación se ve favorecida por factores como la edad de la VASI y la confusión que le produce la situación, como también por la relación que existe con el victimario y, en muchos casos, por el entorno familiar de la víctima. Si los acercamientos y las presiones continúan, se puede llegar a la “*fase de evidencia o confirmación*”, que se presenta cuando la víctima informa la situación o cuando el victimario es sorprendido por un tercero. En este momento, se genera una gran tensión e impacto en el entorno familiar de la víctima. El victimario puede negar los hechos, justificándose en situaciones asociadas a su falta de conciencia o de responsabilidad o su desconocimiento respecto de las consecuencias que el ASI produce en la vida personal, familiar y social de la víctima (Fundación Plan, 2007, módulo 1, p.27).

Al estudiar el ASI, no es fácil entender las razones por las cuales las víctimas que pueden de alguna forma expresar lo que están padeciendo, no se defienden ni protestan, y por el contrario mantienen el secreto. Algunas situaciones que llevan a este silencio, pueden estar asociadas a limitaciones del lenguaje para expresar lo vivido, a sentimientos de miedo o vergüenza para contarlo, o a que el adulto no cree en el niño (a) o adolescente. Por esta razón es necesario que la víctima cuente con apoyo por parte de las personas que lo rodean (Morales, García y Blázquez, 2002), con unas fuertes redes de apoyo.

Para entender la problemática relativa al mantenimiento del secreto, además de conocer el proceso del ASI, es útil tener en cuenta el *Síndrome de Acomodación* descrito en 1983 por Ronald Summit, que se compone de cinco fases que se describen a continuación (Redondo y Ortiz, 2005, p.3-16; Fundación Plan, 2007, módulo 1, p.19).

La primera fase conocida como "*impotencia*", se produce después de un tiempo de ocurrido el evento, frente a la imposibilidad de la víctima para evitarlo puesto que sus esfuerzos resultan en vano para cambiar la situación. Posteriormente, continúa la fase de "*mantenimiento del secreto*", que es el resultado de la intimidación y de la amenaza a la que es sometida la víctima para ocultar la situación. Esta circunstancia se ve agravada por el tipo de relación que existe entre la víctima y su agresor, ya que entre más cercana sea, será una experiencia más impactante, y por lo tanto, le resultará más difícil a aquella romper el secreto (Fundación Plan, 2007, módulo 1, p.16) Posteriormente, se presenta una fase de "*desprotección*". Esta fase tiene una relación estrecha con patrones educativos arraigados a nivel cultural, como la obediencia, sin que exista ningún tipo de reconocimiento o de consideración frente a la palabra o a las diferentes manifestaciones que la VASI puede en cierto momento expresar. Socialmente, las "manifestaciones de cariño" pueden ser aceptadas, e incluso reforzadas, por la creencia de que el adulto siempre tiene la razón. La penúltima fase, de "*entrapamiento y acomodación*" se manifiesta cuando el abuso se prolonga en el tiempo y la víctima asume el papel de "*pareja*" del agresor. Finalmente, se dan las "*revelaciones retrasadas y escasamente convincentes o la fase del descubrimiento*", cuando la víctima cuenta su situación o reproduce alguna conducta sexual que es impropia para su edad. Frente a esta situación o a otro indicio, la VASI se puede ver obligada a revelar lo que sucede.

2.3.2 Formas de expresión del ASI. El ASI se puede expresar o materializar de diversas maneras. Las más frecuentes son las siguientes:

Abuso sexual sin contacto físico: se refiere a todas las conductas que se reproducen frente al niño(a) y adolescente, como son, por ejemplo, el exhibicionismo y la masturbación, y puede incluir acciones tales como, enseñar o reproducir material pornográfico con él, o hacerle llamadas o comentarios que tengan un mensaje seductor o sexualmente explícito.

Abuso Sexual con contacto físico: esta forma de abuso involucra el contacto físico con alguna parte del cuerpo del adulto (p.ej., la boca, los genitales, etc.). Se puede presentar acceso carnal sin hacer uso de la violencia o de la intimidación hacia la víctima, aunque esto no significa que ella consienta en su realización. Algunos ejemplos son la penetración vaginal, oral y/o anal y las caricias, entre otras.

Agresión sexual: en esta manifestación del ASI el contacto físico se obtiene usando la violencia o la intimidación en contra de la víctima.

2.3.3 Factores asociados al ASI. Entre los factores asociados al ASI, se encuentran los factores protectores y los factores de riesgo, que se presentan a continuación.

2.3.3.1 Factores protectores. Se refieren a los aspectos presentes en cada individuo, en la familia y en la comunidad, que fortalecen la capacidad de respuesta con el fin de prevenir y/o disminuir el riesgo de que el ASI ocurra. Tanto para los formuladores de políticas públicas como para los trabajadores de la salud, es necesario conocer dichos factores con el objeto de fortalecerlos con las

diferentes acciones que se implementan en los espacios en los que crecen y se desarrollan los niños (as) y adolescentes.

A continuación se enuncian algunos factores protectores de acuerdo con el planteamiento de la Fundación Plan (2007). Se debe tener en cuenta que por cada factor de riesgo asociado al ASI, existe un factor que se debe fortalecer. A nivel personal, los niños(as) y adolescentes deben contar con una alta autoestima y un sentimiento fuerte de amor propio, aspectos que son considerados como el primer paso para defenderse y poner en práctica su auto-cuidado. Respecto a sus relaciones interpersonales y familiares, el niño(a) y adolescente, están defendidos cuando el adulto que los protege ejerce su rol protector, así como cuando desarrolla y le ayuda a desarrollar la empatía, entendida como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de conectarse emocionalmente con él, entendiendo su experiencia y su posibilidad de expresar sus sentimientos y su sufrimiento. Igualmente es necesario contar con la disponibilidad de redes de apoyo a nivel personal y familiar, así como una adecuada educación sexual que incluya el tema del ASI (Fundación Plan, 2007, módulo 3, p. 28-31).

Las relaciones intrafamiliares protectoras son aquellas que se caracterizan por el amor incondicional, por la cercanía, la seguridad y la confianza, y en donde priman excelentes canales de comunicación. Una familia en la que a cada integrante se le reconoce como un ser humano con derechos, en donde se satisface la necesidad de sentirse acompañado, apoyado y escuchado, pero que además es una familia en la que se cree en la palabra de sus integrantes, se convierte en un factor protector para cada uno de ellos. Esto no significa que se deje de lado la disciplina, sino que es importante que las familias interioricen que los controles y las correcciones se deben ejercer sin violencia, lo que implica trabajar en la construcción de diferentes formas de solución de conflictos.

A nivel de la sociedad, es necesario que las familias cuenten con los recursos para satisfacer sus necesidades, así como también es necesario que se les concientice y fortalezca en su responsabilidad frente a la infancia y la adolescencia, a creer en ellos y a anteponer el interés superior del niño, antes de cualquier interés diverso.

2.3.3.2 Factores de riesgo. Leonardo Rodríguez (2003, p.3) los clasifica, dependiendo de si se encuentran asociados a las características personales y culturales de la víctima, de sus padres o cuidadores y del agresor, así como también a las relaciones intrafamiliares y a las que se dan entre el agresor y su víctima. Otras causas se relacionan con los DS existentes en el contexto dentro del cual crece y se desarrolla la vida cotidiana tanto de la víctima y, de su familia, como la del victimario.

En cuanto a los factores personales de la víctima, se debe señalar que se trata de una problemática que se relaciona principalmente con el sexo femenino, lo que refleja un tipo de violencia con un componente de transmisión de dominación hacia este género (Urrego, 2007, p.40). En cuanto a la edad, el ASI puede presentarse con víctimas de diferentes grupos etarios, pero se relaciona con características propias de la infancia, como son la dependencia hacia sus padres o cuidadores, factor que se potencializa cuando la víctima se encuentra en condiciones de sometimiento asociado a una discapacidad física, mental y/o social (Redondo y Ortiz, 2005, p.6). También son factores de riesgo, el desconocimiento de la problemática y de la forma de evitarlo, así como la exposición temprana a las conductas sexuales. Es importante tener en cuenta que los agresores prefieren personas con carencias afectivas, quienes, por su carácter dócil, no oponen resistencia, pero que además no van a revelar el secreto fácilmente. También prefieren niños(as) o adolescentes que dicen mentiras frecuentemente, o también a aquellos que se encuentren solos y desatendidos temporalmente. Para Redondo

y Ortiz (2005, p.6), las condiciones de aislamiento descritas anteriormente, más que un factor de riesgo, son una consecuencia.

En cuanto a los factores familiares, es pertinente indicar que el ASI se asocia, principalmente, a la presencia de una persona de sexo masculino en la familia sin que exista un vínculo biológico con los miembros de ésta. También a inadecuadas relaciones intrafamiliares caracterizadas por un escaso vínculo afectivo entre padres e hijos y/o de la pareja, y a familias autoritarias en las que impera el machismo, con poca claridad en las normas, especialmente las relacionadas con las conductas sexuales. Otros factores son la falta del padre, la madre o de un adulto protector, situación que, generalmente, está asociada a historias familiares complejas, familias con inadecuadas e inequitativas relaciones entre sus miembros en donde impera el abuso del poder. Asimismo, el uso de incorrectos canales de comunicación e inadecuadas formas de resolver conflictos, la ausencia de formas de expresión de sentimientos positivos hacia sus integrantes y la falta de reconocimiento de la palabra del niño(a) y adolescente. Además de lo anterior, el ASI se relaciona con conductas asociadas a la cultura del silencio de las madres por el temor al abandono, a la pérdida del apoyo económico, es decir, por dependencia económica o psicológica, o al sentimiento de incapacidad de educar sola a un hijo(a). Los anteriores son factores que conducen a que algunas madres asuman comportamientos de pasividad o de sumisión ante el agresor.

Respecto a los factores de riesgo asociados con el agresor, se encuentran los antecedentes de maltrato o de ASI en el victimario, como también un pensamiento distorsionado ante esta situación y sus consecuencias. Características personales como una baja autoestima, dificultad para ponerse en el lugar del otro, como también poca capacidad para relacionarse. Otros factores están referidos a trastornos físicos o psicológicos a partir de los cuales se genera un comportamiento inadecuado. El victimario se puede caracterizar por ser una

persona que tiene dificultad para expresar sus sentimientos hacia las personas cercanas, como su pareja y sus hijos, y aunque aparentemente puede llevar una vida sexual activa y satisfactoria con personas adultas, cuando esta relación se altera busca como alternativa la satisfacción sexual con niños(as) o adolescentes, con quienes anteriormente ha tenido fantasías sexuales. Otras características que Redondo y Ortiz (2005) reseñan son la falta de empatía por los niños(as), la falta de conciencia frente a sus comportamientos inadecuados, que considera aceptables, porque él cree que no les hace daño a las víctimas. Factores que propician la “oportunidad” son el uso de sustancias psicoactivas y del alcohol, el estrés agudo derivado de factores personales y sociales, la pornografía infantil asociada al estímulo que produce, así como por la validación de los comportamientos sexuales.

Rodríguez (2003, p. 59) describe un perfil característico del abusador pasivo y del activo. El primero se presenta frente a los niños(as) o adolescentes con un mensaje de dulzura, de ternura, de sumisión, etc., manifestándoles el deseo de protegerlos. En contraste, el abusador activo se caracteriza por el uso de la agresividad o de alguna manifestación de violencia física, psicológica y/o verbal, así como por un comportamiento osado, exigiéndole a la víctima su participación. En muchos casos le ofrece regalos o dinero a cambio de su comportamiento y de su silencio.

Finalmente, respecto a los aspectos asociados al contexto de los niños(as) y adolescentes, se considera que son factores que predisponen al ASI los mensajes que se transmiten por los medios de comunicación en los que se sobrevalora el cuerpo de la mujer, exaltando ciertas características estéticas femeninas, y la utilización de la pornografía infantil a la que cada día es más fácil acceder. Se hace referencia, igualmente, a las condiciones de pobreza, de necesidades

básicas insatisfechas, de desempleo, así como también de hacinamiento en las que conviven los integrantes de muchas familias.

2.3.4 Manifestaciones del ASI. El ASI se puede manifestar en diversas esferas, tanto a nivel físico como a nivel de cambios en el comportamiento de las VASI asociado o no a conductas sexuales.

Según un estudio realizado a partir de las publicaciones efectuadas entre los años 1999 y 2009, sobre evidencias físicas que deja el ASI, se concluye que estas evidencias no son muy claras y mucho menos cuando la víctima no ha sido expuesta a contacto físico con su victimario (Pereda, 2010). A pesar de esto, algunas manifestaciones que se pueden observar son lesiones evidentes en el cuello, la boca, los senos, muslos, etc. En un examen médico más detallado, se pueden ver signos de desgarros o laceraciones a nivel orofacial, vaginal o anal, presencia de hemorragia, hematomas e irritación genital. Además de lo anterior, también se pueden observar signos de infección y flujo vaginal, así como molestias o dolores que pueden impedir a la víctima realizar actividades cotidianas como caminar o sentarse con facilidad, así como manifestaciones de alguna infección urinaria o de una enfermedad de transmisión sexual o VIH. En algunos casos, se puede presentar pérdida del control de esfínteres o dificultad para defecar. También se pueden evidenciar signos de embarazo. La familia o la víctima pueden manifestar que hay antecedentes de estreñimiento, manchado fecal, infecciones del tracto urinario, migraña, o asma emocional.

En cuanto a las conductas no sexuales, éstas se pueden manifestar de acuerdo con la edad de la víctima, por ejemplo en los niños(as) pequeños se puede evidenciar algún tipo de retraso en su desarrollo, como en el control de esfínteres. A medida que la víctima crece, pueden observarse conductas diferentes como una

limpieza compulsiva, manifestaciones de agresión hacia los padres, rabietas o, problemas de sueño. También se pueden observar cambios en la forma de vestir con manifestaciones pseudoadultas, relaciones difíciles con los “pares” de su edad, mentiras evidentes, cambios de humor repentinos, abuso de sustancias adictivas o alcohol, conductas auto-lesivas o la asunción de papel maternal. La víctima puede tener manifestaciones de tristeza permanente, y apatía por diferentes actividades, así como también molestia en regresar a su casa después de la jornada escolar o por ir a un sitio específico.

Otras manifestaciones que se pueden observar en la víctima son conductas agresivas asociadas a cambios bruscos de comportamiento, temor, desconfianza general, actitudes de franco sometimiento, desordenes del apetito (p.ej. anorexia o bulimia), etc. Se pueden ver signos de depresión, de ansiedad y conductas de aislamiento, al igual que sentimientos de culpa y vergüenza, y dificultades en el aprendizaje. Además, la víctima puede tener sensación de traición, de inseguridad, de dolor, y de sufrimiento. Las víctimas pueden manifestar dificultades sociales, regresiones a conductas infantiles, miedo repentino de ir al baño, como también sentimientos de rechazo o atracción exagerada por el sexo opuesto. Comienzan a dar indicios de esconder un secreto. Todos estos sentimientos y manifestaciones se acrecientan, en la medida en que sea más cercana la relación entre la víctima y el victimario, así como también en los casos en que, como consecuencia del evento la víctima es separada de su familia.

Las conductas sexuales que se puede observar en la víctima son manifestaciones eróticas impropias para su edad durante la realización de actividades cotidianas (p.ej. durante el juego), como por ejemplo la masturbación compulsiva, las caricias genitales o manifestaciones de conductas sexuales seductoras, así como diferentes afirmaciones que ponen de manifiesto un conocimiento y una curiosidad sexual exagerada que se pueden evidenciar también por el uso de un lenguaje

erótico o sexualmente explícito (Redondo y Ortiz, 2005, p.7). Otras expresiones son la realización de dibujos sexualizados, las aproximaciones sexuales a los adultos y, en la medida en que crecen, se puede observar el mantenimiento de relaciones promiscuas, así como la solicitud de información sobre anticoncepción sin dar mayores explicaciones.

2.3.5 Consecuencias del ASI. Como es sabido, el ASI es una problemática que afecta la salud física y mental de las víctimas, dejando en ellas secuelas en diferentes esferas de su desarrollo, las cuales se pueden manifestar a corto o a largo plazo, durante el trascurso de su vida, las cuales, además de perjudicar la esfera privada de la víctima y de su familia, también producen efectos en la sociedad en general, al promover y fomentar la transmisión cultural del abuso como forma de convivencia.

Las consecuencias que el ASI deja en sus víctimas, dependen de diferentes factores asociados al evento, como son el número de abusadores, el tiempo de exposición de la víctima al abuso (p.ej. ocasional o frecuente) y la intensidad del mismo. Lo anterior se encuentra en estrecha relación con el tipo de abuso y el uso o no de violencia física. Otros factores muy importantes que condicionan las secuelas son la edad del agresor y de la víctima, la relación o el vínculo que previamente haya existido entre ellos, las características personales de cada uno, así como los apoyos a nivel familiar y social con los que cuentan las víctimas.

Respecto de las consecuencias, estas se pueden manifestar a nivel social o a nivel personal. Socialmente la principal secuela que deja el ASI es que atenta contra la estabilidad de la colectividad al promover y generar nuevos círculos de violencia (Rodríguez C, 2003, p.58). Es decir fomentan la transmisión cultural del

abuso como forma de convivencia, vulnerando así las condiciones necesarias e ideales para que los niños(as) puedan crecer y desarrollarse sanamente.

Además de lo anterior, no se puede desconocer que, en el plano personal, el ASI deja una sociedad compuesta por adultos que en algún momento de su existencia pueden tener complicaciones en diferentes esferas de su vida asociadas al evento.

A corto o a largo plazo, una persona que ha sido VASI puede comenzar a tener diferentes manifestaciones. Pereda (2010) afirma que algunos estudios han mostrado que los adultos que fueron VASI pueden ser personas que tienen un estado de salud más deteriorado respecto de personas que no fueron víctimas de esta situación, así como también se deteriora en mayor medida su calidad de vida. Para Pereda la sintomatología puede disminuir un poco si la persona cuenta con un apoyo permanente, especialmente si es el de su pareja. Entre las consecuencias que se pueden observar se encuentran dolores físicos crónicos y manifestaciones de fatiga crónica idiopática, crisis no epilépticas, que están asociadas a vivencias anteriores y no a cambios en el cerebro. Trastornos como el idiopático, definido como la presencia de diferentes signos físicos somáticos que no tienen una explicación asociada a alguna enfermedad pero que requieren de un tratamiento médico, o el trastorno de conversión, en donde el adulto tiene algún tipo de alteraciones a nivel motor o sensorial. Otras consecuencias físicas que Pereda relaciona en su estudio (2010) son el aumento del riesgo cardiovascular (es importante recordar que las mujeres tienen una protección cardiovascular mayor que el hombre), alteraciones ginecológicas manifestadas en dolores pélvicos, alteraciones del ciclo menstrual y un inicio prematuro de la menopausia.

Desde el punto de vista conductual, quienes han sido VASI pueden ser posteriormente personas que consumen sustancias psicoactivas, tienen bajo

rendimiento académico, así como manifestaciones de algunas conductas autolesivas, como las ideas o intentos de suicidio, evidenciándose en ellos cortes y quemaduras en muñecas y brazos. También pueden verse conductas de hiperactividad e intentos de fuga del hogar, trastornos en el comportamiento alimenticio asociado a anorexia o bulimia (Pereda, 2010). Emocionalmente, son personas que presentan una baja autoestima, depresión, aislamiento y rechazo a su entorno familiar. Se observa también un déficit en las habilidades sociales que se pueden evidenciar por la retracción social y las conductas antisociales. Otras secuelas pueden ser manifestaciones de inseguridad, sentimientos de culpabilidad por todo lo que sucede a su alrededor, sensación de impotencia, de ansiedad o dificultad para expresar sus sentimientos. Socialmente, se les dificulta establecer relaciones interpersonales, incluso con sus familiares cercanos, por lo que se aíslan poniéndose en riesgo de sufrir una re-victimización, un acceso carnal violento o de entrar al mundo de la prostitución. Sexualmente, se pueden manifestar problemas de comportamientos sexuales impropios para la edad y problemas de identificación sexual, fobias, disfunción y desmotivación sexual. Otras conductas sexuales son el inicio temprano de la vida sexual, conductas sexuales promiscuas, tendencia a tener experiencias negativas frente al embarazo y a tener relaciones sexuales sin protección (Pereda, 2010).

2.3.6 Respuestas institucionales ante el ASI. Desde el punto de vista regulatorio e institucional son diversas las respuestas que el Estado ha dado a la problemática del ASI. Tales instrumentos se plantean en variados escenarios, de la misma forma como el ASI también repercute en diversos aspectos de la vida de las personas que resultan involucradas en el mismo. A continuación, se describen brevemente los principales mecanismos institucionales establecidos para enfrentar el fenómeno del ASI.

2.3.6.1 Sector Salud.

• **Ley 100 de 1993:** Como es bien conocido, esta importante regulación de la seguridad social en materia de salud estableció, entre otras cosas, el régimen contributivo y el régimen subsidiado y los vinculados al sistema. En cuanto a los planes de beneficios, se definieron el Plan de Atención Básica (PAB) en Salud, que posteriormente fue reemplazado por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS) para cada régimen de afiliación. El POS se refiere a las actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos básicos, que son necesarios en las diferentes etapas del proceso salud-enfermedad. Respecto a la cobertura del POS, la **Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional**, exige que se igualen los beneficios que ofrece el POS para los niños (as) y adolescentes afiliados tanto al régimen subsidiado como contributivo. Esta sentencia, siguiendo la línea de la OG-14, señala que el derecho a la salud, a pesar de ser reconocido como un derecho social, puede ser considerado como un derecho fundamental autónomo por encontrarse en conexidad con el derecho a la vida, razón por la cual se trata de un derecho de aplicación inmediata, necesario, imprescindible y básico para el ejercicio de los demás derechos. Es un derecho inalienable, irrenunciable e intransferible. La ley 100 de 1993 fue reformada por la Ley 1122 de 2007 que establece el Plan Nacional de Salud Pública.

• **Resolución 412 de 2000:** Se adoptan las guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en Salud Pública, destacándose los asuntos en los que se involucre a la mujer o a un menor maltratado. Obliga a cada IPS, a disponer de los elementos necesarios para la toma de las muestras, que se convierten en evidencias para la cadena de custodia. Estas actividades no deben tener copagos ni cuotas moderadoras.

- **Plan Nacional de Salud Pública** (Decreto 3039 de 2007): este plan específico del sector salud se instaura a partir de la Ley 1122 de 2007, y debe ir articulado a los planes generales de desarrollo. Para el cuatrienio 2007-2010 reconoce la violencia sexual como un problema de gran magnitud para el país, con una tasa nacional de notificación de 184 casos por cada cien mil habitantes en mujeres entre los 10 y 25 años de edad. Integra el enfoque poblacional, el enfoque de los determinantes y el de gestión social del riesgo. El enfoque poblacional se refiere a las intervenciones en salud individual o colectiva, que busca modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, los cuales incrementan la carga de morbilidad, de mortalidad y de discapacidad. El enfoque de los determinantes se refiere al conjunto de factores que inciden en la salud de las personas y las poblaciones. Según este enfoque el resultado de salud de los individuos, de los grupos y de las colectividades depende de la interacción de cuatro grupos de factores que son los ambientales, los de comportamiento humano, la herencia y las respuestas de los servicios de salud. Con este abordaje se pretende intervenir los determinantes que son modificables. Finalmente, el enfoque de gestión social del riesgo pretende identificar y modificar los riesgos en cada población específica, con el propósito de evitar los desenlaces fatales, puesto que muchos eventos de salud no ocurren al azar sino que por el contrario son predecibles y a la vez son modificables por medio de las acciones de los actores tanto de sector de la salud como de la comunidad. Cada ente territorial debe formular y aprobar su Plan de Salud Territorial, el cual debe diseñarse de acuerdo con el perfil de salud territorial y debe incluir las acciones del PIC y las acciones previstas en el POS.

- **Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012:** Reconoce que uno de los principales problemas de Salud Pública que afecta la población infantil, es la violencia intrafamiliar. En cuanto a los jóvenes dicho plan también se refiere a la violencia relacionándola con la asimetría de poder y sostiene que este grupo

poblacional está siendo expuesto de manera temprana a conductas sexuales, así como al consumo de sustancias psicoactivas, entre otras situaciones adversas. El plan busca responder a las necesidades de la población de la ciudad de Bogotá con el fin de sus mejorar las condiciones de salud, su calidad de vida⁴ y su bienestar. Señala que a través de la garantía del derecho a la salud se busca *“...que las personas se encuentren bien donde viven, que accedan a los servicios que necesitan, se desempeñan en las actividades que prefieran y, en consecuencia, alcancen el desarrollo pleno de su autonomía y dignidad, es decir, satisfechos con la realización cotidiana de su proyecto vital y con expresiones diferenciales acordes a las condiciones de género, etnia, clase social, territorio, capacidades y habilidades”* (SDS, 2008, p.10). Entre sus objetivos se encuentran los siguientes: afectar de manera positiva los DS de la calidad de vida y la salud de los habitantes de la ciudad, desarrollar un modelo de atención integral que responda a la diversidad étnica, cultural y de género, promover la autonomía para el ejercicio del derecho a la salud y la calidad de vida, fortalecer el desarrollo institucional y sectorial para transformar las condiciones de calidad de vida de la población y desarrollar un modelo de aseguramiento en la ciudad. A nivel de Salud Pública, su eje de acción es el PIC.

- **Plan de Intervenciones Colectivas (PIC):** se debe formular en coherencia con los perfiles de salud de Bogotá, y es el instrumento que permite viabilizar la política distrital a partir del reconocimiento de las necesidades sociales presentes en los diferentes territorios y en las poblaciones de cada localidad de la ciudad. Entre sus objetivos está la movilización de diferentes actores y sectores, con el fin de desarrollar actividades tanto a nivel individual como colectivo, con el propósito

⁴ La calidad de vida se define como el bienestar, felicidad y satisfacción de las personas, condiciones vinculadas con la capacidad de actuar, de funcionar o sencillamente con la sensación positiva de la vida. A nivel individual, la calidad de vida se interpreta como la autonomía, es decir, como la capacidad de cada uno de tomar decisiones sobre sí y por sí mismo, desde el punto de vista funcional, social, económico y político. Es el ejercicio de la libertad y la autodeterminación de las personas que permite reconocer en cada uno el sujeto actuante que es, con todas las capacidades disponibles (Plan Distrital de Salud, 2008.p.16-17).

de mejorar la calidad de vida y la salud de las personas de Bogotá. Para lograr lo anterior, hace énfasis en las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades que están definidas en el Plan de Salud del Distrito, en la prevención y el control de los eventos prioritarios a través de la vigilancia en salud pública, y por último pretende orientar la formulación, implementación y evaluación de las políticas en salud pública. Las Empresas Sociales del Estado (ESE) son las entidades responsables de su ejecución a través de tres componentes, que son: la Gestión Local de la Salud Pública, la operación de las acciones en los Ámbitos de Vida Cotidiana y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica. La gestión local de la Salud Pública es la Unidad responsable de generar las respuestas integrales a las necesidades sociales de cada localidad, en articulación con otros sectores afectando de manera positiva los DS. En cuanto a los Ámbitos de Vida Cotidiana, se refiere a los diferentes espacios en los que transcurre la vida diaria de las personas, en los cuales se desarrollan y se entretienen sus relaciones. La Secretaría Distrital de Salud (SDS) estableció el Ámbito Escolar, Familiar, Comunitario, Laboral y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Finalmente, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, se fundamenta en la notificación de los eventos de Salud Pública tanto a nivel local como distrital, sirve de apoyo para la identificación y medición de las brechas y desigualdades evitables en salud. Requiere del fortalecimiento del sistema de información y de las habilidades necesarias a fin de utilizar la información para orientar las acciones (SDS, 2009, p.74, 75, 87, 88).

- **Acuerdo 406 de 2009 del Concejo de Bogotá:** Fortalece la atención terapéutica para las VASI, a través de un plan de trabajo individual y familiar, que incluye psicoterapia individual, psicoterapia familiar y visitas domiciliarias.
- **Ley 1438 de 2011.** Pretende el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio

público en salud en el marco de la Atención Primaria en Salud. Unifica los beneficios del POS para los afiliados del sistema contributivo y subsidiado.

2.3.6.2 Protección de la niñez y la adolescencia

- **Plan Decenal de Educación 2006-2016 y Plan Nacional de Educación:** reconocen la importancia de trabajar en la prevención de cualquier forma de violencia y de abuso en contra de la población infantil y la promoción del Buen Trato (Ministerio de Educación Nacional, 2011).
- **Ley 1098 de 2006:** Se trata del Código de la Infancia y la Adolescencia. Respecto del ASI estableció la prohibición de realizar cualquier acto sexual frente a, o con el niño(a) o adolescente (art. 39), la prevención y atención de la violencia sexual y la promoción de sus derechos sexuales y reproductivos (art.41), la identificación oportuna de los casos de ASI en las Instituciones educativas (art.44), y la obligación de ofrecer la capacitación que sea necesaria en cuanto a dicha temática (art.46). En el artículo 48, posteriormente reglamentado por el Decreto 2200 de 2007, se exigía que en caso de una sentencia judicial por ASI, se debía hacer publicidad de esta condena por la televisión. Sin embargo, la **Sentencia C-61 de 2008** de la Corte Constitucional declaró inexecutable este artículo de la Ley 1098 de 2006, con fundamento en que no es un mecanismo que proteja eficazmente la niñez, sino que eventualmente podría poner en riesgo tanto a la víctima, como al victimario, y también a sus familias y allegados.
- **Política Pública por la Calidad de Vida de Niños (as) y adolescentes de Bogotá:** política iniciada en la anterior administración de la Capital, que fue ratificada en el actual plan de desarrollo. Busca dar respuesta integral a situaciones que se consideran “intolerables”, que afectan a la población infantil y

adolescente de la ciudad de Bogotá, entre las cuales se encuentra el ASI (AMB, 2004).

- **Línea 106:** establecida por la Secretaria Distrital de Salud (en adelante SDS) para realizar acciones dirigidas a la promoción de la salud. Involucra a los diferentes actores principales de la vida de los niños(as) y su objetivo es: *“Brindar un espacio de comunicación telefónica a niños (as) y adolescentes... que propenda por el fortalecimiento de factores protectores, con el fin de promover el buen trato y [la] salud mental, bajo el enfoque promocional de calidad de vida, la perspectiva de derecho, genero y equidad”* (AMB, 2006). En el año 2009, cuando se cumplieron doce (12) años de su funcionamiento, se encontró que, entre las principales causas por las que consultan los niños(as) y adolescentes, se encuentran, entre otras, las inquietudes relacionadas con la sexualidad y la soledad en que viven, los conflictos familiares y las situaciones de violencia (AMB, 2009).
- **Política Social para Bogotá 2004-2014:** busca generar condiciones en los diferentes ámbitos, para mejorar la calidad de vida, como también la riqueza colectiva y la competitividad de Bogotá y de sus habitantes. Pretende propiciar un espacio para el ejercicio de los derechos, en especial de la población que se encuentra en situación de vulnerabilidad y riesgo social (AMB, 2003).
- **Política Pública de Juventud para Bogotá 2006-2016:** bajo un enfoque de garantía de derechos, busca la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de cualquier forma de violencia que altere su salud mental (AMB, 2006, p. 5-11).
- **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva:** reconoce la relación entre la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Establece que a las

víctimas de violencia sexual se les debe garantizar la atención integral, es decir contar con los sistemas de referencia, de asesoría y de información, así como con un sistema de vigilancia epidemiológica que permita conocer realmente la problemática. Afirma que es necesario desarrollar estrategias dirigidas a la prevención, la detección temprana y la promoción de los factores protectores. (Colombia, 2003, p.47).

2.3.6.3 Violencia intrafamiliar

- **Ley 294 de 1996:** desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y regula el tema relacionado a la violencia intrafamiliar. No hace una referencia específica respecto al ASI. Delega a la Policía Nacional la asistencia en cuanto a orientación y protección de las víctimas de violencia intrafamiliar (Art. 20). Esta Ley fue reformada por la **Ley 575 de 2000** que establece el procedimiento a seguir una vez se identifique un caso de violencia en el entorno familiar. Involucra a las Comisarias de Familia en este procedimiento, como institución receptora de las denuncias de los casos de ASI, cuando el agresor sea miembro del grupo familiar o cuando la víctima sea menor de 12 años. Cuando la víctima acude sin acompañantes, se le recibe una exposición sin juramento en presencia del defensor de familia o un delegado de la Procuraduría General de la Nación. En los casos en que el victimario sea un menor de 12 años no se recibe denuncia sino que el caso se remite directamente al ICBF.
- **Política Nacional para la Construcción de Paz y Convivencia Familiar – Haz Paz (2002):** su propósito es prevenir y atender la violencia intrafamiliar, lo cual abarca el ASI. Busca transmitir principios y valores democráticos y de convivencia, como también dotar a la sociedad de los instrumentos necesarios para lograr resolver los conflictos de manera pacífica. Es una política orientada a nivel individual, familiar y comunitario.

- **Acuerdo 152 de 2005:** Adopta las medidas para la atención integral de víctimas de violencia intrafamiliar, violencia y explotación sexual.
- **Acuerdo 155 de 2005:** Crea el Programa de seguimiento y apoyo a familias afectadas por violencia intrafamiliar, PARVIF. Se implementa a nivel de las Comisarías de Familia, por medio de la atención integral a las víctimas de violencia intrafamiliar y violencia y explotación sexual.
- **Red del Buen Trato:** pretende dar una respuesta de manera integral, a nivel intersectorial e interinstitucional, a la problemática de la violencia intrafamiliar a fin de establecer una relación armónica, y mediante la solidaridad, la amabilidad y la equidad propiciar el manejo pacífico de los conflictos al interior de la familia y la comunidad (Hospital de Engativá [HE], 2005). El acuerdo 329 de 2008 estableció la Semana del Buen Trato en Bogotá.
- **Ley 1146 de 2007:** establece las normas en cuanto a la prevención de la violencia sexual y la atención integral de las víctimas desde el sector de la salud, el escolar y la participación ciudadana. Consagra la obligación para las IPS públicas y privadas, de prestar la atención integral en casos de ASI a nivel médico de urgencias, y a través de los restantes profesionales o especialistas que se requieran (Art. 9). Dispone que el ICBF es la entidad responsable de acoger en sus instituciones de protección (o en las que contrate para tal efecto) a las VASI, y señala que dicha entidad deberá tomar las medidas que sean necesarias para que la condición emocional y psicológica de la víctima no se vea deteriorada (Art. 16). Las sanciones derivadas del incumplimiento del artículo 9° de la mencionada Ley se desarrollan en la **Resolución 1776 de 2008**, siguiendo los lineamientos establecidos en la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, en los que, como ya se planteó anteriormente, se establece que el derecho a la salud debe

ser un derecho de aplicación inmediata, necesario, imprescindible y básico para el ejercicio de los demás derechos.

2.3.6.4 Régimen de los delitos sexuales

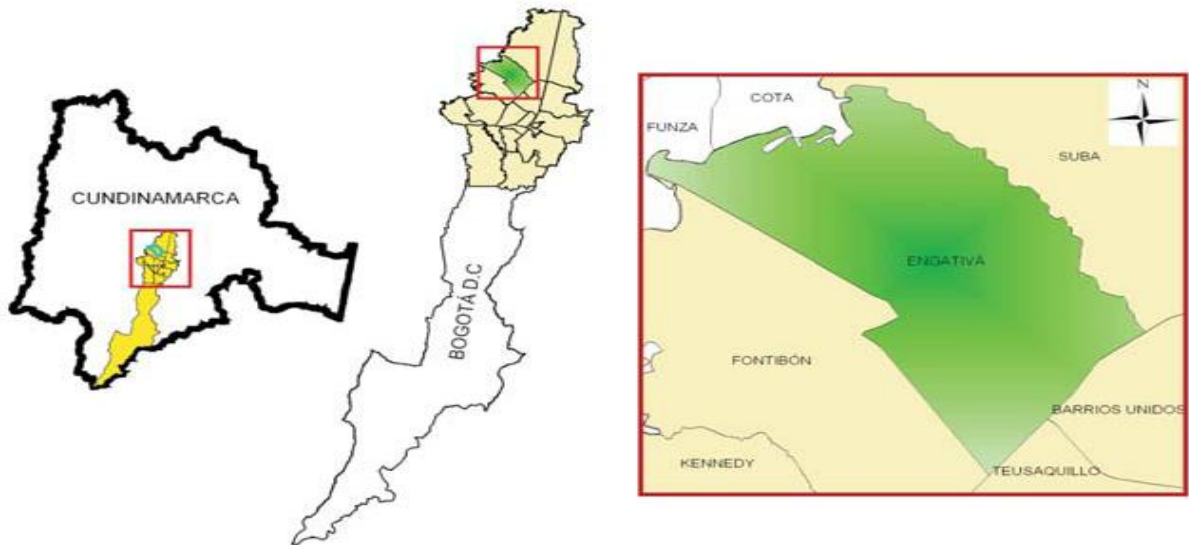
- **Código Penal Colombiano** (Ley 360 de 1997, Ley 599 de 2000, modificadas por la Ley 1236 de 2008): la normatividad establece que ciertas conductas que atentan contra “la libertad, integridad y formación sexuales” tendrán penas de prisión de diversa magnitud dependiendo del tipo de delito (violación o actos sexuales abusivos, por ejemplo). Para los casos de ASI, se establecen penas de prisión que pueden oscilar entre los 12 y los 20 años. La circunstancia de que esas conductas se realicen con una persona menor de 14 años o en situación de vulnerabilidad o indefensión, conduce a que la pena se aumente.
- **Ley 906 de 2004:** a través de esta ley se promulgó el Código de Procedimiento Penal y en él se instituye la Ruta de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales (Anexo A), con el fin de lograr la articulación de los diferentes sectores corresponsables a partir de la identificación de la víctima. Las etapas muestran el acompañamiento a la víctima ante las autoridades o instancias competentes. Busca la garantía de los derechos establecidos por la ley para las víctimas y para la instauración de la denuncia ante las autoridades competentes.
- **Referendo Reforma Constitucional de 2008:** la Senadora Gilma Jiménez promueve desde el año 2008 un Referendo Constitucional que busca modificar el artículo 34 de la Constitución Nacional, en el cual se prohíbe la cadena perpetua, y su objetivo es consagrar este tipo de pena (prisión perpetua) para los delitos sexuales con menores de edad. Después del trámite correspondiente en la Cámara de Representantes y en el Senado de la República, la ley aprobada para

convocar el referendo, -Ley 1327 del 15 de julio de 2009- fue declarada inexecutable el 25 de mayo de 2010 por parte de la Corte Constitucional - **Sentencia C-397/10**- debido a vicios de trámite. Actualmente, tras la radicación en el Congreso de la República en diciembre de 2010, se inició nuevamente el trámite subsanando los errores que llevaron a que la Corte Constitucional la declarara inexecutable.

2.4 EL CONTEXTO DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ

La localidad de Engativá es la localidad N°.10 de la capital del país. Se encuentra ubicada en el occidente de la ciudad de Bogotá D.C. Tiene una extensión de 3.588 hectáreas, ocupando el 4.2% del área de la ciudad, por lo que es la novena localidad en extensión (Ayala, 2009). En cuanto al uso del suelo, principalmente es de carácter residencial y cuenta con una buena infraestructura vial y cobertura de los servicios de energía, acueducto y alcantarillado (Secretaría Distrital de Planeación [SDP], 2009). Sus límites son al norte con la localidad de Suba, al sur con la localidad de Fontibón, al oriente con las localidades de Barrios Unidos y Teusaquillo y al occidente con el municipio de Cota (ver Mapa 1). Cuenta con 332 barrios (SDP, 2009, p.23), distribuidos en nueve UPZ. Para el año 2009 el 77% de los predios estaban clasificados en el estrato socioeconómico 3, seguidos porcentualmente por el estrato 2 (16%), el estrato 4 (4.8%) y el estrato 1 (0.4%).

Mapa 1. Ubicación de la Localidad de Engativá



Fuente: Ayala Ramírez, R (dir.), (2007). Perfil económico y empresaria de la localidad de Engativá. Bogotá, Cámara de Comercio de Bogotá.

Engativá es la tercera localidad más poblada de la ciudad (antecedida por Suba y Kennedy) con 828.096 habitantes, según cifras del 2009. Del total de sus habitantes, el 27.7% son menores de 18 años y el 52.35% corresponde al género femenino (SDP, 2009, p. 54 y 61). Respecto a la densidad urbana⁵, es mayor a la que corresponde de manera general a la ciudad de Bogotá (175 personas por hectárea), con 323 personas por hectárea. Las UPZ de mayor densidad son las del Minuto de Dios (396 personas por hectárea), seguida de Boyacá Real y Garcés Navas con 269 personas por hectárea cada una y Ferias con 234 personas (SDP, 2009, p. 79).

En cuanto a los niveles de educación, de acuerdo con cifras de 2009, la localidad presenta una tasa de analfabetismo de 1.8% (más baja que la distrital, 2.2%), y el

⁵ Definida como el número de personas que viven en un territorio urbano específico, en este caso una hectárea (SDP, 2009, p.78).

promedio de años de educación para los mayores de 5 años es de 9.6 años (superior al de Bogotá, 8.7 años). Respecto a la afiliación al sistema de salud, para el año 2007, el 80.7% de la población se encontraba afiliada a algún régimen de la seguridad social en salud, de los cuales el 94% pertenecía al régimen contributivo. Es la sexta localidad en cobertura de seguridad social en la ciudad (Cámara de Comercio de Bogotá [CCB], 2007).

La localidad de Engativá, se caracteriza por tener un elevado número de hogares en los que las mujeres son cabeza de familia (35,8%). Respecto a las condiciones de empleo de los habitantes, según la Cámara de Comercio de Bogotá (Ayala, 2009) tiene una tasa de ocupación del 47.97% siendo ésta la octava más alta de Bogotá (promedio de 55.1%) y una tasa de desempleo del 8.74%, que es la quinta más amplia de la capital (la mayor es Ciudad Bolívar), pero a pesar de esto es la localidad que tiene el mayor número de desocupados de la ciudad (Ayala, 2009).

Como referencia para la elaboración, implementación y evaluación de las políticas públicas, se encuentran disponibles los indicadores sociales, entre los cuales están los que miden la pobreza (Reyes, 2006, p.61). Al respecto, para el año 2007, según la Encuesta de Calidad de Vida, y el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)⁶, el 3.9% de la población se encontraba en situación de pobreza y el 0.1% en situación de miseria (por NBI) (SDP, 2009, p. 85), condición que afecta en mayor proporción a la población infantil entre los 0 y los 5 años, así como a las mujeres cuya edad oscila entre los 15 y 49 años (SDP, 2009). Para el 2009 el 20% de la población se encuentra clasificada en el nivel de SISBEN 1 y 2

⁶ El Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es un índice compuesto por un conjunto de indicadores, adoptado para la medición de la pobreza (incluso fue incorporado en la Constitución Política de 1991 como criterio para las transferencias a las entidades territoriales). Lo componen cinco indicadores de los cuales tres están relacionados con la vivienda, uno con la inasistencia escolar y otro tiene relación con la dependencia económica (Reyes, 2006,p.62)

(SDP, 2009, p. 92). En cuanto al Índice de Condiciones de Vida (ICV)⁷ para el año 2009, es de 91.59% (SDP, 2009), que es superior al de Bogotá (84.9%). Cada hogar en promedio está compuesto por 3.67 personas (SDP, 2009, p. 78).

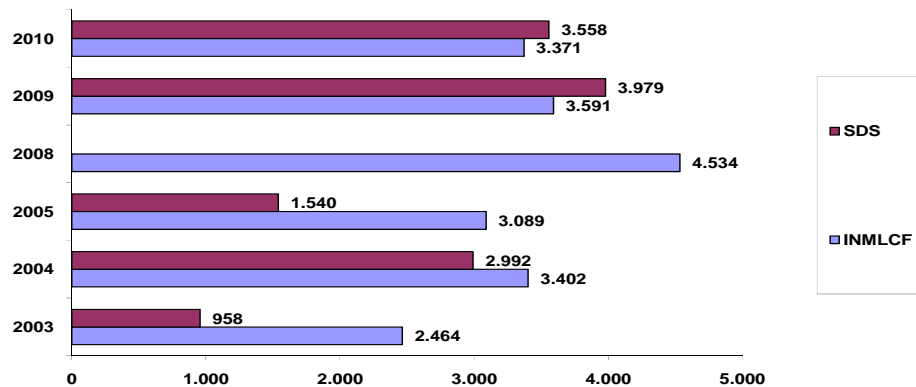
2.4.1 El ASI en Bogotá y en la localidad de Engativá. La problemática del ASI, considerada como un problema de Salud Pública, según ya se ha señalado, se encuentra presente en la ciudad de Bogotá D.C., y tiene una tendencia creciente de acuerdo con los registros de las instituciones que notifican la ocurrencia de eventos de esa naturaleza (ver Gráfica 1).

Teniendo como referencia las cifras que muestra la Gráfica 1, se puede resaltar algunas características del ASI en Bogotá. El grupo de edad más afectado es el comprendido entre los 10 y los 14 años, seguido de los grupos de 5 y 9 años y de 0 a 4 años de edad. Respecto al género, el mayor número de VASI son niñas. El agresor en la mayoría de los casos fue identificado como un familiar de la VASI (padre o padrastro, tío, primo, abuelo y hermano). Aunque se presenta en menor proporción, llama la atención que se han dado eventos en los que las víctimas reportan a la madre como victimaria. Otros agresores fueron identificados como personas conocidas en el entorno familiar –no parientes-, entre los que se encuentran amigos de las víctimas, personas de la comunidad –vecinos- o, incluso, simples conocidos sin ningún trato. Finalmente un grupo de víctimas no conoce a sus victimarios. En cuanto a los sitios en donde ocurrió el evento, se

⁷ El Índice de Calidad de Vida fue adoptándose por diversas instituciones con el propósito de lograr una medición más completa de los estándares de vida (no tan restringida a solo las cinco variables del NBI), y para que, además, fuera una medida positiva. El ICV combina las siguientes dimensiones: acumulación de bienes materiales (vivienda y sus características), acumulación de capital humano (niveles de educación de los miembros adultos de la familia y el acceso a la educación de los integrantes de la misma, en edad escolar) y capital social básico (composición de la familia) (Reyes, 2006,p.70-71)

identificó principalmente la vivienda de la VASI, luego su institución educativa, y finalmente la calle (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF], 2011).

Gráfica 1. Casos de ASI en Bogotá D.C. Secretaría Distrital de Salud (SDS) - Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF)



Fuentes: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Regional sobre Violencia – CRR Regional Bogotá. DANE. Censo de población. Proyecciones municipales. Veeduría Distrital – Asociación Afecto. Citado por Veeduría Distrital, Tercer Boletín Indicadores Sociales “Vivir en Bogotá” (2006). Veeduría Distrital, Condiciones de seguridad de la infancia y adolescencia en Bogotá, D.C. Año 2009. Cifra reportada en informe de Veeduría Distrital, (2010). Secretaría Distrital de Salud. Área de Vigilancia en Salud Pública. *Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar*, SIVIM. Bogotá D.C., 2005. Alejo, H. (2011). *Maltrato a niñas, niños y adolescentes en el Distrito Capital*. En: Comparativo de Violencia Intrafamiliar 2009-2010. Secretaria Distrital de Salud. Bogotá. Gráfica elaborada por la investigadora Adriana Caicedo Z. mayo de 2011

Dentro del Distrito Capital, la localidad de Engativá es una de las zonas de la ciudad que reporta mayor número de casos de ASI. Durante los años 2006 y 2007, por notificaciones, la localidad ocupó el cuarto lugar en la ciudad, antecedido por las localidades de Suba, Bosa y San Cristóbal (Alejo, 2008). Por el contrario, para los años 2008 y 2009, según las denuncias recibidas por las Comisarías de Familia, la localidad de Engativá supero a la de San Cristóbal, ocupando el tercer lugar en Bogotá (SDS, 2010).

Debe señalarse que desde el año 2006, el diagnóstico de seguridad de la localidad encontró que en Engativá existen diversos factores asociados con la ocurrencia del ASI, como son el inadecuado uso de los medios de comunicación, especialmente de la televisión, y el fácil acceso de la población a la pornografía, así como también la falta de valores familiares, las crisis económicas que se viven al interior del hogar y el uso de las sustancias psicoactivas (AMB, 2006). Para el año 2008, la edil de la localidad, Dra. Ma. Alejandra Torres, (Torres, citada en Álvarez, 2008) afirmó que el ASI es uno de los principales problemas de la localidad, reconoció que es una situación que se presenta principalmente al interior de las familias, e hizo énfasis en que impera la cultura del silencio a la hora de denunciar su ocurrencia.

Por otra parte, el área de Vigilancia en Salud Pública del Hospital de Engativá (HE), con base en los informes a partir de las notificaciones recibidas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, la Violencia Sexual y el Maltrato Infantil –SIVIM-, desde finales del año 2006 al año 2010, ha identificado que el ASI en la localidad está relacionado principalmente con factores como el reconocimiento del machismo como un valor social, la preponderancia de la cultura androcentrista, los bajos niveles educativos de los padres y cuidadores que, según se afirma, llevan a bajos ingresos y a la dependencia económica, la inequidad en el ejercicio del poder, el hacinamiento, la baja educación sexual, deficientes prácticas de autocuidado, y la poca “transmisión consciente” (verbalización) de pautas sexuales de padres a hijos. En el informe del cuarto trimestre del año 2009 se afirma que, *“así mismo en las Instituciones [educativas], la transmisión de dichos conocimientos se enfocan en la genitalidad remitiéndose básicamente a lo biológico dejando de lado aspectos psicológicos y sociales que generarían mejores pautas y adherencia a comportamientos sexuales saludables”*. Otras razones que se mencionan en los informes del SIVIM, son la dificultad en el acceso a los servicios de salud, como el caso de los de salud mental, y se asocia

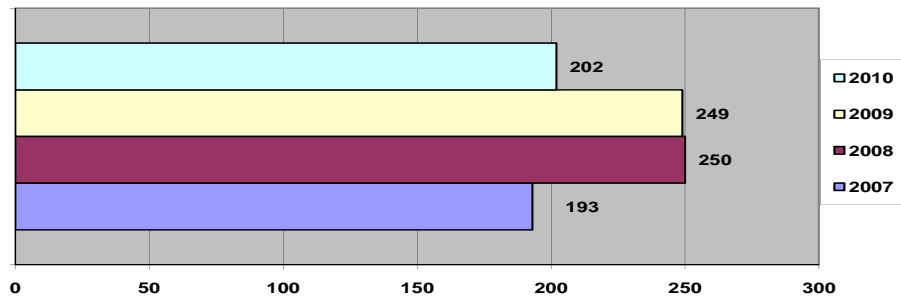
esta circunstancia con el bajo número de sesiones de psicoterapia (HE, Informes de notificaciones recibidas en el SIVIM durante los años 2006 – 2010).

Paralelamente, el Informe Local para la Rendición de Cuentas de la localidad de Engativá del año 2010, que fue elaborado con base en las actividades realizadas en cumplimiento de la Política por la Calidad de Vida de los Niños, las Niñas y los Adolescentes, identificó que existe una alta rotación en el personal al que se dirigen las acciones de capacitación sobre esta temática (funcionarios de instituciones como la Secretaría de Integración Social, padres de familia, madres gestantes y lactantes), y reconoció que existe algún grado de desinterés por parte de ciertos sectores de la comunidad y de los padres de familia para participar en el desarrollo de las actividades, las cuales buscan, entre otros aspectos, el fortalecimiento de adecuados patrones de crianza y de comunicación en las familias (Audiencia Local de Engativá, 2010).

Como se puede observar en la Gráfica 2, en cuanto al número de casos de ASI registrados en la localidad de Engativá, se presenta un aumento del año 2007 al 2008, pero posteriormente hay una ligera tendencia a la disminución en los años 2009 a 2010. En cuanto a las características personales de las víctimas del ASI en Engativá, se conserva la misma tendencia observada a nivel de Bogotá. Respecto a la edad, la mayoría de VASI se encuentra en el grupo de edad comprendido entre los 10 y los 14 años, seguido del grupo que abarca las víctimas de 5 a 9 años. El mayor número de los casos en la población adolescente se presenta en mujeres, mientras que en la infancia se presentan mayoritariamente en la población masculina. Respecto al agresor, las víctimas identifican principalmente a miembros de la familia o a personas cercanas a ésta y el hogar sigue siendo el principal sitio en donde se presentan los casos. De acuerdo con la notificación de SIVIM, entre los años 2007 y 2010, las principales UPZ donde se presentaron los casos de ASI son las de Engativá, Minuto de Dios, Ferias, Garcés

Navas y Boyacá Real (el orden de la anterior presentación no significa que ese haya sido el orden en el que se presentaron los casos durante los diferentes años).

Gráfica 2. Casos de ASI identificados en la localidad de Engativá.2007-2010



Fuente: Unidad de Delitos Sexuales Contra La Libertad, Integridad y Formación Sexuales. Dirección Seccional de Fiscalías de Bogotá. Hospital de Engativá. Sistema de Vigilancia Epidemiológica Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual –SIVIM. Gráfica elaborada por la investigadora Adriana Caicedo Z. Junio de 2011.

3. ENFOQUE METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de tipo cualitativo de abordaje social, que describe, analiza e interpreta, cómo las actividades que implementa el área de Salud Pública del Hospital de Engativá (HE) para atender la problemática del ASI, contribuyen a garantizar el derecho a la salud de la población víctima de dicha problemática.

3.2 PARTICIPANTES

Los participantes son profesionales de la salud (medicina, enfermería, sicología, odontología) y de trabajo social, vinculados a las unidades notificadoras de salud del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del HE. Estas unidades hacen parte del área de Salud Pública del Hospital de Engativá. Participaron treinta (30) profesionales, que realizan acciones dirigidas a atender el ASI.

3.3 ESCENARIO DE LA INVESTIGACIÓN Y CONTACTO A PARTICIPANTES

Inicialmente, se solicitó la autorización al HE para la realización del proyecto de investigación. Una vez esta solicitud fue aprobada, se realizó un contacto personal con cada profesional, con el fin de realizar una entrevista semi-estructurada. Las entrevistas se desarrollaron en Bogotá, en las instalaciones del área de Salud Pública del HE o en las instalaciones de las IPS en las que trabajan los profesionales entrevistados.

3.4 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para el desarrollo de la entrevista semi-estructurada se desarrolló un cuestionario con preguntas abiertas (ver Anexo B). Se efectuaron las entrevistas a finales del segundo semestre del año 2008 y durante el primer semestre del año 2009. En el mes de febrero del año 2011 se realizó un contacto con profesionales de Salud Pública vinculados a la SDS y se revisó el inventario de actividades, encontrando que no existen modificaciones hasta la finalización del año 2010. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 40 minutos, fue grabada en audio, y posteriormente se realizó la transcripción completa de cada una de ellas, luego de lo cual se les asignó un número consecutivo de acuerdo con el orden en el que fueron realizadas.

3.5 CATEGORÍAS DE LA ENTREVISTA

De acuerdo con el problema de investigación y los objetivos planteados, se establecieron las siguientes categorías genéricas o de análisis. La primera categoría, se refiere al concepto de niño(a) y adolescente víctima de abuso sexual infantil. La segunda categoría de análisis son las actividades que ofrece el área de Salud Pública del Hospital de Engativá, dirigidas a atender el ASI, y la tercera categoría es la implementación de las actividades que ofrece el área de Salud Pública del Hospital de Engativá, dirigidas a atender la problemática. Alrededor de cada una de éstas categorías se establecieron las sub-categorías de análisis y las categorías de registro, las cuales se pueden observar en el Anexo C.

3.6 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la presentación y el análisis de la información, inicialmente se realiza una descripción detallada de los datos obtenidos en las entrevistas a partir de las categorías establecidas (ver Anexo C), y de manera paralela se presenta un análisis de los datos obtenidos a partir del marco teórico revisado para el desarrollo de la investigación. Finalmente, se presentan las conclusiones y consideraciones finales que surgen de la información anteriormente descrita y analizada.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Teniendo en cuenta que el ASI es un fenómeno que afecta de manera particular y delicada la vida de sus víctimas, de su familia y en general de su entorno cercano, los criterios éticos con base en los cuales se obtuvo y se manejó la información recopilada para el desarrollo del trabajo de investigación, se basaron en la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, los cuales se registran a continuación. Participación voluntaria de cada uno de los entrevistados. Lectura y posterior firma del consentimiento informado (anexo D). Confidencialidad estricta de la información proporcionada por los diferentes agentes entrevistados. Las entrevistas fueron grabadas para su posterior transcripción y análisis, previa firma del consentimiento informado. Tanto las grabaciones como los documentos en los que consta el consentimiento se encuentran en poder de la investigadora. Respetando los acuerdos de confidencialidad y protección de la privacidad y del anonimato de cada participante, en ningún caso se autorizó a la investigadora a identificar a sus entrevistados. Para la presentación de los resultados, sus testimonios serán identificados de acuerdo con el número consecutivo correspondiente al orden en el que fueron realizadas las entrevistas.

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los hallazgos obtenidos en las entrevistas realizadas, a partir de los cuales se realiza la descripción de las acciones dirigidas a atender el ASI por parte del área de Salud Pública del HE, y el análisis de la contribución que estas actividades han tenido respecto de la garantía del derecho a la salud de los niños (as) y adolescentes VASI. Siguiendo las categorías de análisis, la presentación de los resultados se hace en el siguiente orden: primero se presenta la descripción de la forma como los profesionales de la salud entrevistados identifican al niño (a) y adolescente víctima de abuso sexual. Posteriormente se describe la oferta de las actividades que realiza el área de Salud Pública del HE, dirigidas a atender el ASI. Finalmente, se presenta la implementación de dichas actividades. Cada una de estas categorías, se presenta de acuerdo con las sub-categorías de análisis y las categorías de registro, que se establecieron alrededor de las categorías genéricas, anteriormente mencionadas.

4.1 CONCEPTO DE NIÑO(A) Y ADOLESCENTE VICTIMA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Para describir el concepto que sobre el niño(a) y adolescente VASI tienen los entrevistados, es necesario exponer inicialmente el concepto que ellos tienen sobre el ASI. Para algunos entrevistados se trata de una conducta sexual ligada exclusivamente con la edad de la víctima. Para otros, la situación va más allá y lo describen como una conducta sexual asociada al abuso del poder, al soborno, a la imposición o a la obligación. Esta apreciación está de acuerdo con el concepto que plantea la OMS, como también con lo que afirman Redondo y Ortiz (2005). Respecto al poder, algunos entrevistados reconocen su ejercicio por parte del

victimario tanto para cometer el ASI, como para que la víctima lo oculte. Lo anterior, como ya se ha señalado, se ve fortalecido por aspectos culturales, sociales, familiares, etc.

Por otra parte, para definir el ASI, los entrevistados tienen en cuenta las diferentes formas como ese fenómeno se expresa, es decir, identifican todas las conductas sexuales, con o sin contacto físico con la víctima, reconociendo que el ASI va más allá del acceso carnal violento, como generalmente se lo identifica. Como se afirma en la entrevista N. 10, *“...el abuso sexual se considera no solamente el acceso carnal sobre una víctima sino también toda exposición sexual, si al niño se le pone a ver películas pornográficas, si hay tocamientos sin el consentimiento del niño digamos en alguna parte del cuerpo que le haga sentir incomodo...”*. Respecto a estas conductas, se afirmó que pueden tener el consentimiento de la VASI puesto que para ella la situación puede ser un juego. La anterior afirmación se encuentra en contradicción con la definición de la OMS, en la que se dice que el ASI es una actividad en la cual la víctima no comprende ni está en capacidad de dar su consentimiento. Teniendo en cuenta este aspecto, es importante considerar que el ASI está asociado a las características propias del niño(a) y adolescente que se encuentra en situación de indefensión, y por lo tanto no se puede hablar en ningún momento de un consentimiento por parte de la víctima.

Respecto al concepto de niño(a) y adolescente VASI, se encontró que algunos entrevistados lo definen como un infante, como un paciente o como un menor de edad que ha sido expuesto al ASI. Asimismo, reconocen que una VASI es un niño(a) o adolescente que por su edad y las condiciones de indefensión que le son propias, por desconocimiento de la problemática o por factores externos a él (ella), así como por la vulneración de sus derechos y de su dignidad, queda expuesto(a) a una conducta sexual, sin capacidad de defenderse. En concordancia con este planteamiento, en la entrevista N. 18 se señala que una VASI *“...es un niño o niña*

con características de indefensión asociadas a la falta de información y a la carencia de habilidades específicas para defenderse ante una situación de presión, amenaza o engaño...”.

Como se explica a continuación, se pudo observar que las secuelas que deja el ASI en sus víctimas les obstaculiza el desarrollo de sus capacidades, de acuerdo con el planteamiento de Nussbaum (2007). En cuanto a las consecuencias del ASI en los niños(as) y adolescentes, para los entrevistados fue más fácil identificar, en su orden, las secuelas que el ASI produce a nivel personal, seguidas de las que deja a nivel familiar y finalmente las que repercuten socialmente. A nivel personal destacan que las consecuencias se dan individualmente, pero reconocen problemas comunes a nivel psicológico asociados a desconfianza, depresión, temor, inseguridad, conductas agresivas y de aislamiento. Igualmente consideran que la autoimagen de la VASI se deteriora, así como su autoestima. Para un pequeño grupo de entrevistados, como consecuencia del ASI puede presentarse alguna tendencia posteriormente hacia una conducta sexual asociada al homosexualismo y a convertirse en un posible victimario. Además, puede haber abandono del hogar y del colegio.

Por otra parte, en lo que tiene que ver con las consecuencias a nivel familiar, se puede decir que las relaciones en el interior del grupo familiar se alteran, pues las VASI pueden rechazar a sus padres a quienes culpan por la situación que están viviendo. Además, ante la necesidad de ayudar a la VASI, en el interior del grupo de parientes cercanos se viven sentimientos de desespero y ansiedad, de culpa y de negación ante la situación. En algunos casos se puede llegar a culpar a la víctima por propiciar el ASI. Respecto a lo que puede vivir una familia cuando identifica un caso de ASI en alguno de sus miembros, en la entrevista N.1 se afirma: *“...la familia se estructura alrededor de las cosas buenas, de la esperanza, de la fe, de aquellas cosas que se supone deben salir bien, del esfuerzo del*

trabajo pero cuando una crisis golpea se pone a prueba muchas cosas, desde lo individual hasta su capacidad de grupo familiar de reaccionar y salir airoso, y esa capacidad familiar casi siempre desafortunadamente queda seriamente golpeada.” Finalmente, en cuanto a las consecuencias en la sociedad, solamente se reconoció la transmisión cultural e intergeneracional del ASI en el interior de esa colectividad.

A partir de las entrevistas se puede concluir decir que para la mayoría de los entrevistados el niño (a) y adolescente VASI es una persona a la que, por las características propias de su edad, que lo ponen en una situación de indefensión, y además por la experiencia sexual inapropiada y no consentida que ha vivido, se le ha privado de las condiciones necesarias que le permiten crecer y desarrollarse plenamente de acuerdo con su dignidad humana. Teniendo en cuenta el enfoque de las capacidades de Nussbaum (2007, p.86), se puede reafirmar el anterior planteamiento si se observa que a las VASI, por la situación a la que han sido expuestas, se les priva de llevar una vida que incluya un “funcionamiento auténticamente humano”, puesto que se les niegan sus derechos y se condicionan sus oportunidades en la vida. Teniendo en cuenta la lista de las Capacidades Básicas Humanas, (Nussbaum, 2007, p.88), el ASI vulnera en sus víctimas, capacidades como *la vida, la salud física, la integridad física, los sentidos, la imaginación y el pensamiento, las emociones, la razón pública, la afiliación y el juego.*

En relación con lo anterior y de acuerdo con la información obtenida por parte de los entrevistados, se puede señalar que sus conceptos son acordes con el planteamiento de Nussbaum (2007, p.83) al afirmar que las VASI –Nussbaum hace referencia especialmente en las mujeres-, son usadas como un medio para que otras personas alcancen sus fines personales, lo que para ella claramente vulnera la dignidad humana de la víctima.

4.2 ACTIVIDADES QUE OFRECE EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA DEL HOSPITAL DE ENGATIVÁ, DIRIGIDAS A ATENDER EL ASI

La oferta de las actividades se presenta de acuerdo con tres sub-categorías de análisis. La primera, hace referencia a las características de la oferta, posteriormente se hace un inventario de las actividades de acuerdo con su cobertura y, finalmente, se presenta el enfoque que prevalece en su implementación.

4.2.1 Características de la oferta. Teniendo en cuenta que, como ya se indicó, el alcance de este trabajo de investigación está referido a una aproximación a la garantía del derecho a la salud desde la OG-14, y que de sus cuatro elementos, solo se tendrán en cuenta los aspectos relacionados con la disponibilidad y el acceso, a partir de estos dos elementos se hará la presentación de las características de la oferta de las actividades.

4.2.1.1 Disponibilidad de las actividades para atender el ASI. En cuanto a la disponibilidad, la OG-14 establece que para garantizar el derecho a la salud, en este caso de los niños (as) y adolescentes VASI, se requiere de establecimientos, de servicios, de centros de atención, medicamentos y de personal capacitado, que le permitan al área de Salud Pública del HE atender el ASI de manera adecuada (art.12).

En Bogotá, la SDS es el ente responsable de dirigir la atención en salud y por consiguiente de ejecutar la política sectorial, que se sustenta en el marco rector del Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012. A nivel de la localidad de

Engativá, dicho Plan debe garantizar, entre otras obligaciones, la ejecución del POS y la implementación de las actividades contenidas en el PIC, por parte de las entidades responsables, encontrándose a la cabeza de éstas, el Hospital de Engativá (HE).

El HE es una institución de salud que, según el nivel de complejidad en la atención que presta, es catalogado como un hospital de segundo nivel de atención. Para la atención de las VASI, ofrece los servicios de hospitalización y de urgencias, la consulta especializada de ginecología, psiquiatría y pediatría, entre otros servicios, durante las 24 horas del día. Dispone de la Unidad de Salud Pública, responsable de realizar acciones individuales y colectivas para mejorar el desarrollo, el bienestar y la calidad de vida de las personas de la localidad. En la sede administrativa del HE, se encuentra disponible la coordinación del grupo de profesionales – Equipo de Salud Mental- responsable de la implementación de las acciones establecidas para la intervención según el *“paquete de salud mental”*, dirigido a atender el ASI.

Respecto al servicio de urgencias, aunque no hace parte de la Unidad de Salud Pública, se tiene en cuenta dentro de la oferta de servicios para la atención de las VASI, por dos razones. La primera, porque el ASI en algunos eventos puede constituir una urgencia médica, y, la segunda, porque la consulta de rutina del servicio se convierte en un espacio idóneo para observar algunas situaciones que permitan identificar posibles casos de ASI. Para estos efectos, debe tenerse presente que este servicio cuenta con especialistas en pediatría, ginecología, psicología, psiquiatría, enfermería y trabajo social, entre otros, para realizar las acciones de atención inicial del ASI.

De otra parte, la Unidad de Salud Pública del Hospital dispone en el nivel primario de atención para la prestación de la atención de salud básica, de las siguientes

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): nueve Unidades Primarias de Atención (UPAS) y dos Centros de Atención Médica Inmediata (CAMIS). De acuerdo con el nivel de complejidad en la atención, estas IPS prestan los servicios de consulta externa, odontológica, los de urgencias y de hospitalización, y, por lo tanto, implementan las acciones dirigidas a atender el ASI, durante las consultas de medicina y de enfermería. Además, también disponen de las consultas de trabajo social y de psicología, en donde se llevan a cabo las acciones correspondientes al “*paquete de salud mental*”, el cual comprende sesiones de psicoterapia y dos visitas domiciliarias.

La Unidad de Salud Pública también dispone de dos sedes en las que se encuentran ubicadas la coordinación del PIC, las dependencias de la Unidad de Vigilancia en Salud Pública y las dependencias de los Ámbitos de Vida Cotidiana, entre otras. Respecto a Vigilancia en Salud Pública, esta desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, la Violencia Sexual y el Maltrato Infantil –SIVIM- , cuyas principales funciones son la identificación de las notificaciones de ASI, realizar el seguimiento para garantizar la atención integral en salud a las víctimas y el análisis de la información para tomar decisiones que permitan a su vez fortalecer el sistema de información. El equipo de trabajo está conformado por un grupo de funcionarios del hospital, en cabeza de un Referente, cada uno de ellos con funciones específicas.

El proceso de notificación de los casos de ASI a nivel del SIVIM, se realiza de la siguiente manera: cuando se ha identificado una posible víctima, en la Unidad Primaria Generadora del Dato (corresponden a las Unidades Notificadoras y son los sitios donde se identificó a la VASI, puede ser las IPS, las instituciones educativas, los grupos conformados por la comunidad, etc.), se diligencia la *Ficha de Notificación de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar – Maltrato Infantil y Delitos Sexuales a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica* del SIVIM y, en el caso

del *Ámbito Comunitario*, se diligencia el *Formato para Reporte de Eventos de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria*, que dicho ámbito dispone para tal fin. Los anteriores instrumentos permiten que además del reporte, se pueda caracterizar el evento, a la víctima y al victimario. Posteriormente, tanto la ficha como el formato, se remiten a la Unidad Receptora de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del SIVIM, y una vez se reciben, se verifica la fecha de recepción y la fecha de reporte del evento, puesto que el trámite de remisión no puede durar más de 24 horas. Al respecto, en la entrevista N. 22 se afirmó que “...*la notificación del reporte del abuso sexual infantil debe ser de manera inmediata. Son urgentes los casos de delitos sexuales y de maltrato infantil...*”. A partir de la recepción de la notificación, se hace el registro en el sistema correspondiente y se tramita la *Ficha de Seguimiento a la Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar. Esquema de la Ruta Crítica y Calidad de Servicio* (esta Ficha al final de la atención de las VASI, se remite a las Unidades Notificadoras). Inmediatamente se procede a contactar a la VASI y a su familia, para realizar una visita domiciliaria con el propósito de caracterizar el ASI, la víctima y el victimario y su entorno familiar.

Respecto a los *Ámbitos de Vida Cotidiana* -definidos como los espacios en los que transcurre la vida diaria de las personas en donde interactúan y entretienen relaciones (SDS, 2008, p.30)-, el área de Salud Pública del HE actúa en los ámbitos establecidos por la SDS en el PIC, a saber: Escolar, Laboral, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Familiar y Comunitario. Cada ámbito es liderado por un Referente, tiene a su disposición un grupo de funcionarios de diferentes disciplinas, y sus acciones se dirigen a la población de la localidad, pertenecientes a los estratos 1 y 2. El propósito del trabajo desde los ámbitos, es aproximarse a las diversas necesidades de las personas de la localidad y, a partir de este enfoque, afectar los DS por medio de la implementación de las acciones a nivel individual y colectivo, tanto de promoción

de la salud y de prevención de la enfermedad, tal como se establece desde la formulación el PIC.

El Ámbito Escolar, para atender el ASI hace presencia en los espacios sociales institucionalizados de la localidad, que poseen una organización y una dinámica propia, y cumplen la función social de educar a los niños(as) y adolescentes, en las diferentes etapas del ciclo vital. Actúa, por lo tanto, para atender el ASI en los jardines y colegios. Implementa el Programa Salud al Colegio. Con el propósito de movilizar los temas de salud, sus causas y sus determinantes asociados, el ámbito articula sus acciones con los proyectos educativos, lo que permite que el docente asuma los temas de salud en su cotidianidad. En cuanto al Ámbito Familiar, su eje central de atención es la familia, y busca acercarse a esta institución con el propósito de realizar un reconocimiento de sus condiciones de vida, de su estructura y de su dinámica. Pretende llevar las acciones a nivel familiar con el fin de mejorar la calidad de vida de los individuos, buscando que el bienestar personal se vea reflejado en el mejoramiento de la calidad de vida de las familias y, finalmente, de la comunidad.

El Ámbito Comunitario dirige sus acciones de atención al ASI, en los diferentes espacios en donde se relaciona la comunidad, como son los grupos, organizaciones, etc., busca fortalecer la participación a nivel colectivo, a nivel de las redes sociales, e impactar en las diferentes actividades comunitarias. En cuanto al Ámbito Laboral, entendido como el territorio donde transcurre la actividad productiva de una persona, respecto de la atención del ASI se encontró en la entrevista N.18 que *“...con la población infantil hay dos líneas de acción, la desvinculación de los niños trabajadores menores de 15 años y para los mayores de 15 años se revisa si el trabajo tiene alguna una incidencia en el estado de salud entonces hay que desvincularlos [...] también tratamos de identificar las peores*

formas de trabajo infantil, dentro de esto puede estar la parte de explotación sexual...”.

Finalmente, el *Ámbito IPS*, es entendido como el espacio en el que se relacionan los usuarios de las IPS, los trabajadores de las mismas y las aseguradoras (EPS). Por medio de las *capacidades ciudadanas*, las acciones desde éste ámbito buscan fortalecer y posicionar los eventos de Salud Pública, como el ASI, en las diferentes IPS de la localidad. Los entrevistados manifestaron que inicialmente se ha trabajado con los funcionarios de las IPS, se ha procurado abordar a los usuarios y existen algunas dificultades para acercarse a las aseguradoras.

Desde las dependencias antes descritas del área de Salud Pública del HE, se dispusieron actividades relacionadas con la promoción de la salud, la prevención, notificación e intervención del ASI, y la identificación de posibles VASI. A continuación en la Tabla 1, se presentan los objetivos de cada una de estas actividades con fundamento en las entrevistas realizadas.

Tabla 1. Objetivos de las actividades disponibles para atender el ASI.
Salud Pública - Hospital de Engativá

ACTIVIDADES	OBJETIVOS DE LAS ACTIVIDADES
Promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generar acciones e intervenciones que mejoren la calidad de vida de los ciudadanos.
Prevención del ASI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar a la población frente al ASI. ▪ Erradicar el ASI de la localidad. ▪ Incentivar la notificación y la denuncia del ASI. ▪ Movilizar la Ruta de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales (Ley

	<p>906/2004) (ver Anexo A).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecer a la población para romper el círculo cultural del ASI. ▪ Fortalecer los factores protectores en los niños (as) y adolescentes.
Identificación de posibles VASI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Canalizar e iniciar la intervención de la atención de la VASI. ▪ Terminar con la situación de ASI que esté padeciendo la víctima.
Notificación del ASI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegurar la notificación del ASI. ▪ Canalizar, facilitar el seguimiento y la atención integral a las VASI. ▪ Facilitar la restitución de derechos de la VASI.
Intervención del ASI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer la dinámica y el entorno familiar de la VASI. ▪ Canalizar la atención integral para la VASI. ▪ Empoderar y restablecer los derechos de las VASI. ▪ Revisar los factores de riesgo asociados al ASI, redefinir situaciones asociadas y sugerir posibles soluciones. ▪ Procurar que el ASI no vuelva a ocurrir. ▪ Intervenir el impacto emocional y reparar el daño que causa el ASI. ▪ Propiciar un reacomodamiento del sistema familiar de la VASI. ▪ Orientar respecto a las redes de apoyo disponibles para la VASI y su familia. ▪ Propiciar espacios de reflexión para la VASI y su familia. ▪ Trabajar sentimientos de culpa, miedo e incertidumbre en las VASI y sus familias. ▪ Evitar que la VASI se vuelva un abusador. ▪ Sensibilizar a la VASI y a su entorno respecto a que la problemática puede persistir por muchos años y que en cada etapa del ciclo vital pueden aparecer secuelas.

Fuente: Entrevistas “Contribución a la garantía del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual infantil: el caso del Hospital de Engativá” realizadas por Adriana Caicedo Z.

4.2.1.2 Acceso a las actividades para atender el ASI. Siguiendo la OG-14, la garantía del derecho a la salud de los niños (as) y adolescentes VASI, exige que el

acceso a las actividades implementadas por el área de Salud Pública del HE, se realice teniendo en cuenta la no discriminación, la accesibilidad física, económica y de información. En este sentido la Tabla 2 muestra los resultados obtenidos en términos de acceso a partir de las entrevistas realizadas.

Tabla 2. Acceso a las actividades para atender el ASI. Salud Pública - Hospital de Engativá

ACCESO A LAS ACTIVIDADES
Promoción de la salud
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Población beneficiaria: Padres de familia y/o cuidadores, niños (as) y adolescentes, docentes y personal de las Instituciones educativas, usuarios y funcionarios de las diferentes IPS y del HE. Comunidad en general. ▪ Lugar de implementación: sedes de las IPS y de instituciones educativas, sitios de residencia de familias y diferentes espacios públicos y privados de la comunidad. ▪ Costo de las actividades: Ninguno.
Prevención del ASI
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Población beneficiaria: Niños (as) y adolescentes, padres de familia y/o cuidadores, docentes de las instituciones educativas, usuarios y funcionarios de las IPS, del HE, de los Hogares FAMI⁸ y de los Hogares Comunitarios de Bienestar⁹. Comunidad en general. ▪ Lugar de implementación: sedes de las IPS, de instituciones educativas, de los Hogares FAMI y de los Hogares Comunitarios de Bienestar, sitio de residencia de las familias, espacios privados y públicos de la comunidad. ▪ Costo de las actividades: Ninguno.

⁸ Hogar Comunitario de Bienestar FAMI- Familia, Mujer e Infancia. Son una modalidad de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en donde se ofrece atención, acompañamiento y capacitación a Familias en Desarrollo, las cuales están compuestas por mujeres gestantes, familias con madres lactantes y familias con niños (as) menores de dos años. Información disponible en <https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/ACUERDO039DE1996.pdf> Revisada junio 27 de 2011.

⁹ Hogares constituidos por otorgamiento de becas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a las familias para que a partir del trabajo con sus vecinos, atiendan las necesidades de nutrición, salud, protección y desarrollo de los niños más pobres del país. Información disponible en <https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/ACUERDOICBF21DE1996HCBFamiliares.pdf>. Revisada junio 27 de 2011.

Identificación de posibles VASI

- **Población beneficiaria:** Niños (as) y adolescentes, padres de familias y/o cuidadores, docentes de las instituciones educativas, usuarios y funcionarios de las IPS, del HE, de los Hogares FAMI y de los Hogares Comunitarios de Bienestar, Comunidad en general.
- **Lugar de implementación:** sedes de las IPS, de instituciones educativas, de los Hogares FAMI y de los Hogares Comunitarios de Bienestar, servicio de urgencias del HE, sitio de residencia de las familias, espacios privados y públicos de la comunidad.
- **Costo de las actividades:** Ninguno.
- Para las VASI, en el servicio de urgencias no hay discriminación en la atención asociada a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Si hay necesidad, a criterio del profesional de la salud se puede hospitalizar la VASI.

Notificación del ASI

- **Personal beneficiario:** Docentes y personal de las instituciones educativas, funcionarios de las IPS y del HE. Comunidad en general.
- **Lugar de implementación:** servicio de urgencias del HE, sedes de las IPS, de las instituciones educativas, de los Hogares Comunitarios de Bienestar y los Hogares FAMI, en espacios privados y públicos de la comunidad en general.
- **Costo de las actividades:** Ninguno.

Intervención del ASI

- **Población beneficiaria:** VASI pertenecientes al régimen subsidiado y vinculados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sus familias y cuidadores.
- **Lugar de implementación:** Las sesiones de sicoterapia del “*paquete de salud mental*”, se realizan en la IPS correspondiente.
- **Costo de las actividades:** Ninguno. El “*paquete de salud mental*” es financiado por el Fondo Financiero Distrital de Salud¹⁰, que contrata con el HE.
- Las VASI afiliadas al régimen contributivo se remiten a la EPS correspondiente o asumen el costo de la intervención a nivel particular.

¹⁰ El Fondo Financiero Distrital de Salud fue creado por el Acuerdo 20 de 1990 del Consejo de Bogotá, como un ente adscrito a la Secretaría Distrital de Salud y es el encargado de recaudar y administrar los diferentes recursos destinadas a la salud, y que se recaudan en el Distrito de Bogotá, ya sea por entidades privadas o públicas, Información disponible en <http://www.institutodeestudiosurbanos.com/endatos/entidades/ffs.pdf>. Página revisada 8 de Agosto de 2011.

Fuente: Entrevistas “Contribución a la garantía del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual infantil: el caso del Hospital de Engativá”, realizadas por Adriana Caicedo Z.

Respecto al acceso a las actividades que se presentan en la Tabla 2, los funcionarios entrevistados señalaron que el PIC tiene una fortaleza que conviene destacar, en cuanto que las actividades de promoción y prevención se dirigen a toda la población beneficiaria sin ningún tipo de discriminación.

En relación con la accesibilidad física, a nivel local algunas actividades que se realizan desde el área de Salud Pública del HE, como son las de los Ámbitos de Vida Cotidiana, exigen que sus funcionarios visiten diferentes espacios en los que actúa la comunidad en general. Además, se encontró que las actividades del PIC y del POS para atender el ASI, así como las sesiones de intervención que ofrece el “paquete de salud mental”, se ofrecen en las instalaciones de las diferentes IPS que se encuentran al alcance de la población, puesto que están distribuidas en las UPZ de la localidad, incluyendo las UPZ que durante los años 2006 a 2010, notificaron el mayor número de casos de ASI.

En cuanto al acceso a la información, teniendo en cuenta que el ASI es una temática que afecta de manera especial la vida personal y familiar de sus víctimas, la información de las VASI se maneja bajo criterios de respeto por la confidencialidad por parte del personal de Salud Pública del HE. Al respecto, en la entrevista N. 21, se afirma: “...el abuso sexual infantil y la información de una víctima, exige discrecionalidad en el manejo de la información personal y del evento, especialmente por sus consecuencias sociales y de re-victimización...”.

A nivel del HE, dicha información sólo está al alcance de los profesionales responsables de su intervención. Para que tal información sea solicitada por un tercero ajeno, se debe realizar un trámite especial ante el HE o la institución

respectiva, el cual, para el desarrollo de ésta investigación, se llevó a cabo sin ningún contratiempo por parte del HE. Respecto a los datos estadísticos de los casos de ASI al interior de la localidad de Engativá, respetando siempre el anonimato de las VASI, se debe señalar que estos se obtuvieron del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual (en adelante SIVIM)- del HE y de la Unidad de Delitos Sexuales Contra La Libertad, Integridad y Formación Sexuales (Dirección Seccional de Fiscalía de Bogotá). Desafortunadamente, el Instituto Nacional de Medicina Legal no cuenta con un registro de ASI, discriminado por localidades al interior de Bogotá D.C.

4.2.2 Inventario de las actividades que implementa el área de Salud Pública del Hospital de Engativá para atender el ASI: de acuerdo con la cobertura de las actividades que se ofrecen, éstas se pueden realizar a nivel individual, comunitario y familiar. Se entiende por el nivel individual, las actividades que se dirigen a los niños (as) y adolescentes. Las actividades comunitarias, son las que se focalizan en los diferentes grupos de personas de la localidad que comparten un interés común. Respecto a las familias, a pesar de que se trata de una población inmersa en el grupo comunitario, con las familias de las VASI se implementan unas actividades diferentes a las del resto de las familias de la comunidad en general.

4.2.2.1 Actividades a nivel individual. A nivel individual, las actividades de promoción a la salud, así como las de prevención del ASI, parten de una lectura de necesidades, también conocida como los núcleos de gestión, en las que se usa el dibujo como medio de expresión. Como lo establece el PIC, estos son instrumentos que permiten, reconocer cuales son las necesidades para efectos de generar las respuestas correspondientes. Como se afirmó en la entrevista N.12,

“... se comienzan a encontrar los dispositivos movilizadores, que son los diferentes temas de interés general y que llevan a que la gente se movilice...”.

Las actividades de promoción de la salud y las de prevención del ASI, tienen el propósito de fortalecer individualmente los valores y los principios, reforzar la autoestima, el respeto por la intimidad, el manejo apropiado del tiempo libre y de habilidades sociales. También pretenden reforzar el conocimiento sobre los derechos, incluyendo los sexuales y reproductivos. A nivel de la promoción de la salud se dictan charlas, talleres y capacitaciones sobre diversos temas, como la divulgación de los proyectos y programas que ofrece el área de Salud Pública, el posicionamiento de los eventos de Salud Pública, así como también se realizan actividades de educación sobre temas que buscan mejorar la calidad de vida de los niños(as) y adolescentes. En las instituciones educativas, entre otras actividades, participan en la cartelera de comunicación. Igualmente, realizan con los niños(as), círculos de reconocimiento de las IPS, en los cuales pretenden darlas a conocer como espacios en los que se puede buscar información, apoyo e intervención en caso de ser necesario.

Específicamente entre las actividades dirigidas a la prevención del ASI a nivel individual, se encuentran las visitas domiciliarias, la participación en el blog de sexualidad de las instituciones educativas, y se dictan charlas y talleres de sensibilización sobre educación sexual acorde con la edad, el ASI y el reconocimiento corporal. Igualmente se realizan acciones de seguimiento a la población en situación de discapacidad o que consume sustancias psicoactivas. Otras acciones se relacionan con la promoción de la línea 106, como línea de apoyo, asesoría y atención. Para los entrevistados también es importante que los niños (as) y adolescentes, aprendan a establecer un límite entre lo público y lo privado, aprendan a reconocer las diferentes expresiones de cariño, y a expresar lo que en algún momento les genere incomodidad. Como se afirma en la

entrevista N.12: *“...porque de una u otra forma así el niño esté acostumbrado a este tipo de eventos, por lo general se siente incómodo. Se le dice al niño que todo lo que crea que no está bien hecho debe decirlo, porque para ellos, puede ser que este bien hecho que el papa lo toque”*.

Respecto a los temas que se plantean en las actividades de promoción de la salud y prevención del ASI, debe señalarse que son acordes con lo que concibe la Fundación Plan, que afirma que una alta autoestima y un sentimiento fuerte de amor propio son considerados como el primer paso para defenderse, para prevenir el ASI y para promulgar el auto-cuidado. Estas actividades son de importancia para fortalecer a nivel individual los factores protectores que ayudan a consolidar la capacidad de respuesta para evitar y disminuir el riesgo de ocurrencia del ASI, puesto que, como se ha señalado, por cada factor de riesgo de ASI existe un factor protector que se debe fortalecer. Además de lo anterior, estas actividades contribuyen a que cada niño(a) y adolescente pueda fortalecer aquellos aspectos o capacidades que se convierten en oportunidades para llevar una vida digna (Nussbaum, 2007, p.87), puesto que les fortalece capacidades como la salud e integridad física, los sentidos, la imaginación y el pensamiento, las emociones y la razón práctica, entre otras.

En cuanto a las actividades a nivel individual, dirigidas a la identificación de posibles VASI, se encuentran las visitas domiciliarias en donde se realiza una búsqueda activa de posibles víctimas, así como también se buscan en la población infantil trabajadora. Otras actividades son capacitaciones en temas como los signos físicos y emocionales del ASI y la Ruta de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales (en adelante, Ruta de Atención), establecida a partir de la Ley 906 de 2004. Los entrevistados también señalaron que realizan un registro detallado de la información de los niños(as) y adolescentes, en los diversos

instrumentos disponibles, como son la historia clínica, las fichas de remisión y las fichas de notificación, entre otros.

Al respecto para los entrevistados es importante que todos los funcionarios del HE, desde su campo de acción, realicen una observación y una entrevista detallada, que les permita reconocer en los niños (as) y adolescentes y en su entorno cercano, los signos de alarma del ASI, y que puedan identificar las situaciones asociadas con esta temática. Entre estas situaciones se identificaron el abandono, la negligencia, la tendencia al suicidio, el maltrato infantil, las manifestaciones de depresión o de miedo exagerado al examen físico, el bajo rendimiento escolar y los trastornos en el comportamiento, como también las expresiones de rechazo total a las actividades que antes les agradaban. También reconocieron que es importante tener en cuenta los antecedentes de ASI en los padres y/o cuidadores, o las manifestaciones de conductas inapropiadas con los niños(as) y adolescentes como por ejemplo, en las manifestaciones de cariño.

Cuando se sospecha que un niño(a) o adolescente es VASI, se solicita una interconsulta o se realiza la remisión necesaria con el propósito de confirmar el diagnóstico. Estas interconsultas o remisiones pueden ser a otras disciplinas o campos del área de salud pública, según se considere conveniente (consultas médicas que ofrecen las IPS, a psicología, a trabajo social o a vigilancia epidemiológica, etc.). Si las circunstancias lo ameritan, se hace la recolección de las muestras y de las evidencias necesarias para seguir con la Cadena de Custodia. Si se trata de un evento que se identifica después de 72 horas de sucedido, se remite al Instituto de Medicina Legal. Según la necesidad de cada VASI se puede llevar a cabo acciones de profilaxis de VIH, serología, prueba de embarazo, etc.

Posteriormente, las acciones se dirigen a canalizar la atención de la víctima, según se ha establecido en la Ruta de Atención, a la institución o al sector pertinente. Lo anterior incluye la notificación del evento, por lo cual se realizan los registros correspondientes como por ejemplo en el libro de seguimiento de eventos de interés en Salud Pública del HE, y el registro y la remisión de las fichas correspondientes para realizar la notificación del ASI, que fue descrito con antelación.

El paso a seguir, a nivel de los niños(as) y adolescentes, es iniciar con cada VASI la intervención terapéutica, que corresponde a la implementación de las acciones del *“paquete de salud mental”*, con las siguientes excepciones: cuando la VASI pertenece a otra localidad de la ciudad de Bogotá, se hace la remisión a la ESE correspondiente y cuando pertenece al régimen contributivo, se sigue la misma conducta direccionada hacia la EPS correspondiente.

Para el inicio de dicha intervención, según los entrevistados, las VASI pueden entrar en contacto con los profesionales del equipo de salud mental por tres vías, y se evidencia, que según la forma en que se realice ese contacto, la información y la sensibilización sobre la temática es diferente. Una primera vía de llegada son las víctimas que ya han sido notificadas en el SIVIM y son canalizadas para el inicio de la intervención. En la segunda vía, ellas son remitidas directamente por diferentes instituciones donde se ha denunciado o se ha identificado el evento (la Fiscalía, las Comisarias de Familia, los colegios, etc.). La tercera vía se origina en la consulta directa por decisión de la víctima, de su cuidador o de su red de apoyo, consulta que se produce muchas veces al observar manifestaciones extrañas en el comportamiento de la víctima.

Las acciones de intervención terapéutica del *“paquete de salud mental”*, están dirigidas a las VASI del régimen subsidiado y a los vinculados del Sistema General

de Seguridad Social en Salud. Este paquete comprende dos visitas domiciliarias y 13 sesiones de psicoterapia a nivel individual y grupal, que involucran a la familia de las víctimas y se debe abordar en un tiempo máximo de 3 meses. A criterio del profesional responsable, se puede iniciar otro *“paquete de salud mental”*, con un máximo de tres por víctima. Las citas de las sesiones se programan según lo acuerden la terapeuta y la familia, cada 8 o 15 días.

Respecto a las sesiones de psicoterapia, en ellas se implementan acciones de valoración de la víctima y de su núcleo primario, acciones de sensibilización frente a la notificación y/o denuncia del evento según sea necesario, como también acciones de prevención del ASI a nivel secundario. Las sesiones de psicoterapia buscan priorizar en los sentimientos de las víctimas antes que profundizar en los hechos. Al respecto, en la entrevista N. 27 se afirma lo siguiente: *“...se debe tener en cuenta lo que se refiere al niño, sin someterlo a duda, hay que priorizar el apoyo emocional preocupándose por sus sentimientos antes que buscar obtener información de los hechos. El profesional de la salud ayudará al niño brindándole confianza y facilitará la expresión de las soluciones. Paulatinamente, el niño relatará los hechos a medida que se genere el clima de calidez necesario. Por lo común al niño le resulta mejor expresar y reproducir los hechos traumáticos mediante actividades lúdicas o a través de dibujos y expresiones gráfico-plásticas. El lenguaje del juego expresa las precisiones y demandas de la vida cotidiana, el juego resulta por lo tanto un medio natural para que el niño pueda sanar sus heridas psicológicas. Además resulta siendo terapéutico y ayuda a entender y a comprender mejor la magnitud del sufrimiento. La imaginación es un poderoso recurso que ayuda a reducir el estrés y cuando se emplea con técnicas de relajación, estas aumentan su poder terapéutico”*.

Estas sesiones de psicoterapia son complementadas por un seguimiento telefónico y por dos visitas domiciliarias, que hacen parte de la intervención

terapéutica. La primera visita domiciliaria se realiza durante la tercera o cuarta sesión terapéutica y el propósito es, entre otras cosas, hacer una lectura de necesidades de la VASI y de su entorno familiar. La segunda visita se realiza en la décima o décimo primera sesión de terapia, con el propósito de hacer un seguimiento a la intervención y al estado en que se encuentra la VASI y su familia. Durante las visitas se refuerzan las acciones y los temas de las sesiones de psicoterapia y a su vez se realizan actividades de sensibilización a la VASI y su red de apoyo sobre diferentes temas, entre ellos el ASI y los factores de riesgo asociados

El cierre de la intervención a nivel individual, se da con las acciones de registro y remisión de los informes de retroalimentación, que contienen un resumen de la forma como se desarrolló el proceso de intervención del ASI, las recomendaciones y los compromisos que se adquirieron y la pertinencia o no, de la denuncia del evento. Estos informes se envían a las Unidades Notificadoras y a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del SIVIM con el fin de completar la información de la *Ficha de Seguimiento a la Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar. Esquema de la Ruta Crítica y Calidad de Servicio.*

Respecto a las causas asociadas al cierre de la intervención, se encontró que ello puede ocurrir porque ésta no se pudo realizar por alguna razón en particular, como por ejemplo por la falta de asistencia de la víctima y de su familia a las sesiones, o porque se cumplió con lo establecido en el *“paquete de salud mental”*. En cuanto a las actividades de seguimiento post-intervención, como no hay un esquema establecido por la SDS y dado que el ASI puede dejar secuelas que se manifiestan en cualquier momento de la vida, en el momento del cierre de la intervención se realizan acciones de sensibilización que buscan concientizar al niño (a) o adolescente para que ante cualquier inquietud sobre el ASI, que se presente con posterioridad a la intervención, busque inmediatamente ayuda en su red de apoyo

y a nivel profesional. En cuanto al seguimiento post-intervención, en la entrevista N. 16 se afirmó que “...no es necesario hacer un seguimiento a largo plazo ya que éste puede re victimizar a las VASI”.

Respecto a la re-victimización, a pesar de que no es muy común su referencia entre los entrevistados, algunos de ellos la definen como la circunstancia de que el ASI se repita en cualquier momento de la vida de la víctima, pero, más allá de esta apreciación, otros profesionales entrevistados la conciben señalando que se presenta cuando la víctima, por alguna razón específica, en espacios diferentes a su terapia de intervención, revive momentos del evento traumático que le pueden generar nuevamente dolor y sufrimiento. En esta misma línea, lo plantean como una consecuencia del proceso para recibir la atención integral, como se afirma en la entrevista N. 1, “... la re-victimización es el resultado de una intención morbosa por parte de los profesionales responsables de brindar la atención integral...”. Por su parte, Rivera et. al. (2006) define la re-victimización, como la posibilidad de que una persona sea víctima de violencia interpersonal, por dos personas diferentes y en dos momentos de su vida separados por el tiempo.

4.2.2.2 Actividades a nivel comunitario. Como complemento a las actividades desarrolladas a nivel individual, anteriormente descritas, el área de Salud Pública del HE, implementó con la comunidad las siguientes actividades para atender el ASI, las cuales se pueden observar en la Tabla 3.

Tabla 3. Actividades para atender el ASI, dirigidas a la comunidad. Salud Pública - Hospital de Engativá

ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD

Promoción de la salud

- Lectura de necesidades colectivas, núcleos de gestión.
- Actividades de educación sobre diversos temas que buscan mejorar la calidad de vida de la población de la localidad. Capacitaciones a organizaciones comunitarias.
- Talleres, charlas y capacitaciones sobre los proyectos y programas que ofrece el área de Salud Pública del HE y posicionamiento de los eventos de Salud Pública.
- Registro de la Ficha de Caracterización de las Familias de la localidad.
- Visitas domiciliarias en las que se realizan acciones de intervención promocional para capacitar en diferentes temas.
- Acompañamiento a algunos Jardines Infantiles de la localidad en sus actividades de gestión.

Prevención del ASI

- Lectura de necesidades o núcleos de gestión.
- Asesoría y acompañamiento a los proyectos de educación sexual en las instituciones educativas. Participación en actividades como la cartelera de comunicación en las instituciones educativas y en espacios comunitarios.
- Talleres, charlas de sensibilización y capacitaciones en temas como el ASI (manifestaciones, factores de riesgo, signos de alarma), la importancia de la notificación y denuncia, la presencia del trabajo infantil en la localidad. Promoción de la cultura de “creer en el niño”.
- Promoción de la línea 106.
- Visitas domiciliarias para promocionar la importancia de la denuncia y notificación del ASI.
- Remisión a los especialistas en salud mental en caso de encontrar casos de familias con antecedentes de ASI.

Identificación de posibles VASI

- Visitas domiciliarias, charlas y capacitaciones dirigidas a identificar y evaluar los factores de riesgo asociados al ASI, haciendo énfasis en los signos físicos y emocionales, en la identificación del ASI y su denuncia.
- Promoción y capacitación de la Ruta de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales.
- Remisiones y canalización al sector o institución que se necesite según la Ruta de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales.
- Registro de diferentes instrumentos disponibles como la *Ficha de Caracterización Familiar*.

Notificación del ASI

- Capacitación sobre el diligenciamiento de *la Ficha de Notificación de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar – Maltrato Infantil y Delitos Sexuales* (SIVIM) y el *Formato para Reporte de Eventos de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria* (Ámbito Comunitario).
- Capacitación y promoción de la movilización de la Ruta de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales.
- Sensibilización sobre la importancia y la obligatoriedad de la notificación y la denuncia del ASI.
- Capacitación sobre el proceso de notificación, la elaboración de los informes y de los registros mensuales y trimestrales relacionados con el ASI.

Intervención del ASI

- Cierre de la intervención: Realización y el envío de los reportes mensuales y trimestrales que contienen la información de los casos de ASI notificados en el SIVIM.

Fuente: Entrevistas “*Contribución a la garantía del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual infantil: el caso del Hospital de Engativá*”, realizadas por Adriana Caicedo Z.

Como se observa en la Tabla 3, en las entrevistas se encontró que, al igual que ocurre a nivel individual, las actividades de promoción de la salud y de prevención del ASI, realizadas con la comunidad, parten de una lectura de necesidades. Como se afirma en la entrevista N.15, “... *a partir de la lectura de necesidades, de observar la forma como viven las familias, han surgido temas como fortalecer las relaciones interpersonales y de pareja, el establecimiento de pautas de crianza, el fortalecimiento de la autonomía...*”. Buscando cambiar los estilos de vida de las personas, estas actividades pretenden sensibilizar a la comunidad en temas relacionados con el afecto, la resolución de conflictos, el manejo de adecuados canales de comunicación, así como también en aspectos que ayuden a mejorar la calidad de vida y la salud de las personas.

Asimismo al analizar la Tabla 3 se puede observar que los funcionarios del área de Salud Pública del HE realizan acciones dirigidas a educar a la comunidad sobre la temática del ASI y pretenden con ello fortalecer en las personas la actitud de creer en el niño (a) y adolescente, con el fin de identificar y erradicar dicha

problemática. Lo anterior es importante ya que, como se indicó al estudiar el proceso del ASI y el Síndrome de Acomodación descrito por Summit en 1983, la actitud de no creer en lo que la VASI cuenta o informa, de una u otra forma contribuye a que esta situación continúe.

En concordancia con lo anterior, tanto la literatura como los entrevistados reconocen que hay una alta influencia cultural en el ASI, que conduce, entre otras cosas, a tolerarlo, llevando a la tan conocida cultura del silencio para denunciar el evento, que fue reconocida por la Dra. Ma. Alejandra Torres, edil de la localidad de Engativá (citada por Álvarez [2008]). Frente a esta situación, como se puede observar en la Tabla 3, las acciones del área de Salud Pública hacen un énfasis especial en el reconocimiento de la importancia de la denuncia, la notificación del evento y la movilización de la Ruta de Atención.

Para finalizar lo relacionado con las actividades que se realizan a nivel de la comunidad, se puede señalar que las acciones que el área de Salud Pública implementa, permiten el reconocimiento social del ASI, así como el fortalecimiento de las redes sociales que puedan existir en torno a la niñez y a la adolescencia.

4.2.2.3 Actividades a nivel de las familias de las VASI. Como ya se afirmó al inicio de la presentación del inventario de las actividades, en lo que refiere a las actividades dirigidas a las familias, estas se encuentran cobijadas por las acciones que se realizan respecto de la comunidad, que fueron presentadas anteriormente, pero una vez el ASI se confirma, las familias de las VASI son objeto de unas acciones específicas, las cuales se presentan en la Tabla 4, a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas.

Tabla 4. Actividades para atender el ASI, dirigidas a las familias de las VASI. Salud Pública, Hospital de Engativá

ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LAS FAMILIAS DE LAS VASI
<p>Notificación del ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalización y orientación de la Ruta de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales. Se remite a la institución o sector correspondiente. • Refuerza la importancia de denunciar el ASI.
<p>Intervención terapéutica del ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si algún miembro de la familia entra en crisis, en el momento de la confirmación del ASI, se brinda la atención para apoyarla, incluyendo una interconsulta según sea necesario. • Orientación según la Ruta de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales. • Visitas domiciliarias: <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda activa de casos nuevos de ASI en otros miembros de la familia. • Evaluación de factores de riesgo en la familia asociados al ASI. • Presentación de los objetivos de la intervención terapéutica del ASI. • Complemento de las sesiones de psicoterapia. Seguimiento de las indicaciones. • Charlas de sensibilización en temas específicos. • Cierre de la intervención: Charla de sensibilización sobre la importancia de consultar ante cualquier duda o inquietud relacional con el ASI. • Sesiones de psicoterapia <ul style="list-style-type: none"> • Involucra a la familia en las sesiones de terapia de la VASI, con el propósito de que asuma la responsabilidad que le compete. • Charlas de prevención de una posible re-victimización. • Charlas de sensibilización respecto al ASI y los factores de riesgo asociados. • Cierre de la intervención: Charlas de sensibilización sobre las consecuencias que se pueden manifestar a largo plazo y la importancia de consultar inmediatamente ante cualquier duda o inquietud relacionada con el ASI.

Fuente: Entrevistas “Contribución a la garantía del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual infantil: el caso del Hospital de Engativá”, realizadas por Adriana Caicedo Z.

En cuanto al contacto con la familia de la VASI, éste se puede dar en dos espacios diferentes. El primero puede ser posterior a la notificación del evento al SIVIM, cuyo equipo de trabajo programa una visita domiciliaria en la cual se le explican a la familia las acciones que se presentan en la Tabla 4. En relación con la obligación de denunciar el ASI, como se extrae de la entrevista N. 22, al grupo familiar *“... se le explica que hay dos opciones para la denuncia, la primera consiste en que la familia ponga la denuncia en la comisaria de familia o donde sea pertinente y se canaliza, llenando la ficha de canalización. Pero si se ve que la familia no lo va hacer, se le explica que el profesional de la salud tiene la obligación de hacerlo...”*.

El otro espacio donde se puede producir el primer contacto con la familia de la VASI, es en el servicio de urgencias del HE o en la consulta de las IPS, cuando se consulta o se sospecha, y posteriormente se confirma un caso de ASI. Como se puede observar en la Tabla 4, se da un apoyo inicial frente a esa eventualidad, puesto que, como se afirmó en la entrevista N. 11, *“... si la mamá necesita se debe ayudar, porque ella también puede estar en shock, se solicita una valoración por psicología o psiquiatría...”*. Tal como lo afirma Castaño (2003) no se puede desconocer el sentimiento de desconcierto y el impacto que en el entorno familiar se produce, cuando se identifica una VASI y a su victimario. Posteriormente, una vez superada la crisis inicial, se dan a la familia las orientaciones respecto a la Ruta de Atención.

En los casos en que se identifique la VASI en el servicio de urgencias del HE, los funcionarios de algunas instituciones como el Instituto de Medicina Legal van al hospital para que se pueda realizar el reporte correspondiente. Según afirman los entrevistados, nunca dejan que la víctima y su familia se vayan del HE sin garantizar la Ruta de Atención. Tal como se afirmó en la entrevista N.11, *“...como institución del gobierno tenemos la obligación de reportar el evento [...] entonces*

nunca dejamos que la víctima y su familia se vayan sin asegurarnos que ya se haya denunciado. Si tienen que ir a Medicina Legal lo hacen en una ambulancia y regresan al hospital...". Finalmente, los entrevistados coinciden en afirmar que el acompañamiento en el servicio de urgencias del hospital finaliza cuando el médico termina las valoraciones necesarias y se ha realizado el trámite legal.

Una vez se inicia la intervención terapéutica del ASI, las acciones de intervención involucran a la familia con el propósito de comprometerla en cuanto a su responsabilidad frente al ASI y a la víctima (Tabla 4). Entre los temas que se refuerzan durante la intervención del ASI, se trabaja con las familias de las víctimas la importancia del acompañamiento a los niños (as) y adolescentes, las pautas de crianza, los roles parentales, la distribución del espacio en casos de hacinamiento buscando la privacidad del espacio entre los adultos y los niños, y la identificación de diferentes tipos de maltrato, etc.

Al observar la Tabla 4, se puede ver que la visita domiciliaria se convierte en una herramienta importante para los funcionarios del área de Salud Pública del HE, puesto que se convierte en un espacio en donde ayudan a que la familia se vuelva hacia la situación y asuma la responsabilidad que le compete, pero además según se obtuvo en la entrevista N.10, *"...la visita domiciliaria a la vez les permite a sus miembros la expresión de sus sentimientos, puesto que a veces las mamás asumen un sentimiento de culpa o de rabia frente al niño. Entonces hay que entrar a reflexionar con ellos, decirles que esa actitud no ayuda a que el niño disminuya su impacto del trauma... porque esa actitud de odio puede aumentar el complejo de culpa en el niño..."*. La visita domiciliaria se convierte en un espacio de interacción entre los integrantes de las familias de las VASI y los funcionarios del área de Salud Pública del HE, en el que se fortalecen los factores protectores, las redes familiares y las relaciones intrafamiliares, buscando que estas se caractericen por el amor, por espacios de cercanía y de confianza, basados en

unos adecuados canales de comunicación, como lo afirma la Fundación Plan (2007, Módulo 4, p.19).

Para concluir, se puede señalar que la familia debe ser por naturaleza y por obligación constitucional, el principal espacio protector para la población infantil y adolescente. Desafortunadamente, al caracterizar el ASI en la localidad de Engativá, se observa que en muchos casos los principales victimarios se encuentran al interior de la familia y, en algunos de estos casos, frente a la mirada pasiva de sus integrantes, quienes por diversas razones prefieren callar y ocultar la situación. Por lo tanto, es necesario reforzar con las familias, el reconocimiento que se debe hacer a cada uno de sus integrantes, incluyendo los niños (as) y adolescentes, como seres humanos con derechos. La familia debe ser un espacio en el que el interés superior del niño se respete y se garantice, y se satisfagan sus necesidades de compañía y de apoyo. Debe ser un espacio en el que se crea en la palabra del niño(a) y adolescente, pero además un lugar en donde se sientan seguros.

4.2.3 Enfoque de las actividades que implementa el área de Salud Pública para atender el ASI. antes de presentar el enfoque de las actividades, es necesario determinar si para los entrevistados, el ASI es un problema público o si se trata de un problema privado. La razón para este cuestionamiento está en que la OG-14 establece que la garantía del derecho a la salud exige la corresponsabilidad de los diferentes actores y sectores involucrados. Entonces, para efectos de dejar unas conclusiones que trasciendan y aportar algunos elementos para la construcción de una política pública desde este enfoque, se considera necesario establecer el límite entre lo público y lo privado en la problemática objeto de este estudio.

Para la mayoría de los entrevistados, el ASI es un problema que tiene un componente inicialmente privado, pero que se va socializando, y se convierte finalmente en un problema público. Como problema en principio privado, afirman que se trata de una situación que se vive en la esfera privada e íntima de la familia, puesto que en ese entorno, desafortunadamente, se encuentran los principales abusadores y, además, porque identifican unas condiciones particulares al interior de la familia que propician o facilitan esta conducta.

Pero, a su vez, reconocen que el ASI es un problema público, porque la dinámica de la familia está afectada por una serie de DS y porque, como se afirma en la entrevista N. 4, “...*la familia es el núcleo de la sociedad y cuando esta falla entonces está fallando toda la sociedad...*”. De manera similar en la entrevista N. 5, se señala “... *desafortunadamente en la familia se inicia, por sus condiciones, impacta en toda la sociedad, lo que interfiere a otros núcleos ya más amplios, no solamente el familiar...*”. Otros profesionales afirman que los niños (as) y adolescentes son responsabilidad de todos, lo que hace que el ASI sea un problema social (entrevistas 1 y 10).

Respecto a los DS que los entrevistados identificaron como asociados al ASI, y que tienen incidencia es su caracterización como problema privado o público, se encuentran los siguientes: un bajo ingreso familiar, la dependencia económica de las mujeres, la carencia en la satisfacción de las necesidades básicas, la soledad en que vive la niñez asociada a las condiciones laborales de los padres, los altos niveles de desescolarización, la influencia de los medios de comunicación, el inadecuado manejo del tiempo libre y el desconocimiento de la problemática. A este respecto como se afirma en la entrevista N. 18, “...*muchas veces la educación sexual que se imparte se relaciona principalmente con la educación a nivel de la sexualidad, se dirige hacia la parte reproductiva dejando de lado temáticas como el abuso sexual infantil...*”.

Otros DS a nivel cultural, identificados por los entrevistados, son la influencia de factores como la transmisión inter-generacional del ASI, la presencia del machismo, el temor a denunciar el evento, así como diferentes actitudes de tolerancia y permisividad ante diversas situaciones. Al respecto, en la entrevista N. 13, se afirma que *“...hoy en día todo es permitido, inclusive la parte sexual, los niños lo están viendo todo desde los tres años como algo muy normal...”*. Además, reconocen que existe la cultura de no creerle al niño, y de ejercer sobre él inadecuadas prácticas de crianza. Finalmente, también asocian el ASI, a la presencia de hogares con madres cabeza de familia y las diferentes formas de constitución familiar. En la entrevista N. 6, se dice al respecto: *“...las familias disfuncionales no pueden cumplir con sus funciones básicas de cuidado y de protección...”*, lo cual deja al niño en situación de vulnerabilidad para convertirse en VASI.

Teniendo en cuenta, por una parte, el reconocimiento de los diferentes factores asociados al ASI que fueron expuestos anteriormente y, por otra, las actividades que realiza el área de Salud Pública que han sido presentadas en esta investigación, se observa que la garantía del derecho a la salud de los niños (as) y adolescentes VASI, exige un trabajo a nivel interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial, lo que servirá de guía para la presentación del enfoque de las actividades, que se realizará a continuación.

En cuanto al trabajo interdisciplinario, se encontró que los funcionarios del área de Salud Pública, implementaron actividades desde cada disciplina, según su especialidad y campo de acción. Afirman que prevalece un trabajo articulado entre los miembros de los diferentes equipos de trabajo, en donde hay funcionarios de diversas disciplinas, como la medicina, la enfermería, la psicología, la odontología, el trabajo social, el saneamiento ambiental, entre otros. Al respecto en la entrevista N. 15, se afirma: *“...el trabajo interdisciplinario permite dar una*

respuesta desde la integralidad, teniendo en cuenta a todos los actores sociales que influyen de una u otra forma en el deterioro de la calidad de vida de estas personas...”

De acuerdo con lo señalado por los entrevistados, para atender el ASI, se realiza un trabajo interdisciplinario, especialmente en la implementación de las actividades de educación y capacitación, en las acciones dirigidas a reforzar la importancia de la notificación y la denuncia, y también durante el seguimiento al proceso de la atención de las VASI. Igualmente, reconocen la interdisciplinariedad en actividades de interconsulta para confirmar el diagnóstico del ASI o para la atención de la crisis familiar inicial, y para reforzar las acciones que se realizan en las sesiones de psicoterapia durante la intervención. Algunos ejemplos del trabajo interdisciplinario son el Comité de Salud Mental del HE, los Ámbitos de Vida Cotidiana, la articulación entre el trabajo de los ámbitos y el de las consultas de las IPS y la Red del Buen Trato, entre las más relevantes.

En cuanto al trabajo interinstitucional, en las entrevistas se identificó que las principales instituciones con las que se articula el área de Salud Pública del HE para atender el ASI, son las instituciones educativas, seguidas de la Policía de Infancia y Adolescencia y el Instituto de Medicina Legal. Respecto a las instituciones que pertenecen al sector de la educación, de la protección o de judicialización, los entrevistados identificaron que, además de las instituciones mencionadas anteriormente, el HE trabaja con la Personería Local de Engativá, con la Dirección Local de Educación de Engativá y la Unidad de Reacción Inmediata de la Fiscalía. Reconocen, asimismo, como positivo el trabajo que se realiza con la Red del Buen Trato en el seguimiento interinstitucional de las VASI.

Respecto al trabajo intersectorial, a pesar de que para algún entrevistado el ASI es un tema que se usa políticamente y que, por lo tanto, las acciones no generan

resultados, en términos generales los entrevistados reconocen que es positivo el trabajo intersectorial que realiza el área de Salud Pública para atender el ASI. Existe una molestia asociada a que, desafortunadamente, en muchos espacios de la localidad el sector de la salud es identificado como el único sector responsable de atender el ASI, lo que para ellos no es adecuado ni conveniente. Como se afirma en la entrevista N. 15, *“...el ASI no es un problema solo de salud sino también de es del sector de la justicia, del económico, del social, del sector de la educación...”*.

El trabajo intersectorial que implementa el área de Salud Pública del HE para atender el ASI, busca movilizar los diferentes sectores de la sociedad para afectar los DS. Se trabaja intersectorialmente en temas específicos como el seguimiento a las VASI, las condiciones de empleo y de la vivienda de las familias de la localidad, así como también en el reconocimiento de la importancia de la notificación y la denuncia del evento, entre otros. Respecto a la denuncia del ASI, para los entrevistados, los integrantes de la familia son los principales responsables, pero igualmente reconocen que la comunidad y la sociedad tienen la misma obligación en los casos en que la familia no lo haga.

En las entrevistas se encontró que los sectores con los que el hospital realiza un trabajo más activo en esta materia, son el sector judicial, asociado a la denuncia del ASI, y el sector educativo. Algunos ejemplos de espacios en donde se realiza un trabajo intersectorial son el Subcomité de Infancia, la Mesa de Salud Sexual, el Consejo Local para la Atención Integral a las Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Violencia y Explotación Sexual, el Comité Local del Abuso Sexual de la Red del Buen Trato, la Mesa de Erradicación de Trabajo Infantil, la Mesa de Sexualidad y Genero y el Comité de Participación Comunitaria, entre otras.

4.3 IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE OFRECE EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA DEL HOSPITAL DE ENGATIVÁ, DIRIGIDAS A ATENDER EL ASI

Las sub-categorías de análisis por medio de las cuales se presenta y se analiza la implementación de las actividades, son los factores que favorecen y los que restringen dicha implementación, tal como se puede observar, en la Tabla 5.

Tabla 5. Implementación de las actividades para atender el ASI. Salud Pública - Hospital de Engativá

Factores que favorecen y restringen la implementación de las actividades dirigidas a atender el ASI
Factores familiares que favorecen la implementación de las actividades <ul style="list-style-type: none">• Ha aumentado el compromiso familiar para notificar el ASI.• Ha aumentado el acompañamiento de las familias a las VASI en sus sesiones de intervención.
Factores familiares que restringen la implementación de las actividades <ul style="list-style-type: none">• Todavía hay una baja respuesta familiar frente a las VASI, asociada al desconocimiento sobre el ASI.• Existe tabú y dificultad para hablar sobre el ASI. Culturalmente hay aprobación de conductas asociadas al ASI.• Predomina la cultura del silencio para denunciar el ASI. Existe temor por parte de las familias para denunciar• el ASI.• Se presentan falsas notificaciones y reportes de ASI, asociados a conflictos al interior de las familias.• Falta compromiso y hay negligencia en el ejercicio del rol protector de los padres hacia sus hijos.• No hay una Política Nacional que incluya los factores laborales y educativos que intervienen en la dinámica familiar.• Hay deserción respecto de las terapias asociadas, por factores económicos y laborales de las familias de las VASI.

Factores de la localidad de Engativá que favorecen la implementación de las actividades

- Aumento en las manifestaciones de compromiso y de responsabilidad con los niños (as) y adolescentes.
- Reconocimiento en la comunidad por el trabajo que desempeña el HE para atender el ASI.
- Ha aumentado el reconocimiento social del ASI.
- Ha aumentado el compromiso comunitario para notificar el ASI.
- En el diagnóstico de la localidad se han identificado algunos sitios topo fóbicos de la localidad.
- Reconocimiento de algunos DS asociados al ASI que pueden intervenir desde diferentes campos de acción.

Factores de la localidad de Engativá que restringen la implementación de las actividades

- Hay desconocimiento sobre el ASI.
- Existe tabú y dificultad para hablar sobre el ASI. Culturalmente existe aprobación de conductas asociadas al ASI.
- Predomina la cultura del silencio para denunciar el ASI. Existe temor por parte de la comunidad para denunciar el ASI.
- A nivel educativo, prevalece lo académico. La educación sexual se enfoca en la sexualidad reproductiva.
- Existen altos niveles de des-escolarización en la localidad.
- Los estudiantes de las instituciones privadas no reciben las acciones del HE.
- La mayoría de la localidad por clasificación socioeconómica es estrato 3.
- Presencia de población con pocas oportunidades. Presencia de DS asociados al ASI
- La comunidad puede estar "saturada" de acciones del HE, lo que a veces no la hace receptiva de las acciones que dirige el área de Salud Pública para atender el ASI.
- Desconocimiento de la localidad puesto que no son residentes de la misma.

Factores relacionados con los profesionales de la salud y funcionarios del área de Salud Pública que favorecen la implementación

- Ha aumentado el conocimiento de las consecuencias personales y de los DS asociados el ASI.
- Se han divulgado las actividades que ofrece el HE para atender el ASI.
- Actitud de solidaridad e interés hacia los niños (as) y adolescentes.
- Reconocimiento de la importancia de la prevención, la notificación y denuncia, la intervención y la erradicación del ASI.
- Hay experiencia y conocimiento para la ejecución de las acciones dirigidas a atender el ASI.

Factores relacionados con los profesionales de la salud y funcionarios del área de Salud Pública que restringen la implementación

- Por falta de tiempo en la implementación de las actividades, el ASI no es prioritario en el interrogatorio de las actividades.
- Como generalmente el ASI no es un motivo de consulta, se prioriza la salud física.
- Manifestaciones de temor y dificultad para hablar del ASI y para atender a las VASI. Falta entrenamiento para abordar las familias de las VASI
- Por temor o desconocimiento, se puede canalizar el ASI como otra patología o se puede delegar la responsabilidad a disciplina o a otra instancia.

Factores relacionados con la oferta de las actividades que favorecen la implementación

- Disponibilidad de profesionales y de funcionarios de diferentes disciplinas para atender el ASI.
- Amplia oferta de acciones dirigidas a la educación y a la capacitación relacionada con el ASI.
- Las acciones del PIC cobijan a todos los usuarios del HE, sin discriminación.
- Las VASI afiliadas al régimen subsidiado y vinculados, tienen acceso al *“paquete de salud mental”*.
- En la atención de urgencias no hay discriminación en la atención, por la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- El Estado ha dispuesto una serie de herramientas jurídicas y normativas para atender el ASI.
- Las visitas domiciliarias permiten acercar al personal del HE a las familias y a la comunidad, facilitan la notificación de posibles VASI, permiten conocer el entorno de las VASI y también ayudan en el seguimiento a las acciones que se implementan.

Factores relacionados con la oferta de las actividades que restringen la implementación

- En ocasiones no hay disponibilidad del medicamento para la profilaxis del VIH, el cual es costoso para que las familias lo compren.
- En las IPS, el tiempo establecido para la realización de las consultas es muy corto (20 minutos), lo que dificulta la identificación de posibles VASI, además no hay un tiempo establecido formalmente para desarrollar las acciones de educación.
- El alto volumen de pacientes para la atención de urgencias del HE, no permite que los funcionarios focalicen la atención en la identificación del ASI.
- La duración para la implementación de las sesiones del *“paquete de salud mental”* se estableció sin tener en cuenta las particularidades de la VASI.
- No hay un esquema de seguimiento post- intervención, lo que no permite que se puedan identificar las consecuencias del ASI que se pueden manifestar a mediano o a largo plazo.
- Limitación de la implementación de las actividades en el horario nocturno con el propósito de

identificar posibles VASI en la población infantil trabajadora.

- La legislación nacional es muy permisiva para castigar al victimario. El ASI es un tema que se puede usar políticamente con fines particulares.
- Alta rotación de los funcionarios que trabajan en las IPS, que no permite apropiarse de la información recibida respecto a la atención del ASI.

Factores relacionados con el enfoque de las actividades que favorecen la implementación

- Ha aumentado la participación del HE en diferentes espacios de la localidad de Engativá.
- Los enfoques interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial permiten dar complementariedad a las acciones.
- En ocasiones funcionarios del Instituto de Medicina Legal se desplazan al HE para recibir la denuncia del ASI.
- El HE ayuda a canalizar y agilizar la atención de las VASI a nivel de las diferentes instituciones para continuar con la atención integral.
- La Red del Buen Trato favorece la articulación de diferentes sectores e instituciones con el sector de la salud.
- El trabajo intersectorial que desarrolla el área de Salud Pública del HE permite un acercamiento del HE a la comunidad.
- El trabajo intersectorial permite llegar a acuerdos en beneficio de las VASI
- Existe una buena articulación entre el sector de la salud y el sector de la educación, también con la Alcaldía local y con la Policía de Infancia y Adolescencia.

Factores relacionados con el enfoque de las actividades que restringen la implementación

- Al finalizar las sesiones de intervención en ocasiones se presenta dificultad en la remisión de la *Ficha de Seguimiento a la Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar. Esquema de la Ruta Crítica y Calidad de Servicio*, a las Unidades Notificadoras.
- Hay desarticulación de las actividades que realiza el área de Salud Pública del HE con las instituciones de salud privadas de la localidad para atender el ASI.
- El trabajo interinstitucional e intersectorial en ocasiones se limita a las remisiones de las VASI.
- Algunas veces el HE asume las competencias de otras instituciones para atender el ASI.
- Hay un mayor reconocimiento del sector judicial sobre el sector de la salud a nivel de la localidad, asociado a la denuncia del ASI.
- En algunos sectores de la localidad, se delega la responsabilidad de la atención del ASI al sector de la salud exclusivamente.
- Dificultad para asumir la corresponsabilidad para atender el ASI especialmente por parte de las familias y algunos sectores de la localidad.

- Hay sectores de la localidad que no se han integrado para atender el ASI, como la Iglesia y con los medios de comunicación.

Fuente: Entrevistas “Contribución a la garantía del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual infantil: el caso del hospital de Engativá” Realizadas por Adriana Caicedo Z.

Respecto a los factores que favorecen la implementación de las actividades a nivel familiar, tales como, el compromiso y el acompañamiento a las VASI, se observa que ellos se pueden ver afectados por el desconocimiento de la problemática y por la influencia de los diversos factores culturales. También se presentan condiciones de apoyo Estatal que no le permiten a la familia de las VASI, solucionar dificultades que repercuten en su dinámica familia, las cuales también pueden llevar al ausentismo de las sesiones de psicoterapia. En la entrevista N.27 se afirma que “...el ausentismo de las terapias a veces es porque la mama no puede dejar de trabajar o porque no tiene plata para ir al hospital...”. En cuanto a los costos que debe asumir la familia, se pueden asociar al traslado a la IPS, a la ausencia del trabajo para acompañar a la VASI o en su defecto al pago a una tercera persona para que acompañe a la víctima a las sesiones de psicoterapia.

Respecto a los factores que favorecen y obstaculizan la implementación de las acciones que se identificaron a nivel de la localidad de Engativá se encontró una caracterización similar a la que se presentó a nivel familiar, pero además los entrevistados reconocen que al interior de la localidad existen algunos DS asociados al ASI. Respecto a la clasificación socioeconómica de la localidad (ver Tabla 5), en el diagnóstico realizado por la Secretaria Distrital de Planeación en el 2009, se informó que el 77% de la población de la localidad se encuentra clasificada como estrato 3. Lo anterior, para algunos entrevistados es una barrera de acceso, ya que las actividades que realiza el área de Salud Pública del hospital, en su mayoría se dirigen a la población de los estratos 1 y 2. Al respecto, en la entrevista N.16, se afirma: “En la localidad existe una barrera relacionada

con la estratificación socio económica puesto que la mayoría de las personas están estratificadas en el nivel 3, el 84% de la población, pero eso no quiere decir que la población tenga una calidad de vida estrato 3...”. A su vez, en la entrevista N. 5 se dice “... la localidad por diagnóstico de salud es estrato 3. Hemos evidenciado que el estrato 3 tiene muchas más problemáticas que el 1 y 2. En el estrato 3 hemos encontrado hacinamiento porque eran casas grandes de familias nucleares o extensas, esas casas en estos momentos ellos migraron a otro lugar y esas casa quedan siendo inquilinatos y allí es donde tenemos mayor consumo de sustancias psicoactivas, de violencia intrafamiliar y de abuso sexual infantil...”.

En cuanto a los factores relacionados con los profesionales de la salud y los funcionarios del HE responsables de implementar las actividades para atender el ASI, se encuentra que el interés, la experiencia y la actitud frente al reconocimiento del ASI como una problemática de la localidad, así como también a la necesidad de atenderlo y erradicarlo, son factores que favorecen la ejecución de las acciones, pero a la vez consideran necesario fortalecer aspectos relacionados con algunos temores asociados con la problemática que pueden afectar su desempeño en la ejecución de las acciones. Consideran importante que desde la formación universitaria se capacite más en esta temática. Como se afirma en la entrevista N. 6, “...hay muchos profesionales que en sus facultades jamás tocaron ese tema. Entonces cuando van a tener que abordar esta situación no saben que hacer, ni se sienten cómodos con éste tipo consulta. Entonces se ve que el trabajo se hace a medias o queda mal hecho...”.

Respecto al enfoque de las actividades, reconocen positivamente la articulación del HE a nivel interinstitucional e intersectorial en diferentes escenarios de la localidad, en los cuales consideran que el hospital ha ido ganando reconocimiento. Afirman que poco a poco se irá cambiando la concepción de que el sector salud es el único responsable de atender el ASI. Respecto al trabajo interdisciplinario

reconocen que cuentan con un grupo de trabajo, que les permite ofrecer diferentes actividades, lo que facilita la complementariedad de las mismas. Como se puede ver en la Tabla 5, la visita domiciliaria vuelve a tener un papel protagónico, pues se reconoce como una de las actividades que permite un acercamiento del hospital a la familia y la comunidad. En todo caso, es importante tener presente que, según se afirma en las entrevistas, aunque se trata de una situación que ha ido cambiando, aún los funcionarios vinculados al sector de la salud manifiestan que en muchos espacios, este sector se reconoce como el único responsable de atender el ASI.

En cuanto a la oferta, encuentran una dificultad en relación con el número de “*paquetes de salud mental*” que se pueden implementar con cada VASI, pues afirman que este número no tiene en cuenta las particularidades de la víctima. Al respecto, en la entrevista N. 1 se afirmó que “*...hay muchas cosas que están enredadas en la víctima, que están completamente obstaculizadas y que requieren de un trabajo adicional, un poquito mas largo, un poquito mas detenido muchas veces para liberar a esa persona, para devolver la armonía, para devolver la capacidad a esa persona...*”.

Desde la oferta de los diversos instrumentos disponibles para atender el ASI, algunos entrevistados hacen un reconocimiento de las herramientas jurídicas y normativas que el Estado ha dispuesto para atenderlo, aunque también hay opiniones encontradas respecto a que hay laxitud en cuanto al castigo a los victimarios. En la entrevista N. 14 se afirma: “*...nuestra ley es muy permisiva abusan de un niño y le dan dos o tres años de cárcel y cómo quedo ese niño? de ahí en adelante que va hacer su vida? y el violador tranquilo y sale de la cárcel y otra vez a hacer lo mismo y quizás cosas peores...*”. Al respecto es pertinente señalar que la OG-14 establece un amplio marco normativo de las obligaciones, direccionadas todas ellas a garantizar el derecho a la salud de las VASI. El Estado

colombiano ha adoptado diversas normas que sirven de guía para el desarrollo de las actividades que implementa el área de salud pública del HE para atender el ASI.

5. CONSIDERACIONES FINALES: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como ya se ha señalado, el propósito de esta investigación es realizar un aporte para la construcción de una política pública dirigida a los niños(as) y adolescentes VASI. Este aporte realizado desde el enfoque del derecho a la salud a partir de la OG-14 tendrá en cuenta las acciones que adelantó el área de Salud Pública del HE para atender el ASI en el periodo analizado. Es importante recordar que el alcance de este trabajo de investigación, está referido a una aproximación a la garantía del derecho a la salud desde la citada observación OG-14, y por lo tanto de sus cuatro elementos, solo se tuvieron en cuenta los aspectos relacionados con dos de ellos, a saber, la disponibilidad y el acceso.

Respecto a la necesidad de la elaboración de una política pública, además de ser el propósito de la investigación, se sustenta también en el reconocimiento de que al interior del país hay un amplio marco jurídico y normativo para atender el ASI, pero, a pesar de esto, aún existe una debilidad frente a las recomendaciones de la OMS respecto a la violencia sexual (OMS y OPS, 2002, p.40), en las que se ratifica la necesidad de promulgar un plan de acción nacional que integre las políticas públicas y sociales buscando prevenir el ASI. Por lo tanto, es necesario que, además de las herramientas jurídicas y normativas, también se diseñe una política pública integral, en la que se consagren los diversos instrumentos y herramientas dirigidos a atender y erradicar el ASI, lo que se extiende a los niños (as) y adolescentes VASI.

A fin de realizar el aporte que se ha planteado anteriormente, es necesario remitirse al planteamiento de A. Roth (2007, p.26), que define una política pública como el conjunto de objetivos deseables o necesarios a nivel colectivo, que son alcanzables por medio de la ejecución de acciones que deben ser implementadas

por una institución u organización gubernamental. El propósito de la política es orientar el comportamiento de los diferentes actores, tanto a nivel individual como colectivo, con el fin de modificar una situación que ha sido percibida como insatisfactoria o problemática (Roth, 2007, p.27). Para su formulación, se requiere de cuatro elementos, entre ellos el compromiso de las autoridades estatales con miras a alcanzar los objetivos que se propongan, la identificación de un problema por parte de los diferentes actores comprometidos con la cuestión, la definición de los objetivos que pretenden afectar la problemática identificada y el proceso a seguir para cumplir los objetivos.

Ciertamente, ya se ha explicado, el ASI es una situación que bien puede calificarse como “insatisfactoria o problemática”, en la cual según el planteamiento de Nussbaum a partir de la información obtenida por parte de los entrevistados, el victimario utiliza a la víctima como un medio para alcanzar sus fines propios. Se ratifica entonces que el ASI es una situación que vulnera la dignidad humana de cada una de sus víctimas, pues los niños (as) y adolescentes VASI, son los principales perjudicados o afectados con ese nocivo comportamiento, y es evidente que no se les respeta su dignidad como personas y se violan sus derechos como seres humanos. Por consiguiente se les está privando de la posibilidad de crecer en las condiciones de bienestar físico, mental y social, que les permitan desarrollarse como sujetos de derechos.

Para quienes nos encontramos interesados en dicha temática, en el propósito de contribuir a erradicar esta problemática de la sociedad, es importante tener en cuenta que cada número o cifra en las estadísticas de ASI, representa la vida de un niño(a) o de un adolescente, todos ellos seres humanos que están en proceso de crecimiento y desarrollo, que son vulnerados en su condición y dignidad humana por sus victimarios, en muchos casos adultos cercanos, en quienes el

niño (a) y adolescente, debe confiar puesto que depende de ellos para asegurar su supervivencia material y su maduración afectiva.

En relación con lo anterior y teniendo en cuenta la lista de las capacidades que Nussbaum plantea, la cual corresponde a una descripción de los derechos sociales mínimos (Nussbaum, 2007, p.86), los cuales son requisito para llevar una vida digna, se puede decir claramente que el ASI priva a sus víctimas de la posibilidad de desarrollar sus capacidades al interior de una sociedad justa (Nussbaum, 2007, p.86). Todo lo anterior, necesariamente amerita la intervención de los diferentes actores involucrados para enfrentar esa situación y procurar darle soluciones satisfactorias para prevenir y atender el ASI, como también para enfrentar en cada VASI la vulneración de capacidades, como la vida, la salud e integridad física, los sentidos, la imaginación y el pensamiento, la razón pública, la afiliación y el juego, entre otros.

A partir del reconocimiento del ASI como una situación problema y de la contribución de la OG-14 para garantizar el derecho a la salud a las VASI, en donde se reconoce la necesidad de que para alcanzar el nivel más alto de salud posible como garantía de éste derecho se exige que este derecho se entienda como la posibilidad de disfrutar tanto a nivel personal, familiar y colectivo, de una serie de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios (ONU, 2000, art. 9), bajo la participación y corresponsabilidad de diferentes actores, desde un enfoque interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional. Además de lo anterior, la OG-14 plantea la necesidad de la interacción del derecho a la salud con otros derechos, de la intervención de los determinantes sociales asociados al ASI entre ellos los factores socioeconómicos, de la implementación de diversos instrumentos dirigidos a atender dicha problemática y así como la asignación de recursos para atenderla, a continuación se consignan las conclusiones y las recomendaciones del trabajo de investigación realizado.

5.1 CONCLUSIONES: Reconociendo la corresponsabilidad del sector de la salud en la garantía del derecho a la salud de los niños(as) y adolescentes VASI, y con el propósito aportar en el diseño de una política pública a partir de dicha Observación, es necesario realizar las siguientes conclusiones respecto de los hallazgos que surgieron de la investigación realizada respecto de las acciones que implementa el área de Salud Pública del HE para atender el ASI.

-Con fundamento en las entrevistas, se puede concluir que para los entrevistados una VASI es una persona a la que, por la experiencia sexual inapropiada y no consentida que ha vivido, se le ha privado de las condiciones necesarias que le permitan crecer y desarrollarse plenamente de acuerdo con su dignidad humana, dejándolos en situación de desventaja o de desigualdad frente a los otros miembros de la comunidad. Por lo anterior, se puede reafirmar que el ASI es un problema de Justicia Social, desde el enfoque de Nussbaum. Es por esto que para un formulador de políticas públicas es necesario reconocer a las VASI como sujetos de derechos, y en el momento de elaborar e implementar una estrategia dirigida al reconocimiento de sus derechos, procurar que estos sean priorizados (Nussbaum, 2007).

- De acuerdo con las características de la oferta del derecho a la salud según la OG-14, los niños (as) y adolescentes VASI de la localidad de Engativá cuentan de las instalaciones de salud necesarias para que se implementen las actividades dirigidas a atender el ASI, las cuales se encuentran distribuidas en las diferentes UPZ de la localidad, incluyendo las que reportan los mayores índices de violencia en los últimos años, de acuerdo con las notificaciones que se registraron a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del SIVIM. Es necesario reconocer que cada IPS cuenta con personal de diferentes disciplinas para atender el ASI de acuerdo con los lineamientos establecidos por la SDS, y en los casos en que la VASI requiera de una especialidad diferente que no esté disponible en la IPS, se

dispone de los mecanismos para realizar la remisión y canalización de la atención según las necesidades de la víctima y de su familia. Además de lo anterior, el trabajo que adelantan los funcionarios del área de Salud Pública, especialmente desde los Ámbitos de Vida Cotidiana, permite que el hospital haga presencia en diferentes espacios de la comunidad, acercándolo a los habitantes de la localidad y poniendo a su disposición las acciones que ofrece el área de Salud Pública para atender el ASI.

- Respecto del acceso a las actividades para garantizar el derecho a la salud según la OG-14, se puede afirmar que, a pesar del reconocimiento que se hace a la cobertura del PIC, hay un amplio sector de la población de la localidad que se encuentra en condición de vulnerabilidad frente al ASI, puesto que no recibe las acciones que implementa el área de Salud Pública del HE. Lo anterior, asociado a la clasificación socioeconómica en el estrato 3 del 77% de la población, y a que hay un elevado número de habitantes que se encuentran afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por lo tanto, se deduce que un número elevado de VASI no recibe las acciones de intervención terapéutica correspondientes al “*paquete de salud mental*” y a que la intervención del evento la debe realizar de manera particular o por medio de su EPS, asumiendo los costos que esto genere para su familia.

- Continuando con el planteamiento de la oferta como elemento constitutivo del derecho a la salud desde la OG-14, en cuanto al inventario y al enfoque de las actividades que implementó el área de Salud Pública para atender el ASI, se encontró que se realizan actividades dirigidas a los niños(as) y adolescentes, a la comunidad en general y específicamente a las familias de las VASI. Al respecto, se destaca que estas acciones responden a lo que está establecido en el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012 y al PIC, desde un enfoque a nivel interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial que a su vez está acorde con lo

planteado en la OG-14. Para la realización de dichas acciones”, el HE es la cabeza rectora, y desde el área de Salud Pública, convergen los funcionarios vinculados a las IPS del hospital, al área del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, así como también los que trabajan al frente de los diferentes Ámbitos de Vida Cotidiana, como son el Escolar, Familiar, Comunitario, IPS y Laboral, cada uno de éstos según su campo de acción. Se destaca que los funcionarios de estas diversas instancias procuran trabajar de manera integral y complementaria.

- La respuesta estatal que a través del PIC, del POS y del “*paquete de salud mental*”, garantiza el derecho a la salud de las VASI, permite afirmar que estos son instrumentos que contribuyen a materializar la política distrital, a través del área de Salud Pública, en donde se reconoce la importancia del ASI como un evento de salud pública de inmediata notificación y, por lo tanto, se realiza un gran esfuerzo para lograr su identificación, notificación y denuncia.

-Es factible afirmar que las actividades que el área de Salud Pública del HE ofrece para garantizar el derecho a la salud según la OG-14, por medio de la implementación del PIC, del POS y del “*paquete de salud mental*”, hacen un énfasis en las acciones de promoción de la salud y de prevención del ASI, buscando fortalecer los factores protectores y erradicar los factores de riesgo tanto a nivel personal como familiar y del contexto. En cuanto a las actividades que se realizan a nivel individual, son acciones que contribuyen a que los niños(as) y adolescentes fortalezcan diferentes capacidades que puede usar en beneficio propio tanto a nivel personal, familiar y colectivo, con el fin de buscar un equilibrio frente a las situaciones que los ubican en una situación desfavorable y, por lo tanto, los convierte en una población en situación de vulnerabilidad frente al ASI.

- Un aspecto que genera alguna inquietud es que para los niños(as) y adolescentes VASI, no hay disponible ningún seguimiento post-intervención terapéutica, puesto que no está establecido por la SDS. Para algunos entrevistados, la intervención que se realiza no alcanza a abarcar las secuelas que se pueden manifestar a mediano o a largo plazo, pero, en contraposición, para otros entrevistados, el seguimiento post-intervención solo generaría una re-victimización de la VASI.

- En cuanto a la familia de la VASI, como núcleo primario de apoyo con el que cuentan los niños (as) y adolescentes, es fundamental considerarla en el momento de atender el ASI, como también para formular e implementar una política pública en la materia. Al respecto se encontró como fortaleza el acercamiento a las familias de las víctimas especialmente en las sesiones de psicoterapia que se ofrecen, pero también en la implementación de otras acciones como las visitas domiciliarias, que para los entrevistados son instrumentos efectivos para acercarse a diferentes espacios de la comunidad. Este aspecto es fundamental para la garantía del derecho a la salud de las VASI, puesto que al interior de las familias, se encuentran en muchos casos los victimarios, además de diferentes factores de riesgo y de determinantes sociales que es necesario cambiar para atender el ASI.

- Teniendo en cuenta que el grupo familiar en algunos casos oculta y evita que se identifique el ASI, es importante resaltar que las familias de las VASI cuentan con el acompañamiento por parte del personal del HE, una vez se ha identificado el evento, ya sea para apoyarla si entra en crisis como también para dar las indicaciones necesarias que permitan la canalización de la atención según lo dispuesto en la Ruta de Atención.

-Respecto a las actividades que la comunidad tiene disponible para atender el ASI, sin desconocer que todavía socialmente existe una deuda con las VASI, se puede señalar que las actividades que implementa el área de Salud Pública del HE, permiten el fortalecimiento de las redes sociales y de la colectividad en torno al reconocimiento del ASI y de los niños(as) y adolescentes VASI. Además, estas actividades contribuyen a que la sociedad y la comunidad tomen conciencia frente a la responsabilidad que tienen con la infancia y la adolescencia, a creer en ellos y a anteponer el interés superior del niño, frente a cualquier interés particular, tal y como lo exigen la Constitución Nacional y la CIDN.

5.2 RECOMENDACIONES: De acuerdo con las conclusiones presentadas anteriormente a partir de los hallazgos obtenidos en las entrevistas efectuadas, a continuación se plasman algunas recomendaciones, las cuales sirven para la formulación de una política pública y para el desarrollo de futuros trabajos de investigación:

-El ASI es una problemática que no puede atenderse sólo desde el área de la salud, sino que se requiere que se pongan en práctica acciones complementarias que lleven a atenderlo desde sus raíces sociales, culturales, económicas y psicológicas, entre otras, para que en un tiempo no muy lejano nuestros niños(as) y adolescentes puedan vivir en condiciones plenas acordes con su dignidad humana.

-Para estos efectos es necesario que desde la formulación de las políticas, hasta la implementación de las acciones, se tenga en cuenta que la atención de las VASI no es una tarea que le compete solamente al sector de la salud, sino que, por el contrario, requiere de un trabajo interinstitucional e intersectorial en donde participen todos los actores corresponsables. Al respecto es importante señalar que aunque para los entrevistados, el HE ha aumentado su participación en

diferentes espacios de la localidad, este aspecto es necesario seguir fortaleciéndolo.

-Se destaca que para los entrevistados es necesario que en las actividades se busque la integralidad en el abordaje del ASI, lo que implica que se involucren más sectores e instituciones que hacen presencia en la localidad, como son la iglesia y los proveedores de servicios públicos. Desde este mismo enfoque consideran importante vincular a la academia, esto es, a las universidades presentes en la localidad y a las facultades que forman a los diferentes funcionarios y profesionales que pueden realizar acciones dirigidas a atender esta problemática. Asimismo, consideran necesario fortalecer el trabajo con el sector educativo, que estiman como uno de los sectores con el que mejor se puede trabajar, con el propósito de fortalecer, junto con la familia, los factores protectores de los niños (as) y adolescentes.

-En el mismo sentido, con el fin de erradicar de algunos funcionarios del área de Salud Pública del HE, factores que pueden influir en el desempeño de sus actividades, como son el temor y la incertidumbre frente a la identificación y atención del ASI, se necesita brindarles las herramientas necesarias que los fortalezcan en estos aspectos.

-Respecto al número de sesiones de psicoterapia que se implementan como parte del *“paquete de salud mental”*, es necesario ofrecer a los profesionales responsables de la implementación de dichas sesiones, de las herramientas necesarias para que de acuerdo con la individualidad de cada VASI y con su criterio profesional, se pueda poner a disposición de las VASI el número de sesiones que necesita, de manera particular.

-En el trabajo de investigación se encontró que la inasistencia a las sesiones de la psicoterapia que ofrece el “*paquete de salud mental*”, en algunos casos se encuentran relacionadas a factores familiares asociados a situaciones económicas. Al respecto debe recordarse que tanto la Constitución Política como los tratados internacionales ratificados por Colombia, así como las leyes y la jurisprudencia nacional que se refieren al ASI, reconocen que la familia es el principal actor responsable frente a la niñez y la adolescencia. Por lo tanto, para garantizar el derecho a la salud de los niños(as) y adolescentes VASI, es necesario fortalecer a las familias con herramientas que le permitan satisfacer sus necesidades básicas para vivir de manera digna, entre las cuales se encuentran políticas laborales. También es necesario concientizarla y educarla en diferentes aspectos para que sus integrantes puedan convivir y compartir entre sí, reconociéndolos a todos como sujetos de derechos.

-Las actividades que se ofrecen desde el área de Salud Pública, hacen un alto énfasis en la denuncia y en la notificación del ASI. Lo anterior es positivo puesto que ayuda a identificar posibles VASI y según lo obtenido en la entrevistas, contribuye a cumplir con los objetivos que se presentaron en la Tabla 1 (*ayudar a terminar con la situación que vive la víctima, a canalizar e iniciar la intervención del ASI y a iniciar la restitución de los derechos de las VASI*). Pero, además de estas importantes actividades, es necesario fortalecer aún más aquellas acciones que les permitan a los niños(as) y adolescentes como a las familias de las VASI y a la comunidad en general, llevar una vida digna, contando con diferentes oportunidades para realizarlas.

- Según la información obtenida en las entrevistas, la garantía del derecho a la salud a las VASI tiene un componente muy sólido basado en la oferta de acciones de educación en espacios como las instituciones educativas o de salud, así como también durante la visita domiciliaria. Se puede decir que se trata de acciones

fundamentales en la intervención del ASI, y por lo tanto es necesario concientizar y capacitar a los funcionarios que realizan acciones dirigidas a atender dicha problemática, a fin de que se aprovechen al máximo los diferentes espacios de interacción con los niños(as) y adolescentes y con la comunidad en general. Lo anterior tiene el propósito de que el sector salud como agente corresponsable en la intervención del ASI, le ayude a reconocer y a fortalecer a cada ciudadano, un nivel mínimo adecuado de sus capacidades, para contribuir en la construcción de una sociedad más justa, teniendo en cuenta a aquellos sectores de la población que se encuentran en situación de desventaja, como es el caso de los niño(as) y adolescentes VASI.

-Un aspecto que no se contempló en ninguna de las actividades realizadas por parte del área de Salud Pública del HE, tiene que ver con la intervención que se debe hacer con los victimarios. Al respecto solamente se hizo referencia al castigo que imparte la ley penal. Para un formulador de política pública es importante considerar que teniendo en cuenta el vínculo que existe entre el ASI y los factores culturales y sociales asociados al evento, es importante ofrecer actividades que permitan fortalecer la identificación y la prevención respecto de posibles victimarios. Para lo anterior, es necesario disponer de herramientas para que tanto el posible victimario como su red de apoyo, sepan reconocer lo que está sucediendo ante cualquier indicio de deseo que lo pueda llevar a agredir sexualmente a un niño(a) o adolescente, con el fin de buscar la ayuda necesaria en el momento indicado. Por supuesto, el Estado debe disponer de las alternativas indispensables para ofrecer la intervención adecuada, ya que por cada victimario que se intervenga, se pueden salvar a muchos niños (as) y adolescentes. Es decir, las alternativas que se deben ofrecer en este aspecto deben ir más allá de la adopción de instrumentos jurídicos de carácter sancionatorio, realizando de manera complementaria acciones de naturaleza preventiva.

Para finalizar este trabajo de investigación, se puede decir que teniendo en cuenta la OG-14, las actividades que implementa el área de Salud Pública del HE, contribuyen de una manera positiva con la garantía del derecho a la salud de los niños(as) y adolescentes VASI, puesto que las víctimas cuentan a nivel personal, familiar y colectivo, con una oferta y una disponibilidad de bienes, programas, servicios y de personal para atender el ASI. Se destaca que las acciones conducen a mejorar la calidad de vida de las VASI, de sus familias y en general de las personas de la localidad de Engativá, por medio de la intervención de determinantes sociales intermediarios, asociados al ASI. Confluyen en estas acciones la participación de diferentes actores corresponsables desde un enfoque interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional, en donde el sector salud desde el área de Salud Pública del HE juega un papel protagónico.

No obstante lo anterior, esta situación puede mejorar en diversos aspectos según lo presentado con anterioridad, con el propósito de erradicar el ASI de la vida de todos los niños(as) y adolescentes así como también permitirles llevar una vida digna, lo cual es una deuda que el Estado, las familias y la sociedad en general, tienen con este grupo poblacional. Para tal fin, es necesario proveer a los funcionarios del área de Salud Pública del HE, de las herramientas que les permita fortalecer acciones dirigidas a: afectar los DS tanto estructurales como intermediarios asociados al ASI, a la interrelación del derecho de la salud con otros los otros derechos, así como también es necesario facilitarles diversos instrumentos además de los jurídicos, para atender el ASI, ratificando con esto la necesidad de formular una política pública dirigida a atender esta problemática en el país. Queda pues, después de acabar este trabajo de investigación, además de lo planteado anteriormente, una puerta abierta para continuarlo desde los otros dos elementos del derecho a la salud establecidos en la OG-14, a saber, la aceptabilidad y la calidad de las acciones que ofrece el HE para atender el ASI.

BIBLIOGRAFÍA

Agenda de salud para las Américas. (2007, 3 de junio). “Lanzamiento de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017”, Declaración de los ministros y secretarios de salud, Panamá. [en línea], disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf, recuperado: 19 de junio de 2011.

Alcaldía Mayor de Bogotá (AMB) (2003), Consejo Distrital de Política Social, Lineamientos Generales de Política Social para Bogotá 2004-2014. Una aproximación desde los derechos de la niñez, la juventud, las mujeres, las personas mayores y la familia, Bogotá.

Alcaldía Mayor De Bogotá (AMB) (2004), Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes Bogotá 2004-2008 “Quiéreme bien, quiéreme hoy porque la niñez se vive sólo una vez”, Bogotá.

Alcaldía Mayor de Bogotá (AMB) (2006), Secretaría de Gobierno Diagnóstico de Seguridad de la Localidad de Engativá, Bogotá.

Alcaldía Mayor de Bogotá (AMB) (2006), Contextualización sobre la línea telefónica al alcance de los niños, las niñas 106 y los adolescentes, Bogotá.

Alcaldía Mayor de Bogotá (AMB) et al. (2008), Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud. Convenio secretaria distrital de salud – Fondo de población de Naciones Unidas (UNFPA).Bogotá. [en línea], disponible en:

http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/PDF/protocolo_para_el_abordaje.pdf, recuperado: 2 de junio de 2011.

Alejo, H. (2008), "Vigilancia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual". Dirección de salud pública, área de vigilancia en salud pública. Ficha técnica, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá.

Alejo, H. (2011), Maltrato a niñas, niños y adolescentes en el Distrito Capital, en Comparativo de Violencia Intrafamiliar 2009-2010, Bogotá.

Álvarez C.F. (2008), Falta de educación y abuso infantil, dos problemas serios para Engativá [en línea], disponible en: <http://www.bogotaoccidente.com/2008/09/04/falta-de-educacion-y-abuso-infantil-dos-problemas-serios-para-engativa/>, recuperado: 23 de mayo de 2011.

Álzate P, M.V. (2004, julio), "*El descubrimiento de la Infancia (I): Historia de un sentimiento*", en Revista electrónica de Educación y Psicología. [REPES]. año I, núm. 1, 2004.

Ayala Ramírez, R (dir.), (2009), Cámara de Comercio de Bogotá: Perfil económico y empresarial de la localidad de Engativá, Bogotá.

Audiencia local de Engativá (2010), Rendición de Cuentas para las Políticas de los niños, niñas y adolescentes. Eventos Locales de Rendición de Cuentas 2010, Bogotá.

Cámara de Comercio de Bogotá (CCB), (2007), Perfil económico y empresarial. Localidad de Engativá. Bogotá.

Castañeda, A.M. et al. (2003), Niñas y adolescentes con historia de abuso sexual infantil. 2003. [en línea], disponible en: http://www.derechosdelainfancia.cl/docs/imgs/imgs_doc/237pdf, revisado el 31 de Julio de 2010.

Cillero, M. (1998), El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los derechos del Niño, en: Infancia, ley y democracia en América Latina, Temis - De Palma, Bogotá – Buenos Aires.

Colombia (1991), Constitución Política, Bogotá, Legis.

Colombia, Congreso de la República de Colombia (1993, 23 de diciembre), “Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, en Registro Distrital, núm. 41.148, 23 de diciembre de 1993, Bogotá.

Colombia, Congreso de la República de Colombia (1996, 16 de julio), “Ley 294 del 16 de julio de 1996, por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar”, en Registro Distrital, núm. 44837, 22 de julio de 1996, Bogotá.

Colombia, Congreso de la República de Colombia (2000, 9 de febrero), “Ley 575 del 9 de febrero de 2000, por medio de la cual se reforma parcialmente la Ley 294 de 1996”, en Registro Distrital, núm. 43889, 11 de febrero de 2000, Bogotá.

Colombia, Congreso de la República de Colombia (2004, 31 de agosto), “Ley 906 del 31 de agosto de 2004, por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal. (Corregida de conformidad con el Decreto 2770 de 2004)”, en Registro Distrital, núm. 45658, 01 de septiembre de 2004, Bogotá.

Colombia, Congreso de la República de Colombia (2006, 8 de noviembre), “Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”, en Registro Distrital, núm. 46466, 08 de noviembre de 2006, Bogotá.

Colombia, Alcaldía Mayor de Bogotá (2006, 27 de noviembre), “Decreto 482 del 27 de noviembre de 2006, por el cual se adopta la Política Pública de Juventud para Bogotá D.C 2006-2016”, en Registro Distrital, núm. 3659, 29 de noviembre de 2006, Bogotá.

Colombia, Congreso de la República de Colombia (2007, 10 de julio), “Ley 1146 del 10 de julio de 2007, por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente”, en Registro Distrital, núm. 46446, 08 de noviembre de 2006, Bogotá.

Colombia, Congreso de la República de Colombia (2007, 9 de enero), “Ley 1122 del 9 de enero de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, en Registro Distrital, núm. 46506, 09 de enero de 2007, Bogotá.

Colombia, Congreso de la República de Colombia (2008, 23 de julio), “Ley 1236 del 23 de julio 2008, por medio del cual se modifican algunos artículos del Código Penal relativos a delitos de abuso sexual”, en Registro Distrital, núm. 47059, 23 de julio de 2008, Bogotá.

Colombia, Congreso de la República (2009, 15 de julio), “Ley 1327 del 15 de julio de 2009, por medio de la cual se convoca a un Referendo Constitucional y se

somete a consideración de un pueblo un proyecto de reforma constitucional”, en Diario Oficial núm. 47.411, 15 de julio de 2009, Bogotá.

Colombia, Congreso de la República de Colombia (2011, 19 de enero), “Ley 1438 del 19 de enero de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, en Registro Distrital núm. 47957, 19 de enero de 2011, Bogotá.

Colombia, Consejería Presidencia para la Política Social (2002), Manual De Operaciones de la Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar Haz paz. Documento de Trabajo, Bogotá.

Colombia, Concejo de Bogotá (2005, 04 de abril), “Acuerdo 152 del 4 de abril 2005, por el cual se modifica el Acuerdo 12 de 1998 y se adoptan medidas para la atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar y violencia y explotación sexual” [en línea], disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16212>, recuperado: 24 de junio de 2011.

Colombia, Concejo de Bogotá (2005, 24 de junio), “Acuerdo 155 del 24 de junio de 2005, por medio del cual se crea el programa de seguimiento y apoyo a familias afectadas por la violencia intrafamiliar-PARVIF”, en Registro Distrital, núm. 3348, 24 de junio de 2005, Bogotá.

Colombia, Concejo de Bogotá, (2008, 09 de junio), “Acuerdo 308 del 09 de junio de 2008, por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D.C. 2008-2012. BOGOTA POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR”, en Registro Distrital, núm. 3996 11 de junio de 2008, Bogotá.

Colombia, Concejo de Bogotá (2008, 24 de septiembre), “Acuerdo 329 del 24 de septiembre de 2008, por medio del cual se institucionaliza la Semana Distrital del Buen Trato desde el 19 de noviembre hasta el 25 de noviembre de cada año en Bogotá, D.C.” [en línea], disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=32772>, recuperado: 24 de junio de 2011.

Colombia, Concejo de Bogotá (2009, 26 de noviembre), “Acuerdo 406 del 26 de noviembre de 2009, por medio del cual se fortalece la atención terapéutica como un componente de salud mental para los casos de violencia intrafamiliar y sexual en Bogotá, D.C.”, en Registro Distrital, núm. 4329, 27 de noviembre de 2009, Bogotá.

Colombia, Corte Constitucional, (1993, diciembre), “*Sentencia*, T-597-93”, M.P.: Cifuentes Muñoz, E., Bogotá.

Colombia, Corte Constitucional, (2008, julio), “*Sentencia*, T-760-08”, M. P.: Cepeda Espinosa, M. J., Bogotá.

Colombia, Corte Constitucional, (2010, mayo), “*Sentencia*, C-397-10”, M. P.: Henao Pérez, J. C., Bogotá.

Colombia, Corte Constitucional, (2010, mayo), “*Sentencia*, C-61-08”, M.P.: Pinilla Pinilla, N., Bogotá.

Colombia, Fiscalía General de la Nación. (2011). Requerimiento No. 00007228. Referencia: “Solicitud estadística abusos sexuales infantiles localidad de Engativá” Bogotá. Dirección Seccional de Fiscalías de Bogotá

Colombia, Ministerio de Protección Social (2003), Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Dirección General de Salud Pública.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2007, 10 de agosto), “Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010”, en Diario Oficial núm. 46716 del 10 de agosto de 2007. Bogotá.

Colombia, Ministerio de Educación Nacional (2011), Plan Decenal de Educación 2006-2016. Bogotá.

Colombia, Ministerio de Salud (1993, 4 de octubre), “Resolución 008430 del 4 de octubre de 1193, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.” [en línea], disponible en: <http://190.27.195.165:8080/index.php?idcategoria=1395>, recuperado: 24 de junio de 2011.

Colombia, Ministerio de Salud (2000, 25 de febrero), “Resolución 412 del 25 de febrero de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.” [en línea], disponible en: http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad_Regimen_Contributivo/resolucion_412_2000.pdf, recuperado: 24 de junio de 2011.

Colombia, Superintendencia Nacional de Salud (2008, 12 de diciembre), “Resolución 1776 del 12 de diciembre de 2008, por medio de la cual se determina

la escala de sanciones y procedimientos por incumplimiento a los preceptos señalados en el artículo 9° de la Ley 1146 de 2007.” [en línea], disponible en: http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/resolucion/supersalud/resolucion_supersalud_1776_2008.html, recuperado: 24 de junio de 2011.

Defensoría del Pueblo (2009, enero), Sistema de seguimiento de y evaluación de una política pública de salud a la luz del derecho a la salud. Serie DESC. Bogotá. 2006.

Fundación Plan (2007), Estrategia de prevención integral de abuso sexual infantil, “El abuso sexual es intolerable, ponle los 6 sentidos”, Módulo 1-4, Colombia.

Hermida, G. (2008, 11 de septiembre), entrevistado por Caicedo, A., Bogotá.

Hernández, J. (2007), *Colombia: derechos humanos y administración de justicia en el contexto de la justicia transicional*, en X Encuentro de la Jurisdicción Ordinaria, Cali.

Hospital de Engativá (HE), (2005), Red del Buen Trato. Portafolio de Servicios. Localidad de Engativá, Bogotá.

Hospital de Engativá, Área de Vigilancia en Salud Pública. (2006), Análisis de los seguimientos realizados durante el cuarto trimestre de 2006, Bogotá.

Hospital de Engativá, Área de Vigilancia en Salud Pública. (2007), Análisis de los seguimientos realizados durante el tercer trimestre de 2007, Bogotá.

Hospital de Engativá, Área de Vigilancia en Salud Pública. (2007), Análisis de los seguimientos realizados durante el primer trimestre de 2007, Bogotá.

Hospital de Engativá, Área de Vigilancia en Salud Pública. (2007), Análisis de los seguimientos realizados durante el segundo trimestre de 2007, Bogotá.

Hospital de Engativá, Área de Vigilancia en Salud Pública. (2008), Análisis de los seguimientos realizados durante el primer trimestre de 2008, Bogotá.

Hospital de Engativá, Área de Vigilancia en Salud Pública. (2009), Análisis de los seguimientos realizados durante el segundo trimestre de 2009, Bogotá.

Hospital de Engativá, Área de Vigilancia en Salud Pública. (2009), Análisis de los seguimientos realizados durante el tercer trimestre de 2009, Bogotá.

Hospital de Engativá, Área de Vigilancia en Salud Pública. (2009), Análisis de los seguimientos realizados durante el cuarto trimestre de 2009, Bogotá.

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF), (2006), Centro de Referencia Regional sobre Violencia – CRR Regional Bogotá. DANE. Censo de población. Proyecciones municipales. Veeduría Distrital – Asociación Afecto. Citado por Veeduría Distrital, Tercer Boletín Indicadores Sociales “Vivir en Bogotá” , Bogotá.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF), (2011), Centro de Referencia Regional sobre Violencia – (CRRV). Requerimiento No. 046-CRRV-2011. Referencia: Respuesta solicitud de información estadística “Casos de abusos sexual infantil en la localidad de Engativá, 2008-2010, por grupos de edad, sexo, relación con el presunto agresor y escenario donde ocurrieron los hechos”, Bogotá.

Morales García M.L.; García Jiménez, M.; y Blázquez Fernández M.S., (2002), "Abuso sexual infantil. Credibilidad del testimonio", en *Eúphoros*, España. núm. 5, pp. 37-60.

Noguera, C. E. (2003), Reflexiones sobre la desaparición de la infancia, en: *Pedagogía y Saberes*, Universidad Pedagógica Nacional. Facultad de Educación, núm. 18, Bogotá.

Nussbaum, M.C. (2007), *Las fronteras de la justicia consideraciones sobre la exclusión*, Paidós, Barcelona.

Organización de la Naciones Unidas (ONU), (1966), *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales, y Culturales (PIDESC)*. Ginebra. [en línea], disponible en: <http://www.rlc.fao.org/frente/pdf/pidesc.pdf>, recuperado 25 de junio de 2011

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1989), *Asamblea General. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño*. Ginebra. [en línea], disponible en: http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/689/1/images/Convencion_sobre_los_derechos_del_nino.pdf, recuperado: 25 de mayo de 2011.

Organización de la Naciones Unidas (ONU), (2000), *Observación general # 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003), *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, Washington.

Organización Mundial de la Salud. (OMS), (2005), Equipo de Equidad en Salud, Subdirección General, Grupo Orgánico de Pruebas Científicas e Información para las Políticas. Acciones sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprendizaje de las experiencias anteriores. Documento de antecedentes preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009), Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. Informe de la Secretaría. Punto 12.5 del Orden del día provisional. 62 Asamblea Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de La Salud (OPS), [s.d.], *Maltrato infantil y abuso sexual infantil en la niñez*. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. [Documento PDF].

Pereda Beltrán, N. (2010, junio), Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil, en: Revista Pediatría de Atención Primaria, vol. 12, núm.46, pp. 276-285.

Redondo Figuro, C. y Ortiz Otero, M.R. (2005), El abuso sexual infantil, en: Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León, España.

Restrepo, Juan. C. (2001), Marco Político y legal de la Infancia. Especialización en Prevención del Maltrato Infantil, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Reyes Morris, V, (2006), Indicadores sociales e indicadores de gestión: conceptos y procedimientos. Universidad Nacional de Colombia. ISBN: 958-701-702-1, Bogotá, Colombia.

Rivera Rivera, L.; et al. (2006), Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta, en Salud Pública Mexicana, p. 268-278, México.

Rodríguez Cely, L.A. (2003, enero–junio), Intervención Interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil, en Universitas Psychologia, vol.2, núm.1, pp.57-70, Bogotá.

Roth Deubel, A.N. (2007), Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación, Ediciones Aurora, Bogotá.

Sampedro Arrubla, J.A. (2003). La humanización del proceso penal. Una propuesta desde la victimología. Legis Editores S.A, Bogotá.

Secretaría Distrital de Planeación, [SDP], (2009), Conociendo la localidad de Engativá: diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos, Bogotá.

Secretaría Distrital de Salud, (SDS), (2005), Política Distrital de Salud Mental. Dirección de Salud Pública, Bogotá.

Secretaría Distrital de Salud (SDS), (2008), Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012” [en línea], disponible en: <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/304/1/PLAN%20DE%20SALUD%20DEL%20DISTRITO%20CAPITAL%202008-2012.pdf>, recuperado: 2 de julio de 2011

Secretaria Distrital de Salud (SDS) (2009), Plan de Intervenciones Colectivas - PIC. Lineamientos 2009, Bogotá.

Secretaría Distrital de Salud (SDS), (2010), *Análisis de Situación de Salud de Bogotá*, en: Serie Documentos Técnicos. ISBN 978-958-99558-0-2, Bogota.

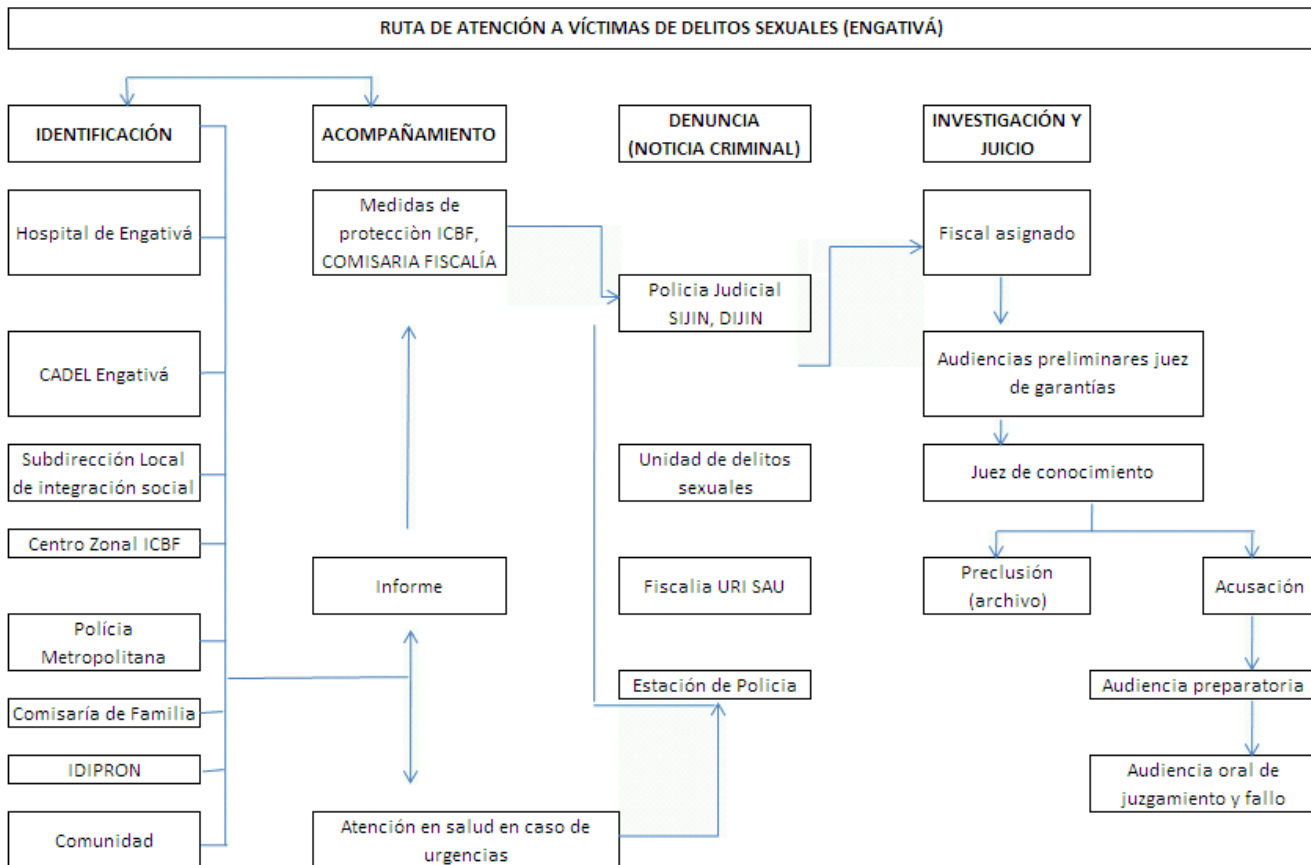
UNICEF Oficina Regional para América Latina y el Caribe, (2009), Documento: 20 Años de la Convención sobre los Derechos del Niño: Movimiento Mundial en favor de la Infancia llama a la acción por los derechos de la niñez [en línea], disponible en: http://www.unicef.org/lac/media_14634.htm, revisado: 6 de julio de 2011

Urrego Mendoza, Z. (2007), Las invisibles: una lectura desde la salud pública sobre la violencia sexual contra niñas y mujeres colombianas en la actualidad, en Revista colombiana de obstetricia y ginecología, Vol.58, núm.1 pp. 38-44.

Veeduría Distrital (2006), Situación de los niños y niñas en Bogotá D.C. 2001 – 2005, en: Tercer Boletín Indicadores Sociales “Vivir en Bogotá”, Bogotá.

Veeduría Distrital (2010), Condiciones de seguridad de la infancia y adolescencia en Bogotá, en Condiciones de seguridad en Bogotá año 2009. pp. 43-56, Bogotá.

ANEXO A
ruta de atención a víctimas de delitos sexuales
(LEY 906 DE 2004)



ANEXO B

GUÍA DE ENTREVISTA

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales
Maestría en Política Social

CONTRIBUCIÓN A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL: EL CASO DEL HOSPITAL DE ENGATIVÁ

Dirigida a profesionales de la salud (medicina, enfermería, psicología, odontología) y de trabajo social, vinculados a unidades notificadoras de salud del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del HE. Estas Unidades hacen parte del área de Salud Pública del Hospital de Engativá.

Desafortunadamente tanto la niñez y adolescencia del país como de la ciudad de Bogotá está siendo expuesta a diversas situaciones que vulneran sus derechos como es el caso de los niños (as) y adolescentes víctimas del abuso sexual infantil. Revisar las cifras que reportan instituciones como el Instituto de Medicina Legal o la Secretaria Distrital de Salud, entre otros, reflejan que es una problemática que se encuentra en aumento tanto a nivel nacional como local. Es por esto que para atender esta situación y reconociendo que el ASI es un problema de salud pública, y teniendo en cuenta el enfoque del derecho a la salud, el área de Salud Pública del Hospital de Engativá, implementa acciones para atender esta problemática.

Por lo anterior surge el interés de determinar cómo contribuyen a la garantía del derecho a la salud de los niños (as) y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil, las actividades implementadas por el área de Salud Pública del Hospital de Engativá, para atender la citada problemática.

De antemano le agradecemos su colaboración en este proyecto investigativo. La información que se recoja durante el desarrollo de esta entrevista es de carácter estrictamente confidencial. En el momento en que considere necesario interrumpir con el desarrollo de la misma esta en todo su derecho, al igual que si no se siente seguro (a) para responder alguna pregunta puede no responder a la misma.

Entrevista realizada por:

Fecha:

Lugar:

Observaciones:

¿Cómo define el abuso sexual infantil?

¿Cómo define a un niño(a) o adolescente víctima de abuso sexual infantil (VASI)?

¿Cuáles son las consecuencias personales, familiares y sociales del ASI?

¿Cuál es el concepto de re-victimización?

¿Considera que el ASI es un problema que pertenece a la esfera privada de la familia o es un problema de carácter social? ¿Por qué?

¿Cuáles son las acciones que Ud. implementa para atender el ASI en la localidad de Engativá? (*Tener en cuenta: acciones de sensibilización, de prevención, identificación de posibles VASI, intervención del ASI, seguimiento de las VASI y otras acciones*).

¿Cuáles son las disciplinas corresponsables de intervenir el ASI?

¿Desde su trabajo con cuáles se articula?

¿Qué actividades realizan de manera interdisciplinaria para atender el ASI?

¿Cuáles son las instituciones corresponsables de intervenir en esta problemática?

¿Desde su trabajo con cuáles se articula?

¿Qué actividades realizan de manera interinstitucional para atender el ASI?

¿Cuáles son los sectores corresponsables de intervenir en esta problemática?

¿Desde su trabajo con cuáles se articula?

¿Qué actividades realiza a nivel intersectorial para atender el ASI?

¿Cuáles son los factores que favorecen la implementación las acciones dirigidas a atender el ASI?

¿Cuáles son los factores que restringen la implementación las acciones dirigidas a atender el ASI?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO C

MATRIZ DE CATEGORÍAS PARA LA PRESENTACIÓN Y EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Categoría Genérica o de Análisis	Sub-categoría de análisis	Categoría de registro
Concepto del niño(a) y adolescente víctima de abuso sexual infantil	Definición del concepto de víctima de abuso sexual infantil	Concepto de abuso sexual infantil
		Condiciones asociadas a la niñez y adolescencia.
		Consecuencias del ASI
Actividades que ofrece el área de Salud Pública del Hospital de Engativá, dirigidas a atender el abuso sexual infantil.	Características de la oferta de las actividades que implementa el área de Salud Pública del HE, para atender el abuso sexual infantil.	Disponibilidad de las actividades para atender el ASI.
		Acceso a las actividades para atender el ASI.
	Inventario de las actividades que implementa el área de Salud Pública del HE, para atender el ASI.	Actividades para atender el ASI, dirigidas a nivel individual.
		Actividades para atender el ASI, dirigidas a la comunidad.
		Actividades para atender el ASI, dirigidas a las familias de las VASI.
	Enfoque de las actividades que implementa el área de Salud Pública del HE, para atender el ASI.	El ASI como problema público o privado.
		Enfoque interdisciplinario de la implementación de las actividades.
		Enfoque interinstitucional de la implementación de las actividades.
		Enfoque intersectorial de la implementación de las

		actividades.
Implementación de las actividades que ofrece el área de Salud Pública del Hospital de Engativá, dirigidas a atender el abuso sexual infantil.	Factores que favorecen la implementación.	Factores familiares que favorecen la implementación de las actividades.
		Factores de la Localidad de Engativá que favorecen la implementación de las actividades.
		Factores relacionados con los profesionales de la salud y funcionarios del área de Salud Pública del HE que favorecen la implementación de las actividades.
		Factores relacionados con la oferta de las actividades que favorecen la implementación de las actividades.
		Factores relacionados con el enfoque de las actividades que favorecen la implementación de las actividades.
	Factores que restringen la implementación.	Factores familiares que restringen la implementación de las actividades.
		Factores de la Localidad de Engativá que restringen la implementación de las actividades.
Implementación de las actividades que ofrece el Hospital de Engativá, dirigidas a atender el abuso sexual infantil	Factores que restringen la implementación.	Factores relacionados con los profesionales de la salud y funcionarios del área de Salud Pública del HE que favorecen la implementación de las actividades.
		Factores relacionados con la oferta de las actividades que favorecen la implementación de las actividades.
		Factores relacionados con el enfoque de las actividades que favorecen la implementación de las actividades

ANEXO D
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales
Maestría en Política Social

*CONTRIBUCIÓN A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS NIÑOS,
NIÑAS Y ADOLESCENTES, VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL: EL
CASO DEL HOSPITAL DE ENGATIVÁ*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN EL TRABAJO DE GRADO

Teniendo en cuenta que el abuso sexual infantil es un tema que afecta de manera particular la vida de sus víctimas y su entorno cercano, la investigadora se compromete a ser prudente con la información que se obtenga por medio de los instrumentos institucionales que se le faciliten por parte de las instituciones, así como también a respetar las opiniones expresadas por los entrevistados. Toda la información que la investigadora obtenga será utilizada exclusivamente para la recolección de información, el análisis y la interpretación de los resultados en el desarrollo del trabajo de investigación “*CONTRIBUCIÓN A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL: EL CASO DEL HOSPITAL DE ENGATIVÁ*”.

Para la recolección, el análisis y la interpretación de la información se tendrán en cuenta los siguientes aspectos éticos:

Participación voluntaria por parte de todos los agentes entrevistados para la realización de las entrevistas por parte de la investigadora, quien al inicio de la

entrevista presentará el texto guía de la misma con los temas que se tratarán durante el desarrollo de la actividad.

Consentimiento informado el cual debe ser firmado por los agentes entrevistados al inicio de la misma. Al igual se solicitará la autorización para grabar el desarrollo de la entrevista, cuyo contenido los entrevistados pueden solicitar a la investigadora una vez se haya realizado al transcripción correspondiente y antes de ser utilizado en el análisis de la información.

Confidencialidad estricta de la información proporcionada por los diferentes agentes entrevistados y con la información proporcionada.

Presentación veraz y objetiva de los resultados obtenidos con el trabajo de investigación *“CONTRIBUCIÓN A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL: EL CASO DEL HOSPITAL DE ENGATIVÁ.*

Lugar y Fecha:

Por medio de la presente acepto participar en la fase de recolección de información del trabajo de grado/investigación **CONTRIBUCIÓN A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL: EL CASO DEL HOSPITAL DE ENGATIVÁ**

El Objetivo del trabajo de investigación es: Determinar cómo contribuyen a la garantía del derecho a la salud de los niños (as) y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil, las actividades implementadas por el área de Salud Pública del Hospital de Engativá.

Acepto que la entrevista sea grabada por la investigadora.

Nombre, identificación y firma del investigador

Nombre, identificación y firma del entrevistado