

**VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES Y SERVICIOS DE
SALUD EN EL MAGDALENA MEDIO 2009 – 2014.
UN ESTUDIO DE CASO.**

NAZLY VIVIANA MONTOYA GARZÓN

Tutora:
Amparo Hernández Bello

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Posgrados en Administración en Salud
Maestría en Salud Pública**

Bogotá, julio de 2015

**VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES Y SERVICIOS DE
SALUD EN EL MAGDALENA MEDIO 2009 – 2014.
UN ESTUDIO DE CASO.**

NAZLY VIVIANA MONTOYA GARZÓN

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Maestría en Salud Pública

Tutora:
Amparo Hernández Bello

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Posgrados en Administración en Salud
Maestría en Salud Pública

Bogotá, julio de 2015

Advertencia

La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en los trabajos de grado. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica, y porque los trabajos de grado no contengan ataques o polémicas personales, antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia.

Artículo 23 de la Resolución 123 de 1945.

Tabla de contenido

| | Pág. |
|---|------|
| Agradecimientos | vii |
| Introducción..... | 1 |
| 1. Problema de Investigación | 4 |
| 2. Objetivos | 15 |
| 2.1. General: | 15 |
| 2.2. Específicos:..... | 15 |
| 3. Justificación y propósitos | 16 |
| 4. Marco de referencia..... | 18 |
| 4.1. Claves para la comprensión de la violencia contra la mujer y la asistencia en salud. . | 18 |
| - La metáfora de las gafas violetas | 18 |
| - Feminismo de la diferencia | 19 |
| - Androcentrismo | 20 |
| - Patriarcado..... | 21 |
| - Género | 22 |
| 4.2. Las mujeres y el derecho a la salud | 24 |
| - El derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual en la normatividad colombiana..... | 27 |
| - Modelo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual..... | 30 |
| 4.3. La atención en salud a la violencia sexual contra las mujeres en el Magdalena Medio..... | 33 |
| - Breve caracterización de los servicios de salud en la región | 34 |
| - La organización social y la violencia sexual contra las mujeres en el Magdalena Medio..... | 34 |
| <i>Organización Femenina Popular</i> | 34 |
| <i>El Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio – PDMM</i> | 36 |
| 5. Método | 37 |
| 5.1. Tipo de estudio..... | 37 |
| 5.2. Fuentes de información..... | 38 |
| 5.3. Instrumentos..... | 40 |
| 5.4. Categorías de análisis..... | 40 |
| 5.5. Trabajo de campo..... | 44 |
| 5.6. Procesamiento y análisis de la información..... | 46 |
| - Codificación | 47 |
| - Triangulación | 47 |
| 5.7. Aspectos éticos | 48 |
| 6. Hallazgos | 49 |
| 6.1. Experiencias, conocimientos y percepciones sobre los servicios de atención en salud de las mujeres víctimas de violencia sexual. | 50 |
| 6.1.1. Los hechos de violencia sexual | 50 |
| 6.1.2. Características sociodemográficas de las entrevistadas | 51 |

| | |
|--|-----|
| 6.1.3. Provisión de servicios de salud | 54 |
| <i>Aplicación del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual</i> | 55 |
| <i>Percepción sobre trato recibido por funcionarios(as) de salud</i> | 57 |
| <i>Resultados del proceso de atención</i> | 58 |
| <i>Barreras para la atención de mujeres víctimas de violencia sexual</i> | 60 |
| 6.1.4. Conocimientos de mujeres víctimas de violencia sexual frente a ruta de atención..... | 61 |
| 6.1.5. Percepciones de las mujeres durante el proceso de atención en servicios de salud | 62 |
| <i>Experiencias de los casos estudiados</i> | 63 |
| <i>El deber ser de los servicios de salud</i> | 66 |
| <i>Origen de la violencia contra las mujeres</i> | 67 |
| <i>Voces de las mujeres frente a la institucionalidad</i> | 68 |
| 6.2. Prácticas, conocimientos, actitudes y percepciones de funcionarios/as de los servicios de atención en salud para mujeres víctimas de violencia sexual. | 69 |
| 6.2.1. Caracterización sociodemográfica..... | 69 |
| 6.2.2. Provisión de servicios de salud | 71 |
| <i>Aplicación del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual</i> | 71 |
| <i>Seguimiento de casos de violencia sexual</i> | 74 |
| <i>Formación y Capacitación</i> | 74 |
| <i>Proceso de referencia y contrarreferencia</i> | 77 |
| <i>Barreras para la atención de víctimas de violencia sexual en el Magdalena Medio</i> | 78 |
| 6.2.3. Conocimientos de funcionarios(as) sobre atención a víctimas de violencia sexual..... | 79 |
| 6.2.4. Percepciones de los funcionarios de los servicios de salud sobre el proceso de atención de violencia sexual..... | 83 |
| <i>Experiencias de atención de eventos de violencia sexual</i> | 83 |
| <i>Papel de los servicios de salud en la atención de violencia sexual</i> | 86 |
| <i>Imaginario frente a víctimas de violencia sexual</i> | 88 |
| 6.3. El papel de la Organización Femenina Popular en el acompañamiento a mujeres víctimas de violencia sexual..... | 90 |
| 6.3.1. Caracterización sociodemográfica de coordinadoras y gestoras sociales de la OFP | 90 |
| 6.3.2. Provisión de servicios a mujeres víctimas de violencia sexual | 92 |
| <i>Acciones realizadas con las mujeres sobre el derecho a la salud</i> | 93 |
| 6.3.3. Conocimientos y creencias sobre el origen de la violencia sexual | 95 |
| 6.3.4. Percepciones sobre la ruta de atención de mujeres víctimas de violencia sexual | 96 |
| Experiencias de acompañamiento | 98 |
| Visiones sobre la ruta de atención en servicios de salud | 99 |
| 6.4. Reflexiones sobre los hallazgos a la luz de la perspectiva de género frente a la atención de mujeres víctimas de violencia sexual en servicios de salud del Magdalena Medio | 101 |
| 7. Discusión..... | 104 |

| | |
|---|-----|
| 8. Conclusiones y Recomendaciones..... | 109 |
| 9. Bibliografía..... | 112 |
| Anexos..... | 117 |
| Anexo 1. Instrumentos..... | 117 |
| Anexo 2. Consentimiento informado | 126 |

Lista de Cuadros

Pág.

| | |
|--|----|
| Cuadro 1: Consecuencias para la salud física y mental en mujeres víctimas de violencia sexual..... | 6 |
| Cuadro 2: Categorías de análisis y fuentes de información..... | 43 |
| Cuadro 3: Entrevistas realizadas en el trabajo de campo febrero 2015..... | 45 |
| Cuadro 4: Caracterización sociodemográfica de las mujeres entrevistadas. | 52 |
| Cuadro 5: Caracterización sociodemográfica de funcionarios(as) de servicios de salud en tres municipios del Magdalena Medio. | 70 |
| Cuadro 6: Caracterización sociodemográfica de coordinadoras y gestoras sociales de la OFP en tres municipios del Magdalena Medio. | 91 |

Lista de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Número de casos de violencia sexual en mujeres 2008 y 2013 en Colombia. Departamentos y ciudades capitales..... | 11 |
| Tabla 2: Número de casos de exámenes sexológicos en mujeres en la Región del Magdalena Medio de 2010 - 2013..... | 12 |

Lista de Gráficos

| | |
|---|---|
| Gráfico 1: Número de exámenes sexológicos en Colombia 2002-2011. | 9 |
|---|---|

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1: Pasos para la atención de violencia sexual..... | 32 |
|---|----|

Lista de Siglas y Abreviaturas

| | |
|----------|---|
| ACNUR | Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados. |
| CEDAW | Convención sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer. |
| CONPES | Consejo de Política Social. |
| DNP | Departamento Nacional de Planeación. |
| EPS | Empresa Promotora de Salud. |
| INMLCF | Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. |
| IPS | Institución Prestadora de Salud. |
| OFP | Organización Femenina Popular. |
| OMS | Organización Mundial de la Salud. |
| ONU | Organización de Naciones Unidas. |
| PDPMM | Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio. |
| PSSRMM | Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva del Magdalena Medio. |
| SIDA | Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. |
| SIVIGILA | Sistema de Vigilancia Epidemiológica. |
| VS | Violencia Sexual. |
| VSCM | Violencia Sexual Contra las Mujeres. |
| VCM | Violencia Contra las Mujeres. |
| UNFPA | Fondo de Población de Naciones Unidas. |
| USO | Unión Sindical Obrera. |
| VIH | Virus de Inmunodeficiencia Humana. |

Dedicatoria

A las mujeres que hicieron posible esta investigación. Por su apertura de corazón, de regreso a un dolor que desean compartir con todos los lectores y lectoras de este documento. Su persistencia y esperanza motivaron la escritura de este documento.

Aquellas mujeres que viven en el silencio y sus recuerdos de violencias atormentan su tranquilidad.

A las sin voz, porque este documento es un grito a su nombre.

Al Jesús trascendente, quien inspira mi vida y el ejercicio revolucionario de estar y sufrir con las mujeres víctimas, buscando caminos de esperanza y luz en las tinieblas.

Agradecimientos

Agradezco especialmente a las mujeres que compartieron sus historias de violencia en medio de lo difícil y doloroso que fue recordar esos momentos de sus vidas; sin ellas esta investigación no hubiese tenido sentido. Gracias a su esperanza y confianza en un mundo más justo fue posible la escritura de este documento.

Doy gracias a Dios por darme fortaleza, valentía y hacerse vivo en las mujeres, funcionarias(os) de salud y lideresas de la Organización. El emprender esta misión de documentación y escucha de las sin voz, se consolida gracias a sus testimonios y apertura.

También agradezco a la Sociedad Auxiliadoras del Purgatorio, por su presencia constante y acompañamiento espiritual para continuar con ilusión y luz esta investigación. Sus miradas y críticas a la realidad de las mujeres fueron voces de aliento cuando el panorama se hizo oscuro.

A la profesora Amparo Hernández por su dedicación y cumplimiento en la orientación de este trabajo de investigación. Su claridad y compromiso al guiarme en la investigación cualitativa, se reflejan en el amor y las apuestas concretas por la comprensión de problemáticas dolorosas como la violencia sexual y la opción por los seres humanos.

Mis compañeras de trabajo Daira Escobar y Yesica Fernández, por estar siempre animándome para que el camino se aligerara un poco más, por su lectura y apoyo académico en la elaboración de este documento.

Al Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio y la Organización Femenina Popular, por su apoyo incondicional durante el trabajo de campo y el estar pendientes de mi seguridad en la región, además de ser inspiración, por su trabajo comunitario y apuestas concretas por las mujeres en la construcción de la paz en el país.

Introducción

Las mujeres representan la mitad de la población a nivel mundial, hacen parte de diversas situaciones de vulnerabilidad asociadas a pobreza, discriminación, desigualdades en desarrollo, educación y falta de oportunidades laborales. Además, las mujeres están sujetas a una cultura que legitima y tolera la vulneración de sus derechos, bajo concepciones patriarcales y de relaciones de poder asimétricas entre hombres y mujeres. Actualmente, se avanza en la construcción de una normatividad inclusiva y proyectada a reducir brechas de género, que garantiza las diferencias entre mujeres y hombres, por ende rescata la autonomía de las mujeres y su participación en plataformas para la toma de decisiones.

En Colombia las mujeres comprenden el 51% de la población (Banco Mundial , 2015), los hombres representan el 49%. Las mujeres reflejan un panorama no muy prometedor en garantía de derechos humanos y concepciones del ser mujer en una sociedad permeada por prácticas culturales patriarcales y opresivas, saliéndose de los estándares de equidad, lo cual lleva a las mujeres a no gozar de un estado de salud óptimo en dimensiones físicas, emocionales y espirituales.

La Violencia Contra la Mujer (en adelante VCM) es una de las representaciones más severas de los padecimientos de las mujeres en la sociedad. Estas violencias son multiplicadas y naturalizadas en un contexto sumergido históricamente en la violencia sociopolítica que no cesa, en la que aumenta la vulneración de la dignidad humana y reprime las subjetividades femeninas frente a espacios públicos y privados.

En este sentido el panorama general de la situación de las mujeres es oscuro. Las violencias ejercidas contra las mujeres se magnifican y las respuestas del Estado son mínimas a la demanda de este fenómeno. Así pues, se estima que la violencia de pareja en el país aumentó el 16% del 2003 al 2013 representado el 89% de los casos; cada 13 minutos una mujer fue víctima de violencia por su pareja o expareja (39.020 casos); el 45% de casos de violencia de pareja proviene del compañero y el 72% de los casos sucede en la vivienda; la mayoría de los casos sucede a mujeres entre los 20 – 24 años representando el 22,2% (8652 casos) (Instituto Nacional de Medicina Legal, 2012); el 73% de las mujeres no denuncia la violencia sufrida por parte de su pareja (Profamilia , 2010).

Como consecuencia de estereotipos predominantes y sistemáticos de género, las mujeres continúan presentando situaciones de vulnerabilidad y abuso, una de estas situaciones se refleja en la violencia sexual, la cual es inaceptable. A pesar de los avances en

normatividad, se continúan encontrando vacíos en la atención de servicios hospitalarios, que lleva a la violación de derechos y la no garantía específica del derecho a la salud de las mujeres víctimas de este tipo de violencia

Es así como en Colombia en los últimos 10 años (2003 – 2013) la Violencia Sexual Contra las Mujeres (en adelante VSCM) ha aumentado el 46%; cada 30 minutos una mujer es víctima de violencia sexual (17.512 casos), la mayoría de los casos se presentan en niñas entre 10 – 14 años (41%), el 55% de los casos se presenta en la vivienda de las mujeres y el 16% en la vivienda del victimario (Instituto Nacional de Medicina Legal, 2012).

El panorama de la violencia sexual contra las mujeres se agudiza en regiones del país inmersas en la violencia sociopolítica, declaradas zonas de conflicto armado por la funcionalidad de sus territorios, además de ser estratégicos para el tráfico de drogas, armas y personas. Este es el caso de la región del Magdalena Medio, epicentro de disputas entre diversos grupos armados, en las que se involucra a las mujeres de la región y resultan padeciendo las formas más crudas de la violencia del país.

En vista de las situaciones adversas del conflicto y el papel de las mujeres, surgen nuevas movilizaciones femeninas, luchadoras incansables por la protección de los derechos humanos, quienes ponen freno a situaciones de violencias específicas ejercidas por actores armados y aquellas micro violencias que viven las mujeres en contextos familiares y públicos.

Por ello el surgimiento de la Organización Femenina Popular hace 42 años en Barrancabermeja (Santander).

Nace como un proceso organizativo cuyo que hacer se materializa en programas y acciones para dignificar la vida de las mujeres, sus familias y contribuir directamente en el cambio o transformación de sus realidades. Su apuesta por el desarrollo justo e incluyente en la región promueve la inclusión de las mujeres como sujetos políticos y la transformación de los paradigmas de discriminación y de violencia en los ámbitos público y privado, así como en el marco del conflicto armado (OFP, 2014, pág. 25).

Dentro de las luchas por los derechos de las mujeres de la OFP, se encuentra el derecho a la salud: La Organización tiene una amplia trayectoria en el acompañamiento y seguimiento de la garantía del derecho a la salud directamente con las mujeres de la región víctimas de violencias y, específicamente de violencia sexual.

Con el propósito de hacer visible esta situación, el presente proyecto de investigación analizó el proceso de atención en salud como estrategia para la garantía del derecho a la salud establecido en las normas, de mujeres víctimas de violencia sexual acompañadas por la Organización Femenina Popular en el período 2009 – 2014.

Para ello se optó por un estudio de caso cualitativo en el que se realizaron entrevistas a profundidad a cuatro mujeres víctimas de violencia sexual, residentes en los municipios de San Pablo (Bolívar) y Sabana de Torres (Santander); y se obtuvieron relatos biográficos desde el enfoque social de Bertaux. (1989). Adicionalmente se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas a profesionales de la salud (enfermera(o), médico(a) y auxiliar de enfermería) de instituciones hospitalarias a las que acudieron las mujeres víctimas de violencia sexual; como también a mujeres líderes la OFP que acompañaron estos casos en los centros de salud.

La información fue analizada teniendo como categorías la provisión de los servicios de salud, los conocimientos sobre derechos humanos y las percepciones frente a los servicios de salud, tanto de las víctimas como de los funcionarios(as) de los servicios y las lideresas de la OFP. La información fue triangulada y los resultados se presentan por fuente para el conjunto de categorías. Finalmente se realizan algunas reflexiones de los hallazgos a la luz de la perspectiva de género, se concluye y se dan algunas recomendaciones.

1. Problema de Investigación

La Violencia Contra la Mujer (VCM) se reconoce como una prioridad en la salud de las mujeres y la Salud Pública, por lo cual la Unidad de Salud de la Mujer de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha instaurado una serie de mecanismos para la identificación y el reconocimiento de la violencia contra la mujer en atención a la gravedad de las secuelas generadas en las víctimas.

La OMS (1996) en la 49° Asamblea Mundial de la Salud estableció tres motivos por los cuales la VCM es una prioridad para el sector de la salud:

- La violencia produce padecimiento en la población femenina, además de consecuencias negativas para la salud, en una proporción significativa de más del 20 % en la mayoría de países.
- Tiene un impacto directo en aspectos importantes de la Salud Pública como la maternidad sin riesgo, la planificación familiar y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual en especial la infección por VIH/SIDA.
- Para muchas mujeres que han sido maltratadas, los trabajadores de la salud son el principal y único punto de contacto para recibir apoyo y la información adecuada en los servicios públicos.

En 1998 el Director General de la Organización Mundial de la Salud aseguró que:

La violencia contra la mujer está presente en la mayoría de sociedades, pero a menudo no es reconocida y se acepta como parte del orden establecido. La información de que se dispone sobre el alcance de esta violencia a partir de estudios científicos es todavía relativamente escasa. Sin embargo, la violencia contra la mujer en el hogar se ha documentado en todos los países y ambientes socioeconómicos, y las evidencias existentes indican que su alcance es mucho mayor de lo que se suponía. En distintas partes del mundo, entre 16 y 52% de las mujeres experimentan violencia física de parte de sus compañeros, y por lo menos una de cada cinco mujeres son objeto de violación o intento de violación en el transcurso de su vida. Es también sabido que la violación y la tortura sexual son usadas sistemáticamente como armas de guerra. La violencia anula la autonomía de la mujer, mina su potencial como persona y miembro de la sociedad. (Nakajima, 1998, pág. 2)

Las consecuencias para la salud causadas por la VCM pueden no ser mortales y adoptar la forma de lesiones físicas, desde cortes menores y equimosis hasta discapacidad crónica o problemas de salud mental. También pueden ser mortales, ya sea por homicidio intencional o la muerte como resultado de lesiones permanentes, infección con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el suicidio. De igual manera se reconocen diferentes

tipos de violencia como la física, psicológica, patrimonial y sexual que afectan la salud de las mujeres.

La OMS (2013) en su informe “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud”, señala algunas conclusiones al respecto de la VCM como una problemática de considerable impacto para la Salud Pública:

- El 35% de las mujeres en el mundo han sido víctimas de violencia sexual por parte de su pareja o personas diferentes a ésta. Aunque pueden estar expuestas a otras formas de violencia, esta cifra constituye un elevado porcentaje de la población femenina mundial.
- La violencia conyugal ocupa la mayor porción de casos en el mundo, donde casi un tercio (el 30%) de los reportes de violencia sexual señalan a la pareja de la víctima como el principal agresor. En algunas regiones ésta cifra puede llegar a ascender al 38%.
- En comparación con las mujeres que no han sido víctimas de violencia conyugal, las víctimas de abuso físico o sexual por parte de su pareja tienen mayor riesgo de padecer complicaciones de salud importantes. El 16% tienen más probabilidades de dar a luz a bebés con insuficiencia ponderal y más del doble de posibilidades de sufrir un aborto; así como casi el doble de probabilidades de sufrir depresión e incluso, en algunas regiones, llegar a ser 1,5 más propensas a contraer VIH.
- A nivel mundial, el 7% de las mujeres han sido agredidas sexualmente por una persona distinta a su pareja. Aunque se dispone de menos datos sobre los efectos de la violencia sexual no conyugal en la salud, de las cifras existentes se desprende que las mujeres que han sufrido esta forma de violencia son 2,3 veces más propensas a padecer trastornos relacionados con el consumo de alcohol y 2,6 veces más propensas a sufrir depresión o ansiedad.

En los diferentes escenarios de conflicto armado las manifestaciones de violencia contra la mujer se recrudecen:

- El cuerpo de las mujeres es representado como botín de guerra.
- Se perpetra la violación en masa y la esclavitud sexual militar.
- Prostitución, matrimonio y embarazos son forzados y sin el consentimiento de las mujeres.
- Violaciones múltiples o de pandillas con múltiples perpetradores.
- Agresión sexual asociada con agresión física violenta.
- Prácticas tradicionales perjudiciales como la mutilación genital femenina.
- Las mujeres son obligadas a mantener relaciones sexuales a cambio de alimentos, refugio o protección para su supervivencia.

En general las consecuencias en salud a causa de la Violencia Sexual Contra la Mujer (VSCM) se reflejan en lesiones físicas no fatales y afecciones a la salud mental de las sobrevivientes (Cuadro 1).

Cuadro 1: Consecuencias para la salud física y mental en mujeres víctimas de violencia sexual

| Salud Física | Salud Mental |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Inflamación pélvica - Dolor pélvico crónico - Problemas ginecológicos - Embarazo no deseado (ya sea por violación o por impedimento de negociación de uso de métodos de anticoncepción) - Aborto espontáneo - Dolores de cabeza - Asma - Síndrome de intestino irritable - Discapacidad permanente o parcial - Infecciones de transmisión sexual (ITS) - Anemia - VIH/SIDA (incapacidad de negociar protección) | <ul style="list-style-type: none"> - Abuso de drogas y alcohol - Conductas nocivas para la salud (tabaquismo, sexo sin protección) - Estrés postraumático - Depresión - Ansiedad - Disfunción sexual - Desordenes de la alimentación - Desorden de personalidad múltiple - Desorden obsesivo compulsivo |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Violencia contra la Mujer: Un tema de salud prioritario (OPS, 1998).

Acerca de la situación de la VSCM a nivel mundial, se calcula que actualmente en el mundo 12 millones de mujeres son atacadas sexualmente en alguna etapa de su vida, desde antes de cumplir o contar con un año de vida hasta la edad avanzada. De esta manera la posibilidad de que una mujer sea víctima de violencia sexual se ubica entre el 85 y 89%. De ellas se estima que alrededor del 3% son agredidas por más de un individuo y que solo una de cada 10 denuncia (Gómez, 2001).

A nivel internacional la VCM y la VSCM han recibido atención de diferentes organizaciones, preocupación manifiesta en el contenido de algunos tratados que buscan dar respuesta a la situación que viven las mujeres en la actualidad:

- La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres – CEDAW (1999).
- La Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994)
- La Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem do Para, 1994).
- La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)
- Los Objetivos del Milenio (2000)
- El Consejo de Seguridad y Paz de las Naciones Unidas (2000)

Las conferencias y pactos mencionados comprometen a los Estados al cumplimiento de acciones en materia de salud y justicia, para garantizar el respeto a los Derechos Humanos de las mujeres. A su vez declaran la VCM como un acto intolerable que atenta contra la dignidad de las mujeres, anotan también las consecuencias asociadas específicamente a contextos de conflicto armado y de qué manera afecta a la dignidad, integridad y proyecto de vida de las mujeres dentro de las que destacan:

- Falta de trabajo digno y empobrecimiento que dificultan la manutención de las mujeres y sus familias.
- Falta de oportunidades (déficit de acceso a los derechos económicos, sociales y culturales) en la población joven, incrementando el riesgo de incorporación a la delincuencia, el micro tráfico y la prostitución.
- Riesgos de violencia en escenarios públicos y privados a causa de la doble condición de ser mujeres y en condición de desplazadas.
- Abandono de roles de liderazgo debido a amenazas y atentados en contra de las mujeres que asumen vocería y representación de procesos sociales o iniciativas políticas, limitando considerablemente los procesos de empoderamiento y participación de las mujeres.

Además de los pactos internacionales para la erradicación de la VCM y la promoción de la equidad de género, en Colombia se reconoce desde la Constitución Política de 1991, en su artículo 42 que la mujer y el hombre tienen igualdad en derechos y oportunidades, por consiguiente la mujer no puede ser sometida a ninguna clase de discriminación(Colombia, 1991, pág. 8).

En materia de salud, a nivel nacional, se cuenta con una amplia normatividad que responde a las prioridades y las problemáticas que desencadena la VSCM, resaltando respuestas en materia de atención en salud y promoción de prácticas preventivas de este tipo de violencias. Entre ellas se destacan:

- La resolución 412 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2000) es una de las primeras propuestas de atención a mujeres víctimas de violencias en los servicios de salud, utilizada inicialmente en consulta externa, promoción y prevención partiendo de la guía de atención para la mujer maltratada.
- La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 – 2006. Reconoce la VCM como problema de Salud Pública, el cual se adopta en los temas de violencia doméstica y sexual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2003).
- La ley 1257 de 2008¹, sobre normas de sensibilización, prevención y sanción de todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres en todos los ámbitos (Fondo para el Logro de los Objetivos del Milenio, 2010).
- El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, adopta posturas conceptuales desde el enfoque de género para garantizar a las mujeres una atención en los servicios de salud más humana y de calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
- La Política de Equidad de Género para las Mujeres diseña el plan integral de garantía de una vida libre de violencias contra las mujeres, que busca el fortalecimiento de competencias y recurso humano de los sectores de salud, justicia, protección y educación (DNP, 2013).
- Para los eventos de violencia sexual el CONPES 161 centraliza su atención en casos de violencia sexual, intrafamiliar, feminicidios, inasistencia alimentaria y agresiones con agentes químicos (DNP, 2013).

La violencia sexual contra la mujer (VSCM) en Colombia es un problema de salud pública por sus dimensiones y efectos para las mujeres que la padecen. A pesar de los avances ratificados por el país con su participación en convenciones internacionales, en materia de garantía del derecho a la salud, justicia y protección aún está en deuda.

La aplicación de la normatividad a nivel local no ha sido asertiva a juzgar por los hallazgos del II informe de seguimiento a la implementación de la ley 1257 de 2008 – cinco años después, realizado por la mesa de seguimiento de la ley (Corporación SISMA Mujer, 2013). En las competencias del sector salud, se encontró que conforme al protocolo de atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual expedido con la resolución 459 de 2012 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), se ha avanzado en materia de la creación y actualización de las guías de atención institucionales de salud y su orientación de competencias de profesionales, pero se evidencia una dificultad estructural relacionada con

¹ Promovida por la Bancada de Mujeres del Congreso de la República en los sectores de salud, justicia, educación. La Bancada de Mujeres del Congreso de la República de Colombia está conformada por todas las congresistas de las dos cámaras congregadas alrededor de un propósito común: trabajar a favor de los derechos de las mujeres desde la rama legislativa.

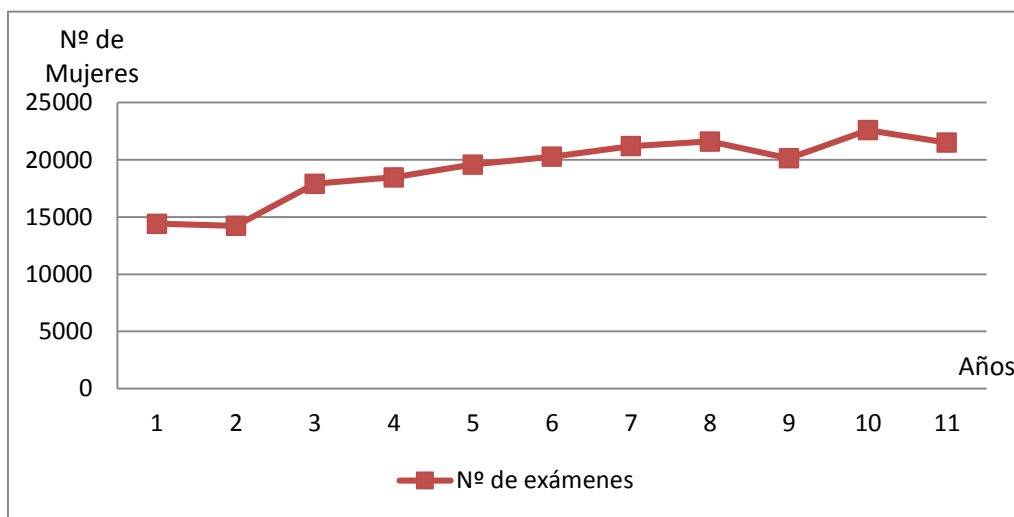
la divulgación del protocolo, su desconocimiento y su no aplicación en las instituciones de salud a nivel nacional.

Así mismo se encontró también falta de especificidad para abordar casos de violencia sexual en el contexto del conflicto armado, ausencia de enfoque étnico y la inobservancia de diferentes formas de violencia sexual. Además, como debilidades en el proceso de implementación, se señalan la deficiencia de presupuesto asignado, falta de capacitación en el personal de salud, retrasos en la atención primaria requerida y falta de atención psicológica en condiciones adecuadas y proyectadas en el tiempo (Oxfam, 2013).

En la práctica la aplicación de la norma se ha quedado corta para la atención y protección de las mujeres víctimas de violencia sexual, aunque el Informe de seguimiento de la implementación y cumplimiento del protocolo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual de Oxfam (2013), no aporta explicaciones a los hallazgos y falencias.

Lo preocupante es que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) señala un aumento en el reporte de exámenes sexológicos realizados en el periodo 2002 – 2012, pasando de 14.239 a 21.612 exámenes (Gráfica 1).

Gráfico 1: Número de exámenes sexológicos en Colombia 2002-2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de Información de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis, 2012.

Durante el periodo 2002 – 2012 se identificó que las principales víctimas de VS fueron mujeres y niñas entre las edades de 10 a 14 años. El presunto agresor fue registrado como miembro de la familia, siendo la pareja íntima o expareja 43%, seguido de un conocido de

la familia 33,31%. El lugar con más incidentes fue la vivienda de la víctima (FORENSIS, 2012).

Masatugó (2004 – 2008) “Mujer que recibe lo malo para entregar lo bueno”, informe especial del INMLCF, visibiliza la situación de las mujeres víctimas en diferentes escenarios específicamente de conflicto armado. Afirma que ocho de cada nueve víctimas de violaciones no las denuncian y que en algunas áreas del país, las agresiones sexuales se han convertido en algo normal y la aceptación estándar de dicho comportamiento generará una sociedad que permite todo tipo de violencia. El informe demuestra que:

- Cada hora cerca de 9 mujeres sufrieron agresiones sexuales en el país, en su mayoría niñas y adolescentes menores de 18 años (84% de los casos).
- 534 mujeres fueron víctimas de violencia sexual en casos asociados a contextos de violencia sociopolítica y a prácticas como secuestro y acciones bélicas.
- 22.389 mujeres fueron agredidas sexual mente por algún miembro de su familia.
- El 64% del total de casos de violencia sexual registrados fueron en la vivienda de la víctima.

Los departamentos con mayor número de exámenes sexológicos en los periodos 2008 – 2013 (Informe Masatugó) fueron Valle del Cauca 1.478 casos, Cundinamarca 1.270 casos, Santander 1.039 casos y Bolívar 706 casos. Teniendo en cuenta las ciudades capitales de estos municipios la dinámica de los casos tiende a disminuir entre el período de análisis (Tabla 1). Sin embargo se considera que el reporte no cubre la totalidad de los casos que se presentan a nivel nacional, por condiciones relacionadas con algunas circunstancias que impiden que se realice un registro óptimo en municipios de sexta categoría².

² Los municipios de sexta categoría son aquellos que tienen una población igual o inferior a 10.000 habitantes y cuyos ingresos anuales no superan los 15 salarios mínimos vigentes.

Tabla 1: Número de casos de violencia sexual en mujeres 2008 y 2013 en Colombia. Departamentos y ciudades capitales.

| Departamento | N° Casos 2008 | N° Casos 2013 | Ciudad | N° Casos 2008 | N° Casos 2013 |
|--------------------|---------------|---------------|-----------------------|---------------|---------------|
| Amazonas | 92 | 46 | Leticia | 90 | 43 |
| Antioquia | 1989 | 2187 | Medellín | 1214 | 837 |
| Arauca | 108 | 130 | Arauca | 53 | 73 |
| Atlántico | 542 | 742 | Barranquilla | 392 | 384 |
| Bogotá | 3616 | 2974 | Bogotá | 3616 | 2974 |
| Bolívar | 505 | 706 | Cartagena | 392 | 390 |
| Boyacá | 372 | 459 | Tunja | 67 | 93 |
| Caldas | 392 | 479 | Manizales | 184 | 220 |
| Caquetá | 148 | 153 | Florencia | 116 | 90 |
| Casanare | 145 | 245 | Yopal | 103 | 114 |
| Cauca | 257 | 315 | Popayan | 170 | 135 |
| Cesar | 340 | 509 | Valledupar | 164 | 261 |
| Chocó | 147 | 92 | Quibdó | 105 | 66 |
| Córdoba | 360 | 421 | Montería | 164 | 183 |
| Cundinamarca | 942 | 1270 | Soacha | 248 | 247 |
| Guaviare | 27 | 33 | San José del Guaviare | 24 | 29 |
| Huila | 448 | 461 | Neiva | 224 | 174 |
| Guajira | 131 | 182 | Riohacha | 52 | 57 |
| Magdalena | 329 | 391 | Santa Marta | 161 | 207 |
| Meta | 373 | 664 | Villavicencio | 255 | 415 |
| Nariño | 412 | 351 | Pasto | 225 | 172 |
| Norte de Santander | 398 | 357 | Cucuta | 247 | 155 |
| Putumayo | 66 | 148 | Mocoa | 50 | 42 |
| Quindío | 324 | 325 | Armenia | 183 | 185 |
| Risaralda | 403 | 529 | Pereira | 239 | 306 |
| San Andrés | 51 | | San Andrés | 51 | |
| Santander | 889 | 1039 | Bucaramanga | 306 | 303 |
| Sucre | 266 | 357 | Sincedejo | 133 | 140 |
| Tolima | 465 | 418 | Ibagué | 221 | 178 |
| Valle del Cauca | 1318 | 1478 | Cali | 731 | 781 |
| Vichada | 26 | 24 | Puerto Carreño | 24 | 21 |
| Total | 15881 | 17485 | Total | 10204 | 9275 |

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Masatugó 2004 – 2008 y Forensis 2013.

Según los informes Forensis (2010 y 2013), de los 31 municipios con mayor reporte de exámenes sexológicos cuatro fueron de la región del Magdalena Medio: Puerto Berrio (Antioquia) con 89 casos, San Pablo (Sur de Bolívar) con 19 casos, Aguachica (Cesar) con 161 casos y Barrancabermeja (Santander) con 602 casos (Tabla 2).

Tabla 2: Número de casos de exámenes sexológicos en mujeres en la Región del Magdalena Medio de 2010 - 2013.

| Departamento | Municipio | N° Casos 2010 | N° Casos 2011 | N° Casos 2012 | N° Casos 2013 |
|--------------|------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Antioquia | Caracolí | | 2 | 7 | 3 |
| | Maceo | 2 | 3 | 3 | 6 |
| | Puerto Berrio | 19 | 23 | 18 | 29 |
| | Puerto Nare | 3 | 11 | 7 | -4 |
| | Yondó | 2 | 4 | 7 | 4 |
| Bolívar | Arenal | | 2 | | 4 |
| | Cantagallo | | 2 | 1 | 2 |
| | Morales | 1 | 2 | 1 | 1 |
| | Regidor | 0 | 1 | | 2 |
| | Río Viejo | 0 | 2 | 1 | |
| | San Pablo | 2 | 3 | 3 | 11 |
| | Santa Rosa del Sur | 2 | 2 | 5 | 5 |
| | Simití | | 5 | 1 | 2 |
| | Tiquisio | 3 | 2 | 3 | 4 |
| Cesar | Aguachica | 40 | 35 | 41 | 45 |
| | Gamarra | 1 | 2 | 3 | 0 |
| | La Gloria | 3 | 4 | 3 | 1 |
| | San Alberto | 8 | 9 | 10 | 2 |
| | San Martín | 20 | 22 | 6 | 4 |
| Santander | Barrancabermeja | 156 | 188 | 142 | 116 |
| | Betulia | 4 | 6 | 3 | 6 |
| | Bolívar | 2 | 4 | 11 | 6 |
| | Cimitarra | 8 | 24 | 27 | 16 |
| | El Carmen de Chucurí | 16 | 20 | 23 | 27 |
| | El Peñón | 3 | 2 | 1 | 1 |
| | Landáuzuri | 9 | 8 | 8 | 9 |
| | Puerto Parra | 1 | 1 | 9 | 2 |
| | Puerto Wilches | 16 | 15 | 14 | 15 |
| | Rionegro | 19 | 16 | 7 | 11 |
| | Sabana de Torres | 18 | 22 | 26 | 26 |
| | San Vicente de Chucurí | 8 | 17 | 28 | 23 |
| Total | 366 | 459 | 419 | 379 | |

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis 2010, 2011, 2012, 2013.

Dada la historia de violencia sociopolítica que ha vivido el Magdalena Medio, probablemente los exámenes sexológicos no se registran en su totalidad por dinámicas en las que algunos municipios de la región no cuentan con instituciones capacitadas para la toma de exámenes sexológicos. Aun así, las cifras dan cuenta de los alcances de la violencia sexual como un problema de salud pública, que en los municipios abatidos por el conflicto suele ser difícil de visibilizar.

Los vacíos en la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual son evidentes en la región, además de la baja presencia estatal para la restitución de derechos de las mujeres víctimas, hechos visibles en experiencias laborales de la investigadora de este estudio. Una de ellas es con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) entre 2011 – 2012 y otra con el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio (PDPMM) en el mismo periodo.

Durante estas experiencias se reconocieron a partir del monitoreo del Sistema de Gestión de Datos de Violencias Basadas en Género en marcos de conflicto armado – GBVIMS (por sus siglas en inglés) actores clave para los procesos de atención en salud y acciones judiciales de las mujeres. Las entidades que registraban casos de violencias en el sistema de información eran de justicia (comisarías de familia), salud (hospitales – centros de salud de la red pública) y una organización de mujeres, quienes consolidaban reportes mensuales y se analizaban en espacios intersectoriales para garantizar los Derechos Humanos de las Mujeres en Barrancabermeja.

Por otro lado en la construcción de rutas de atención con el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio – PDPMM desde el Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva – PSSR, en que se construyeron rutas participativas de atención de VCM en los municipios de Yondó (Antioquia), Cantagallo (Bolívar), San Martín (Cesar), Puerto Wilches, Sabana de Torres y corregimientos de Barrancabermeja el Llanito y la Fortuna (Santander).

A partir de las experiencias laborales se conocieron dinámicas de atención a nivel región Magdalena Medio, considerando:

- La baja calidad de los servicios de salud en atención de eventos de violencia sexual.
- Barreras de atención para las mujeres víctimas.
- Debilidades en la formación de profesionales de salud para la toma de muestras, exámenes sexológicos y abordaje de casos de violencia sexual.
- Dificultad en términos de recursos humanos y financieros de las direcciones y secretarías locales de salud para la VS en cada uno de los municipios.

Durante el camino recorrido en el contexto de las entidades del Estado para la atención y garantía de los derechos de las mujeres víctimas de violencia sexual, el papel de las organizaciones de base de mujeres y el fortalecimiento comunitario es prioritario en el acompañamiento de casos emblemáticos, reconociendo el trabajo de la Organización Femenina Popular y otras organizaciones de base lideradas por las mujeres de la región.

Así pues, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se realiza el proceso de atención integral en los servicios de salud a mujeres víctimas de violencia sexual, como estrategia para la garantía del derecho a la salud definido en las normas?

De esta se derivaron algunas específicas:

- ¿Cómo perciben las mujeres víctimas de violencia sexual el proceso de atención en los servicios de salud, en el marco de su derecho a la salud?
- ¿Cómo es percibido el proceso de atención por los servicios de salud en el marco de las normas nacionales e internacionales?
- ¿Refleja este proceso de atención la integralidad, prioridad que para la salud pública tiene la VCM expresada en las normas?
- ¿Pueden ser los hallazgos explicados a la luz de la perspectiva de género?

2. Objetivos

2.1.General:

Analizar el proceso de atención en salud como estrategia para la garantía del derecho a la salud establecido en las normas, de mujeres víctimas de violencia sexual acompañadas por la Organización Femenina Popular -OFP- Magdalena Medio 2009 – 2014.

2.2.Específicos:

- 2.2.1. Caracterizar social y demográficamente las mujeres víctimas de violencia sexual.
- 2.2.2. Describir la provisión de servicios en el proceso de atención en los servicios de salud de las mujeres víctimas de violencia sexual.
- 2.2.3. Identificar los conocimientos que las mujeres víctimas de violencia sexual tienen sobre prevención de la violencia, rutas de atención y derechos en el proceso de atención en los servicios de salud.
- 2.2.4. Describir las percepciones que tienen las mujeres víctimas de violencia sexual sobre el proceso de atención en términos de información y derechos.
- 2.2.5. Describir los conocimientos y percepciones de los funcionarios/as de los servicios de salud sobre el proceso de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual y la garantía del derecho a la salud.
- 2.2.6. Caracterizar el papel de la OFP en el acompañamiento de mujeres víctimas de violencia sexual para la garantía del derecho a la salud.
- 2.2.7. Reflexionar sobre los hallazgos desde una perspectiva de género.

3. Justificación y propósitos

La violencia sexual contra la mujer, se reconoce a nivel mundial y nacional como un problema de salud pública, por su magnitud, efectos y afectaciones en la salud de las mujeres. De ellos son muestra los avances normativos jurídicos y de atención en salud, como respuestas intersectoriales que se establecen en el país.

Al considerar la violencia sexual contra las mujeres como un problema de salud pública, Valls (2012) afirma:

Deberán implementarse medidas para que pueda realizarse una prevención adecuada tanto para detectar precozmente las situaciones de violencia en las consultas médicas como para que la prevención y la asistencia a las mujeres afectadas se haga de forma coordinada con los servicios sociales y la policía de cada localidad. En este ámbito es muy importante la formación de todos los profesionales que van a atender o formar parte del circuito de detección de la violencia. Deben evitar la creencia de falsos mitos, que atribuyen la agresividad a hormonas masculinas o al alcohol, olvidando que el perfil más habitual es un varón <<normal>>, tradicional, machista y misógino, como dice Luis Bonino, quien advierte además de la necesidad de revisar las falsas afirmaciones sobre la falta de habilidades o problemas de relación masculinos. (pág. 72)-

Aquellos condicionantes que Valls enmarca dentro de predominancia de mitos frente a la violencia contra las mujeres, se asumen como uno de los determinantes sociales de la salud, que condiciona la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual. A su vez con la identificación de la magnitud de la violencia contra las mujeres y sus efectos, es indispensable una relectura de la realidad de las mujeres víctimas y el papel de los servicios de salud en atención, prevención y promoción de buenas prácticas en temas de violencia contra las mujeres.

Se reconoce la responsabilidad del Estado colombiano en la respuesta desde el sector salud, a las necesidades de las mujeres víctimas. No obstante, se señala la existencia de prácticas que podrían estar mediadas por la discriminación arraigada en estereotipos de género y vacíos conceptuales en procedimientos centrales de la atención de la violencia sexual (Corporación SISMA Mujer, 2013). Existen relaciones de poder ejercidas para la dominación de los cuerpos y el reduccionismo del “ser mujer” en áreas de sexualidad y reproducción.

La salud del país está en deuda con respuestas claras y oportunas en manera de atención de la violencia sexual contra las mujeres. De allí el valor del reconocimiento de experiencias de vida de mujeres víctimas con los servicios de salud y la comprensión de percepciones de

profesionales de salud que atienden los casos de violencia sexual en contextos adversos, como lo es el Magdalena Medio.

No está de más, visibilizar los procesos de atención de las mujeres víctimas de violencia sexual en la región del Magdalena Medio, en sintonía con el fortalecimiento de procesos personales, institucionales y colectivos que enriquecen la búsqueda de justicia y alternativas para la lucha de los derechos humanos de las mujeres, anclados a la realidad de un país que entra en un proceso de posconflicto, y que por lo tanto asume en su agenda pública la restitución de dignidad y garantías de no repetición para las víctimas.

Se busca aportar a la comprensión de la violencia sexual contra las mujeres como un problema de salud pública, que se agudiza en la atención de los servicios de salud. Además visibilizar las experiencias de las víctimas en los servicios de salud, con problemáticas y barreras de atención, que llevan a tomar medidas frente al papel de los funcionarios(as) en los servicios y la aplicación de una perspectiva de género en la atención y análisis de estas situaciones.

En síntesis la producción de este trabajo de investigación se amerita por:

- Las consecuencias y efectos para la salud física y mental de las mujeres.
- En la región del Magdalena Medio la VSCM no se visibiliza como problema prioritario de salud pública, a pesar de los avances mundiales y nacionales para la atención y prevención de las víctimas.
- La historia de violencia sociopolítica que ha vivido el Magdalena Medio, hace particular y pertinente la investigación particularmente en la aplicación de protocolos de atención en salud de víctimas de violencia sexual en marcos de conflicto armado.
- Existencia de vacíos institucionales en la atención integral y de calidad de las mujeres víctimas.

4. Marco de referencia

Hablar sobre la violencia sexual contra la mujer y sus implicaciones en procesos de atención, es conocer algunos conceptos que rescatan a la mujer como sujeta de derechos, en el que la salud cumple un papel fundamental. Para ello la sección se dedica a explorar la relación entre la mujer y el derecho a la salud; explora las principales normas y protocolos que existen en Colombia para la atención de violencia sexual y la historia de la región del Magdalena Medio, los sistemas de salud y el papel de las organizaciones de base.

4.1. Claves para la comprensión de la violencia contra la mujer y la asistencia en salud.

La conformación de la humanidad por mujeres y hombres se ve obstaculizada por el sexismo que atraviesa al mundo contemporáneo y se expresa en políticas, formas de relación y comportamiento, en actitudes y acciones entre las personas así como de las instituciones hacia las personas. Nuestra cultura es sexista en contenidos y grados en ocasiones sutiles e imperceptibles pero graves, y en otras es sexista de manera explícita, contundente e innegable. (Lagarde, El feminismo en mi vida: Hitos, claves y topias, 2012)

Algunas explicaciones sobre la VCM son dadas por corrientes epistemológicas y sociales que reivindican los Derechos Humanos de las mujeres, dentro de ellas el feminismo como mirada diversa y multiforme del mundo. El género como enfoque – determinante social de la salud, y la diferencia como punto de partida. Para este contexto de violencia sexual y servicios de salud, se tendrán algunas claves para la comprensión de la VCM, a partir de conceptos básicos del feminismo social.

- La metáfora de las gafas violetas

El feminismo es un discurso político que se basa en la justicia. Es una teoría y práctica política articulada por mujeres que tras analizar la realidad en la que viven toman conciencia de las discriminaciones que sufren por la única razón de ser mujeres y deciden organizarse para acabar con ellas, para cambiar la sociedad. Partiendo de esta realidad del feminismo se articula con la filosofía política, y al mismo tiempo como movimiento social. Con tres siglos de historia a sus espaldas, ha habido épocas en las que ha sido más teoría política y otras, como el sufragismo, donde el énfasis estuvo puesto en el movimiento social (Varela, 2005, pág. 14).

Partiendo del concepto de Varela, el feminismo es una alternativa para la interpretación y análisis de las desigualdades sociales y en particular, las asociadas por género y sexo. En este sentido la violencia sexual contra la mujer se vuelve una práctica reprochable, intolerable, que además abre camino a escuchar a las mujeres, su indignación, y sobre todo, a ejercer su participación en espacios que históricamente les han sido negados con

justificaciones ancladas en las diferencias de género y las relaciones asimétricas de poder entre mujeres y hombres.

La *metáfora de las gafas violetas* además de enriquecer la vida de muchas mujeres, propone que la humanidad se ponga los lentes de las mujeres, para mirar de una manera crítica y con un enfoque político el quehacer de las mujeres. Amelia Valcárcel afirma que:

El feminismo compromete demasiadas expectativas y demasiadas voluntades operantes. Incide en todas las instancias y temas relevantes, desde los procesos productivos a los retos medioambientales. Es una transvaloración de tal calibre que no podemos conocer todas sus consecuencias, cada uno de sus efectos puntuales, ya sea la baja tasa de natalidad, la despenalización social de la homofilia, la transformación industrial, la organización del trabajo. (Valcárcel, citada por Varela, 2005, pág. 20)

Una de las expectativas fundantes del feminismo es la concepción de justicia y de visibilización de lo invisible, estableciendo que las mujeres son actoras de su propia vida, en la que se toma conciencia de las mujeres como grupo o colectivo humano, de la opresión, dominación, y explotación de que han sido y son objeto por parte del colectivo de varones en el seno del patriarcado bajo sus distintas fases históricas de modelo de producción, lo cual las mueve a la acción para la liberación de su sexo con todas las transformaciones de la sociedad. (Sau, 2000, pág. 121)

- **Feminismo de la diferencia**

El feminismo de la diferencia radica en nuevas interpretaciones con un nuevo sentido del modelo patriarcal y androcéntrico: “el hombre como medida de lo humano”. Reivindica el modelo y se centra en la diferencia sexual para establecer un panorama de liberación de las mujeres hacia su auténtica identidad, dejando fuera la referencia de los varones.(Varela, 2005, pág. 120).

En el campo de la medicina y especialmente en la morbilidad diferenciada, se establecen profundas estimaciones sobre la formación androcéntrica de los profesionales de salud y las escuelas de medicina, teniendo en cuenta que:

Tanto la investigación médica, como la docencia y la asistencia sanitaria, han mirado a las mujeres “como si fueran hombres”. En los libros de medicina las enfermedades no tienen sexo y, a lo sumo, algunas patologías se describen “con mayor frecuencia” entre hombres o entre mujeres. Dado que la ciencia médica ha nacido principalmente en los hospitales, donde la mayoría de las patologías son

agudas y de predominio masculino, las quejas, el malestar y el dolor de las mujeres no se han podido visibilizar, y hasta finales del siglo XX no se empezó a estudiar si existían diferencias en las patologías de mujeres y hombres.(Valls, 2009, pág. 156).

En la atención de la violencia sexual específicamente, además de otras áreas de la morbilidad femenina, se oscurece el panorama en términos de la invisibilización del dolor de las mujeres en los servicios de salud. Es por ello que el feminismo de la diferencia abre el debate sobre la diferencia de cuerpos de mujeres y hombres y en consecuencia, la diferencia del abordaje clínico.

- **Androcentrismo**

Es la definición que se centra en el hombre y que da el orden establecido en la sociedad. Se codifica y clasifica en que todo lo absoluto es lo masculino y en torno a ello gira el mundo. En este sentido el androcentrismo distorsiona la realidad, deforma la ciencia y tiene grandes consecuencias para la realidad, como afirma Nuria Valera (2005).

El androcentrismo se entreteteje y completa con la misoginia. Tras la sobrevaloración de los hombres y lo masculino se inferioriza y subvalora a las mujeres y lo femenino. La dominación patriarcal pone en condiciones sociales de subordinación a las mujeres, y las hace invisibles simbólica e imaginariamente. No obstante, la presencia de las mujeres se relaciona con invisibilidad, falta de identificación, y reconocimiento nulo de algunas de sus características (Lagarde, 2012).

Las ciencias de la salud y la medicina han tenido que llevar las terribles consecuencias del androcentrismo. Uno de los casos comunes son los síntomas del infarto: dolor, presión en el pecho y dolor en el brazo izquierdo, siendo estos síntomas específicos para los hombres. Pero el dolor abdominal, el estómago revuelto y el dolor en el cuello son propios de las mujeres. Sin embargo, los diagnósticos de las mujeres se realizan con base en los síntomas de los hombres.

Las formas más relevantes de sexismo son el machismo y la misoginia, y el sexismo patriarcal basado en el androcentrismo. La mentalidad androcéntrica permite considerar de manera valorativa y apoyar socialmente, que los hombres y lo masculino son superiores, mejores, más adecuados, más capaces y más útiles que las mujeres. Por ello, es legítimo que manejen el monopolio del poder, dominio y violencia.

Así, el androcentrismo se expresa en el machismo como magnificación de ciertas características de los hombres, de su condición masculina, de la masculinidad y en

particular de la virilidad: abigarrada mezcla de agresión, fuerza dañina y depredadora, y dominación sexual.

Es por ello que la misoginia se produce cuando se cree que la inferioridad de las mujeres en comparación con los hombres, y por sí misma, es natural; cuando de antemano la cultura sostiene que las mujeres son impotentes por incapacidad propia y de manera central; cuando se hostiliza, se agrede y se somete a las mujeres haciendo uso de la legitimidad patriarcal. Es certera cuando ni siquiera nos preguntamos si la dominación genérica de las mujeres es injusta, dañina y éticamente reprochable. Por ende, está presente cuando se piensa y se actúa como si fuese natural que se dañe, se margine, se maltrate y se promuevan acciones y formas de comportamiento hostiles, agresivas y machistas hacia las mujeres, sus obras y hacia lo femenino (Lagarde, 2012).

- **Patriarcado**

A partir del feminismo radical de los años 70 del siglo XX, se utiliza el término patriarcado para realizar un análisis crítico de la realidad. Dolors Reguant define el patriarcado como:

Una forma de organización política, económica, religiosa y social basada en la idea de autoridad y liderazgo del varón, en la que se da el predominio de los hombres sobre las mujeres; del marido sobre la esposa; del padre sobre la madre, los hijos y las hijas; de los viejos sobre los jóvenes y de la línea de descendencia paterna sobre la materna. El patriarcado ha surgido de una toma de poder histórico por parte de los hombres, quienes se apropiaron de la sexualidad y reproducción de las mujeres y de su producto, los hijos, creando al mismo tiempo un orden simbólico a través de los mitos y la religión que lo perpetúan como única estructura posible. (Reguant citado por Canal, 1996, pág. 20)

Es evidente que el patriarcado como forma de organización política hace parte de una de las causas de la violencia sexual contra las mujeres. El sentido de opresión y subvaloración hacia lo femenino y las mujeres radica en escenarios que promueven las violencias y naturalizan este hecho, más aun cuando es ejercida por los hombres.

Como consecuencia, se introduce el concepto de invisibilización de las mujeres como producto de un fenómeno cultural masivo. La negación y la anulación de aquello que la cultura patriarcal no incluye como atributo de las mujeres o de lo femenino, a pesar de que ellas lo posean y que los hechos negados ocurran. La subjetividad de cada persona está estructurada para ver y no mirar, para oír sin escuchar lo inaceptable, para presenciar y no entender, incluso para tomar los bienes de las mujeres, aprovecharse de sus acciones o beneficiarse de su dominio, y no registrar que así ha ocurrido (Lagarde, 2012).

- Género

El ensayo de Scott: *Género: ¿Todavía na categoría útil para el análisis?* (1986), defiende argumentos como:

La pregunta de si el género sigue siendo una categoría útil para el análisis —ya sea histórico o de otro tipo— me parece que no depende de la palabra en sí, sino de los usos críticos que seguimos haciendo de ella. Con demasiado frecuencia, “género” connota un enfoque programático o metodológico en el cual los significados de “hombre” o “mujer” se toman como fijos; el objetivo parece ser describir roles diferentes, no cuestionarlos. Creo que género sigue siendo útil sólo si va más allá de este enfoque, si se toma como una invitación a pensar de manera crítica sobre cómo los significados de los cuerpos sexuados se producen en relación el uno con el otro, y cómo estos significados se despliegan y cambian. El énfasis debería ponerse no en los roles asignados a las mujeres y a los hombres, sino a la construcción de la diferencia sexual en sí. (Scott, 2011)

Los cuales invitan al análisis de la palabra género desde un enfoque crítico, que avance frente a las palabras hombre o mujer y sus relaciones con el entorno que los acompañe. Este entorno es social, por tanto es indispensable reconocer las asignaciones de los sexos y la división de los roles, cuando se trata de evaluar el género como una categoría de análisis.

Una de las batallas de las feministas ha sido la inclusión de nuevas denominaciones y categorías para vincular en la discusión actual el papel de las mujeres fuera de la concepción que reduce sus cuerpos al desarrollo biológico. A su vez la concepción de género surge a partir de la idea de que lo femenino y lo masculino no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales. (Cobo, 1995, pág. 1)

Es indispensable adoptar el género como una de las claves para la comprensión de la violencia sexual contra las mujeres como un problema de salud pública. En este concepto recaen fuertes responsabilidades que históricamente ha desarrollado el trabajo de las corrientes feministas por salir de la dicotomía de lo femenino y lo masculino, además de adoptar interpretaciones sobre la ponderación de poderes entre las mujeres y hombres, siendo el poder masculino el predominante.

En este sentido, junto con otros conceptos claves como el androcentrismo y el patriarcado, se reconocen como herramientas de análisis para examinar las sociedades actuales, detectar los mecanismos de exclusión, conocer sus causas y, tras haber atesorado todo ese conocimiento, proponer soluciones y modificar la realidad de las mujeres directamente.

Se hace indispensable remitirse a las reflexiones de Carme Valls frente a la salud de las mujeres y el concepto de género como categoría de análisis en la que establece:

El concepto de género puede ser usado también como forma de invisibilizar las palabras mujer y mujeres, y por ende su participación en la vida social, científica y académica. Todo depende del sentido y de la acción de los que investigan, para que utilicen la palabra “género” para definir el constructivo ideológico y cultural, que ponga de manifiesto los condicionantes a nivel del terreno imaginario o simbólico, y no para ocultar las diferencias entre mujeres y hombres, y entre los mismos colectivos dentro de éstos. (Valls, 2009, pág. 25)

En este sentido el curso del feminismo como enfoque emancipador y crítico, envuelve una serie de posturas y desarrollos en términos de análisis de situaciones específicas e históricas que las mujeres han vivido en términos de disparidades y desigualdades de géneros, que propicia la vulneración de sus derechos y la carente aceptación de las mujeres como sujetas de sus vidas, cuerpos y ciudadanías.

Si bien, las violencias contra las mujeres son ejercidas por la subvaloración del rol de las mujeres en la sociedad y la dominación de una cultura patriarcal que reducen sus condiciones, minimizando el potencial de las mujeres a una vida reproductiva y de cuidado del hogar, se pueden establecer múltiples teorías para la comprensión de la violencia sexual contra las mujeres como un problema social, que vulnera y viola los Derechos Humanos de las mujeres, incluido el derecho a la salud.

Aquí resulta útil el concepto de las mujeres abordado por Lagarde (2012, pág. 22), como aquellas que han sido cautivas en la expropiación de sus cuerpos, de su sexualidad, de sus bienes materiales y simbólicos, definiéndolas como: seres para los otros que pueden ser sometidas y dominadas por un poder históricamente constituido por la cultura del patriarcado y del reconocimiento social del dominio masculino sobre los cuerpos de las mujeres y sus subjetividades.

Las claves desde el feminismo para la comprensión de la violencia sexual contra las mujeres como un problema social y de salud pública, orientan el presente trabajo para ver desde un enfoque crítico y de color violeta la situación de cientos de mujeres víctimas de violencia sexual en el país en marcos del conflicto armado.

4.2. Las mujeres y el derecho a la salud

Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de las mujeres a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever las intervenciones enfocadas a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones en salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva.

Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva (UNAM, 2000).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su observación general número 14, define el derecho al disfrute del más alto nivel de salud como:

- La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. (UNESCO, 1976)
- El Derecho Internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios" (UNESCO, 1976).
- El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros Derechos Humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, dignidad humana, vida, no discriminación, igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud. (UNESCO, 1976)

- Reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones y ambientes de trabajo seguras y sanas. (UNESCO, 1976)

Con el reconocimiento del derecho a la salud en el ejercicio específico de las mujeres y su lucha por su garantía, se establecen condicionantes negativos que llevan a minimizar su goce efectivo, más aún cuando son víctimas de violencia sexual.

Pactos internacionales como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer – CEDAW (1981), ocupan un importante lugar al incorporar a las mujeres en la esfera de los derechos humanos. El espíritu de la Convención tiene su génesis en los objetivos de las Naciones Unidas: reafirmar los derechos humanos fundamentales, la dignidad y el valor de la persona y en la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. Es por ello que desde la Convención se define discriminación como la violación de los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana. Además "toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo en las esferas política, económica, social, cultural y civil", por lo tanto la violencia sexual se considera un acto de discriminación contra las mujeres.

La Convención afirma positivamente el principio de igualdad al pedir a los Estados Partes que tomen "todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre" (artículo 3) (ONU, 1981).

La Cuarta conferencia mundial sobre la mujer en Beijing (1995), establece la responsabilidad de los Estados en temas prioritarios de salud y desarrollo. A su vez, promueve los objetivos de igualdad, desarrollo y paz para todas las mujeres del mundo. Los Estados se comprometen a asegurar la igualdad de acceso y de trato de hombres y mujeres en la atención en salud y la promoción de la salud sexual y reproductiva. (Beijing, 2013, pág. 5).

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer – “Convención de Belem do Para, 1996”, considera que el reconocimiento y respeto de todos los derechos de la mujer son condiciones indispensables para su desarrollo individual y la creación de una sociedad más justa, solidaria y pacífica. En materia de salud

y violencia sexual, la Convención recomienda a los Estados, ofrecer a las víctimas acceso a programas eficaces de rehabilitación y capacitación que les permita participar plenamente en la vida pública, privada y social (OEA, 1996, pág. 11).

Además la Convención establece la necesidad de suministrar servicios especializados apropiados para la atención necesaria de las víctimas, por medio de entidades de los servicios público y privado, como refugios, servicios de orientación para toda la familia, cuidado y custodia de los menores afectados (OEA, 1996, págs. 4 - 6). En Colombia con las medidas de atención de la ley 1257/2008 se adoptan estas medidas de atención y protección.

A la exigibilidad del derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual debe sumarse la consideración sobre las implicaciones en términos de atención y terapéutica, teniendo en cuenta que existe una relación entre la gravedad de los abusos sexuales y los síntomas físicos y mentales que presentan las mujeres durante los años posteriores a la agresión. Esta afectación incluye el malestar generalizado que se expresa en la vida adulta como una profunda insatisfacción de la que es difícil conocer la causa. Las entrevistas médicas aumentan la confianza de la mujer afectada, una vez se atienden los síntomas físicos y mentales, las mujeres terminan expresando la historia de abusos o agresiones que ha permanecido encerrada en su interior.

Los profesionales de atención primaria deben ser sensibles a la posibilidad de antecedentes de abuso en sus pacientes, y entablar interrogatorios sobre su historia pasada con rigor y delicadeza, para detectar estas situaciones cuando se encuentren delante de historias clínicas con una sintomatología compleja cuya causa no esté del todo clara. En los momentos actuales, a pesar de que una de cada cuatro mujeres haya padecido abusos sexuales, estas agresiones permanecen invisibles para la medicina.(Valls, 2012, pág. 75) Allí reside la importancia de considerar a las mujeres como sujetos de derechos, que establecen papeles fundamentales en la sociedad, más allá de roles reproductivos y sexuales históricamente asignados a las mujeres.

El papel de los servicios de salud y del ejercicio del derecho a la salud desde una perspectiva amplia, en términos de descentralizar la salud de las mujeres de los ámbitos reproductivos, son aquellos restos que se hacen visibles en los procesos de atención de las mujeres víctimas de violencia sexual. La discriminación y los sesgos derivados del género justifican modos de actuar de los profesionales de la salud, quienes tienen deficiencias en su formación para la atención compasiva de los eventos de violencia sexual que viven a diario cientos de mujeres en Colombia.

- **El derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual en la normatividad colombiana.**

Cinco hitos normativos caracterizan el abordaje de la violencia contra las mujeres y la violencia sexual contra las mujeres en Colombia: La Resolución 412 de 2000, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la ley 1257 de 2008, el Plan Decenal de Salud Pública y el CONPES 161 de 2013.

- En el 2000, con la resolución 412 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se formulan guías técnicas para la atención en servicios de salud de mujeres víctimas de violencias, se desarrolla una de las primeras propuestas de atención a mujeres víctimas de violencias en los servicios de salud, la cual empezó a utilizarse en los servicios de consulta externa, promoción y prevención. (Ministerio de Salud y Protección Social, Guía de atención a la mujer maltratada, 2000)

Estas guías se encargaron de crear espacios de apertura y de formación de profesionales en salud, para la adquisición de herramientas prácticas en la identificación y atención de casos de violencia sexual, con un diagnóstico oportuno, la identificación de signos y síntomas relacionados con formas de violencia sexual, una adecuada inspección y realización del examen físico, toma de muestras y administración de profilaxis para infecciones de transmisión sexual y prevención del embarazo. A su vez se tuvo en cuenta la complementariedad de la atención en salud mental (psicología), la notificación en sistemas de información de los incidentes de violencia sexual, su denuncia, seguimiento y acompañamiento de las mujeres víctimas.

- La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 – 2006 formulada por el Ministerio de Salud y Protección Social, fue una de las respuestas del Estado colombiano a las responsabilidades adquiridas en las convenciones internacionales. En esta reconoce la violencia contra la mujer como un problema de salud pública, para lo cual impulsa algunas líneas de acción relacionadas con la maternidad segura, la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva en adolescentes, el cáncer de cuello uterino, ITS, VIH/SIDA y la violencia doméstica y sexual. Esta última línea de acción, la política establece estrategias de comunicación e información, coordinación intersectorial e interinstitucional, fortalecimiento de la gestión institucional y participación, potenciación de redes de apoyo y organizaciones sociales de mujeres víctimas, y la promoción de la investigación en temas de prevención y atención de la violencia doméstica y sexual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2003).

- A partir de la creación de la Comisión Accidental Bicameral por la Defensa de los Derechos de las Mujeres en el Congreso, se formula la ley 1257 de 2008, promovida por la Bancada de mujeres³. El objetivo de la ley es adoptar normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencias, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización. Los principios de la ley son: igualdad real efectiva, derechos humanos, corresponsabilidad, integralidad, autonomía, coordinación, no discriminación y atención diferenciada. Las líneas de acción son las medidas de sensibilización y prevención, protección, atención y sanciones a los agresores(Fondo para el Logro de los Objetivos del Milenio, 2010).

Luego de cuatro años de entrar en vigencia la ley, se han expedido seis decretos reglamentarios, de los cuales dos se encuentran relacionados con el sector salud. El decreto 4796 de 2011, define las acciones necesarias para detectar, prevenir y atender integralmente, a través del SGSSS a las mujeres víctimas de violencia e implementar mecanismos para hacer efectivo el derecho a la salud. Incluye:

- La garantía de servicios temporales de habitación, alimentación y transporte que necesitan las víctimas con afectación física y psicológica, sus hijos e hijas, cuando estos servicios sean inherentes al tratamiento recomendado por los profesionales de salud, por medicina legal o cuando la autoridad competente lo encuentre conveniente como protección para la víctima.
- Temas sobre los sistemas de información, la actualización de guías y protocolos de atención, la inclusión de acciones relacionadas en el Plan Decenal de salud pública.
- Criterios para la asignación de subsidios monetarios para las víctimas.
- Afiliación inmediata al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de la víctima, cuando no lo esté, y las fuentes de financiación de la atención y de los subsidios monetarios.

Por su parte, el decreto 2734 de 2012 reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia, estableciendo criterios, condiciones y procedimientos para el otorgamiento de las medidas de atención definidas en el artículo 19 de la Ley 1257/08.

³ La Bancada de Mujeres del Congreso de la República en los sectores de salud, justicia, educación. La Bancada de Mujeres del Congreso de la República de Colombia está conformada por todas las congresistas de las dos cámaras congregadas alrededor de un propósito común: trabajar a favor de los derechos de las mujeres desde la rama legislativa.

En relación con la atención en salud ordena que:

- La IPS valore y atienda con carácter de urgencia, a la víctima, de conformidad con los modelos o protocolos de atención que establezca el ministerio de salud y protección social.
 - La institución remite el caso a la autoridad competente para garantizar medidas de protección.
 - Luego de garantizar la protección, remite el caso a la policía para que valore el riesgo.
 - Vuelve a remitir a la EPS para dar continuidad a los servicios de atención en salud que la víctima requiera.
-
- El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, desarrolla una línea de violencia contra la mujer, a partir de la incorporación de enfoques y perspectivas diferenciales, como la de género, la cual establece como prioridad la adecuación de servicios de salud con enfoques diferenciales en la atención, desde la humanización y calidad de los servicios. Para ello el Ministerio de Salud y Protección Social plantea una estrategia dirigida a la prevención de las violencias de género, desarrollando acciones de prevención y atención integral a mujeres víctimas de violencias, mediante la implementación de estrategias de información, comunicación y educación, así como de movilización social contra las violencias, especialmente contra las mujeres; en la implementación de la normatividad vigente para la atención integral a las víctimas de violencia, modelos de atención y planes de mejoramiento para la atención de las víctimas de violencia. (Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, 2013, págs. 147 - 148)
 - El CONPES 161 de 2013 – Política de equidad de género para las mujeres, establece el plan integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias, con acciones encaminadas al fortalecimiento de la prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres. La inclusión de un enfoque de género en el diseño e implementación de políticas públicas y proyectos de violencia contra la mujer; fortalecimiento en capacidades institucionales (salud, educación, justicia y protección, etc.) de los sectores vinculados a la prevención y atención de la violencia y cualificación de funcionarios. (Departamento Nacional de Planeación DNP, 2013)

- **Modelo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual**

A partir de la Ley 1257 de 2008 y de sus decretos reglamentarios, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo del UNFPA, formula el modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, el cual plantea que la atención integral en violencia sexual necesita de trabajo sectorial e intersectorial estructurado, en el que los sectores de salud, protección y justicia tienen competencias complementarias.

Con un enfoque articulado y no victimizante, el modelo busca garantizar desde el sector salud que la persona víctima reciba una atención de calidad que le ayude a restaurar su autonomía y dignidad, que le ayude en su recuperación física y emocional; y desde los otros sectores, a que cuente con garantías de protección y no repetición del hecho violento y de acceso a la justicia para que el delito no quede impune.

El modelo brinda herramientas técnicas, conceptuales, procedimientos y normas que apoyan a los equipos de salud y a otros actores del SGSSS, que se encuentran con dificultades en la atención integral de estas víctimas.

Define todos los tipos de violencia sexual, hace un análisis de la grave situación de este fenómeno en el país, y plantea su abordaje desde diversos enfoques, de derechos, de salud pública, de género y diferencial. Describe también, todo lo relacionado con la prevención de la violencia sexual y la promoción de la salud sexual y reproductiva, enfatizando en factores protectores. Relata las responsabilidades del primer nivel de atención en los temas de promoción y prevención, los factores de riesgo para la violencia sexual, los elementos clave para la prevención, de acuerdo al ciclo vital y para poblaciones especiales. Además, hace referencia a la atención integral, abordando temas como:

- La re-victimización.
- La preparación institucional para la atención.
- La preparación de la comunidad.
- La atención clínica: las entrevistas, la importancia de recibir y atender de forma inmediata a la víctima, la evaluación del peligro inminente de la vida, la evaluación mental del paciente, la importancia de explicar a la víctima sus derechos y los procedimientos que deben realizarse.
- La asesoría y consentimiento informado para procedimientos clínicos de urgencias y para exámenes diagnósticos, incluida la prueba de VIH.
- Los procesos de anamnesis, examen físico y toma de muestras forenses, diagnóstico, cadena de custodia de evidencias, toma de pruebas diagnósticas y dependiendo de esto

y del tiempo transcurrido desde la exposición, la iniciación de profilaxis post exposición para la prevención de ITS-VIH y embarazos no planificados.

- Procesos de reporte al sistema de vigilancia epidemiológica.
- Denuncia, entrega de materiales probatorios e información clínica a la policía judicial y procesos de seguimiento.
- Se ofrece un protocolo especial para la atención de víctimas de VS que se encuentran en contextos de conflicto armado, desplazamiento, personas en albergues, refugiados o en otros contextos de crisis humanitarias; así como del protocolo de atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Se aborda el tema del cuidado integral, de la salud mental frente a la violencia a nivel individual de las víctimas y a nivel colectivo de las comunidades, así como los cuidados de la salud mental de los y las profesionales de la salud que atienden la violencia sexual. Describe los procesos sectoriales e intersectoriales, rutas de acceso a protección y justicia, así como las responsabilidades de los diferentes actores.

Finalmente se hace énfasis en la elaboración de planes de protección y la participación del sector salud en los mismos; y pone la atención integral de la VS en el marco del SGSSS, los componentes incluidos y no incluidos en los planes obligatorios de salud (POS), las diferencias entre los regímenes de afiliación al sistema, el marco normativo aplicado a la atención de la violencia sexual, entre otras disposiciones y obligaciones (Ministerio de Protección Social, 2000).

Figura 1: Pasos para la atención de violencia sexual.

1. Recibir y atender de forma INMEDIATA
2. Evaluar si se encuentra en peligro inminente la vida del/ la paciente si se encuentra en peligro inminente la vida del/ la paciente.
3. Evaluar estado emocional/mental actual del paciente (Psicología)
4. Explicar los derechos del/la sobreviviente y explicar en qué consiste el proceso de atención integral en el sector salud (Elegir sexo del profesional)
5. Hacer la asesoría para el proceso de consentimiento informado para los procedimientos clínicos de la atención integral de urgencias, los procedimientos médico legales y los exámenes de VIH/SIDA
6. Realización de la Anamnesis (Historia Clínica)
7. Iniciar el proceso de atención médica y médico-legal
8. Realizar examen físico y mental completo, incluido un detallado examen genital y búsqueda clínica de presunción y certeza de embarazo e ITS.
9. Toma de muestras forenses (Fotografías: lesiones, evidencias y hallazgos durante el examen médico legal (previo consentimiento informado), ropas, fluidos, frotis)
10. Establecer el diagnóstico médico.
11. Realizar el proceso de cadena de custodia: búsqueda y toma de evidencias físicas, rotulación, embalaje, almacenamiento, llenado de registros.
12. Explicar al paciente el resultado de los exámenes, y procedimientos de seguimiento que se requieren.
13. Remitir hacia otros profesionales de salud para el abordaje integral.
14. Llenar la ficha de seguimiento personal y de vigilancia epidemiológica.
15. Hacer el proceso de denuncia formal o no formal por el designado en el equipo de atención.
16. Proceso de seguimiento (entre 2 y 4 semanas; 3 meses, 6 meses y 12 meses)

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud y Protección Social y UNFPA.

4.3. La atención en salud a la violencia sexual contra las mujeres en el Magdalena Medio.

...El “río de la historia” en Colombia, el Magdalena, guarda múltiples secretos. Dividido en Alto, Medio y Bajo Magdalena, su pasado y su porvenir son el de todo el territorio nacional, ya que es la arteria y el corredor estratégico para comunicarse con el interior andino, las llanuras del Caribe y el resto del mundo, a través de los puertos de Cartagena y Barranquilla. Por sus aguas y su valle están diseminados miles de pueblos y culturas que le dan vida a la nación. Dos cordilleras lo vigilan de sur a norte para que no se salga de su cauce y vierta su caudal en el mar Caribe. Testigo predilecto de expediciones de conquista, de viajeros y aventureros de la más variada condición, este río, es ante todo, un testigo en el que se escriben, sobrescriben y se borran historias de dolor y de progreso. Allí, en el corazón de ese valle, en el Magdalena Medio, emplaza su capital natural: *Barrancabermeja*...(González, 2008)

El Magdalena Medio es una región de luchas y causas, que resulta de la intersección de cuatro departamentos, unidos por la ribera del Magdalena y por nuevas formas de sobrevivencia dirigidas en torno a la explotación de recursos naturales y minerales. Los departamentos de Antioquia, Santander, Cesar y Bolívar cumplen la dimensión total de la región para un total de 31 municipios.

Algunos denominan a Barrancabermeja como la capital del Magdalena Medio, la cual ha vivido grandes luchas y conflictos por sus características y fortalezas en términos del dominio de la tierra y los recursos naturales. Al punto de sufrir guerras sistemáticas y de violación a derechos humanos al ser la cuna del nacimiento de los grupos paramilitares y posteriormente guerrilleros, que desataron miedo y control sobre los y las habitantes de Barrancabermeja y el Magdalena Medio. Sin duda durante la década de los 60 a los 90, se relatan las historias de violencias en un sin número de masacres y violaciones sistemáticas de mujeres y hombres de la región. Una de las masacres que se recuerda actualmente, es la del 16 de mayo de 1998, la cual fue una toma paramilitar en la comuna 7 de la ciudad, dejando alrededor de 24 desaparecidos y un sin número de muertos.

- **Breve caracterización de los servicios de salud en la región**

El Magdalena Medio cuenta con dos municipios que tienen hospitales públicos de segundo nivel, Barrancabermeja (Santander) y Aguachica (Cesar), el resto de municipios cuentan con entidades de primer nivel, las cuales manejan un portafolio de servicios de baja complejidad.

Si bien gran parte de los municipios se caracterizan por tener limitaciones en los servicios de salud, Barrancabermeja cuenta con dos entidades públicas de segundo nivel, veinte entidades privadas, seis con régimen de excepción y tres organismos de socorro. No obstante, según datos de la Superintendencia de Salud, el 8% de estas entidades prestan servicios de tercer nivel y alta complejidad; lo que indica que el 92% prestan solamente servicios de nivel uno y dos (CER, 2013).

De acuerdo a los estudios realizados por el DANE, el municipio cuenta con ocho médicos por cada diez mil habitantes, mientras que la media nacional es de diez, es decir, una insuficiencia del 20% en relación con la nación. Tiene además 344 camas hospitalarias, 138 adultas, 67 pediátricas y 59 para ginecobstetricia; 27 ambulancias, de las cuales el 78% están habilitadas para el transporte asistencial básico (21 ambulancias) y el 22% para transporte asistencial medicalizado (6 ambulancias).

- **La organización social y la violencia sexual contra las mujeres en el Magdalena Medio**

El Magdalena Medio es una zona en la que se han organizado las personas. Es la cuna del sindicato más fuerte que ha tenido el país: la Unión Sindical Obrera, USO. Pero también de las luchas de mujeres por la defensa de los derechos humanos, tal es el caso de la Organización Femenina Popular, OFP y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, PDPMM.

Organización Femenina Popular

La Organización Femenina Popular con su lema “Las mujeres no parimos ni forjamos hijos para la guerra”, nace en medio de un período fuerte de violencia y pérdida de miles de víctimas en el Magdalena Medio, se gestan organizaciones de sectores populares que

coordinaron recuperación de tierras, ejecución de programas de autoconstrucción y lucha por la obtención de recursos públicos.

El discurso de la OFP para sus procesos de participación ciudadana se centra en un enfoque feminista y de búsqueda de la equidad de género, en el que proponen la defensa de la vida y los derechos humanos integrales, reivindicando los derechos de la mujer, quién, como sujeta política, eleva su conciencia de género y de clase y transforme su realidad social a partir de sus propias acciones cotidianas civilistas y autónomas.

Según la línea de caracterización de la OFP, el 72% de las afiliadas a la Organización son mujeres adultas (entre 27 y los 60 años), el 14% son adultas mayores (con más de 60 años) y el 13% son mujeres jóvenes (entre los 17 y los 26 años). Todas pertenecen a sectores populares de los municipios de incidencia y en su amplia mayoría (96%) habitan en estratos socioeconómicos 1 y 2. El 3% de ellas se encuentran en situación de discapacidad y el 65% son mujeres cabeza de familia. Por lo menos el 52% de las mujeres afiliadas son víctimas de desplazamiento forzado y devengan de un salario mínimo mensual. El 49% no alcanzó el grado de bachiller y el 5% no tiene ningún grado de escolaridad. El 33% de las mujeres viven en barrios o asentamientos precarios, en casas sobre las que no tienen una propiedad regular o, en otros casos, por contrato de arrendamiento (Organización Femenina Popular, OFP, 2014, pág. 26).

En sus 42 años de trabajo en Barrancabermeja y la región, la OFP ha creado diversos programas encaminados a la promoción y exigencia de los derechos de las mujeres y al fortalecimiento de sus capacidades, lo que les permite abordar diferentes escenarios de participación en sus comunidades. De igual forma los programas se han extendido a los diversos sujetos del núcleo familiar de la mujer, niñas, niños, jóvenes, adultos y adultos mayores. Sus acciones van dirigidas a aumentar el empoderamiento de cientos de mujeres de sectores populares, informándolas sobre sus derechos, aumentando sus capacidades, acompañándolas en sus propuestas de participación, incidencia y movilización social local y regionalmente, cualificando políticamente las estrategias para exigir la garantía de los derechos humanos de las mujeres (Organización Femenina Popular, OFP, 2014, pág. 27)

Así pues, desde sus principios históricos e inspirándose en valores como la justicia, el amor, la equidad, la solidaridad, la ternura, la dignidad y el respeto humano, trabajan por el desarrollo integral de la mujer, y por la construcción de poder popular mediante la organización y el movimiento social regional y nacional, para defender la vida digna y los derechos humanos integrales de las mujeres y los pueblos.

El Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio – PDMM

El PDPMM, se define como un proceso regional que avanza hacia el desarrollo humano sostenible y la paz digna en el Magdalena Medio colombiano en medio del conflicto. Este proceso está en expansión y tiene un ente gestor denominado Corporación Desarrollo y Paz del Magdalena Medio (CDPMM), integrado por la Diócesis de Barrancabermeja y el Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP).

El programa surgió en 1995 con el apoyo económico de la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL) y viene desarrollándose en un proceso que contempla hasta ahora tres períodos. En el primer período, comprendido entre 1995 y 1998 se realizó un diagnóstico participativo que permitió definir la problemática fundamental de la región y establecer unas prioridades mínimas para el desarrollo de la paz.

El segundo período, desarrollado entre los años 1998 y 2000, el PDPMM se trazó como objetivo impulsar un proceso de aprendizaje y ampliación de las capacidades de los actores locales, públicos y privados, que les permitiera formular propuestas municipales para orientar la planeación, la participación ciudadana y la concertación en el nivel local y seleccionar iniciativas sociales y productivas que pudieran convertirse en proyectos de impacto municipal y regional, contribuyendo a generar dinámica de convivencia ciudadana y de superación sostenible de la pobreza.

El tercer período, el Programa busca asegurar la consistencia del proceso, viabilidad y sostenibilidad social, económica y política, todo esto acompañado de un gran esfuerzo de apoyo y articulación con la institucionalidad local (Medina, 2001).

La movilización social de las mujeres y el origen de grupos de base, permiten el desarrollo de estrategias de persistencia y acompañamiento a las víctimas de violencia sexual, lo cual potencia a capacidad de las mujeres en el fomento de estrategias de promoción del derecho en salud y una vida libre de violencias.

5. Método

5.1. Tipo de estudio

Estudio de caso cualitativo descriptivo simple que busca analizar el proceso de atención en servicios de salud de mujeres víctimas de VS acompañadas por la Organización Femenina Popular -OFP- en tres municipios del Magdalena Medio, 2009 – 2014.

El estudio de caso se configura a partir de las experiencias de mujeres víctimas de violencia sexual acompañadas por la OFP, quienes fueron atendidas en servicios hospitalarios de los municipios de Sabana de Torres y Barrancabermeja en Santander y San Pablo en Bolívar, durante su proceso de restablecimiento de derechos. Incluye además la perspectiva de funcionarios(as) de los servicios de salud en los que las mujeres fueron atendidas, lo cual es significativo en términos del análisis y la comprensión de las dinámicas institucionales frente a la atención de los eventos de VS en la región.

El estudio de caso se considera la metodología adecuada para el desarrollo de este estudio, debido a que con ella se puede realizar un análisis específico del contexto y elementos claves de este, que llevan a una interpretación y una visión más clara de la atención para víctimas de VS en los servicios hospitalarios.

En este sentido, se parte de que el estudio de caso permite cubrir las condiciones contextuales para comprender más profundamente fenómenos individuales, organizacionales, sociales o políticos.(Yin, 2009). Teniendo en cuenta que su objetivo es visualizar el fenómeno desde su contexto, a partir de situaciones concretas de la vida real y la necesidad de visibilizar problemáticas (Stake, 2011) como la violencia contra las mujeres y específicamente la violencia sexual.

5.2. Fuentes de información

Las fuentes de información de este estudio fueron primarias:

- Fuente 1: Mujeres víctimas de violencia sexual:

La OFP registró para el periodo 2012 – 2014 en su sistema información de violencias de género (GBVIMS siglas en inglés) alrededor de 20 eventos de violencia sexual, de los cuales las directivas de la Organización escogieron 5 casos de violencia sexual, que cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 16 años.
- Mujeres atendidas en instituciones o servicios de salud del municipio donde ocurrió el incidente.
- Mujeres acompañadas por la OFP durante y/o posterior al incidente.
- Residentes en la región del Magdalena Medio.

Los municipios de residencia de las cinco mujeres que cumplieron los criterios fueron San Pablo (Bolívar), Barrancabermeja (quien no pudo ser entrevistada⁴) y Sabana de Torres (Santander).

- Fuente 2: Funcionarios(as) de Servicios de Salud

En las instituciones de salud de Sabana de Torres (primer nivel), Barrancabermeja (primer nivel) y San Pablo (primer nivel), se contó con la participación de profesionales que cumplieron con el criterio de experiencia en la atención de eventos de violencia sexual. Se seleccionaron (6) personas.

- Médico del servicio de urgencias con experiencia de atención de eventos de violencia sexual.
- Enfermera jefe del servicio de urgencias con experiencias en la atención de eventos de violencia sexual.
- Auxiliar de enfermería del servicio de urgencias con experiencias en la atención de eventos de violencia sexual.

⁴ La mujer de Barrancabermeja que postuló la OFP no pudo ser entrevistada por motivos relacionados con amenazas e intimidaciones que la obligaron a salir de la ciudad previo al inicio del trabajo de campo.

- Coordinador(a) de enfermería o responsable de la atención específica para los casos de violencia sexual. (Si el hospital cuenta con este perfil)⁵.

- Fuente 3: Profesionales del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva del Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio.

- Coordinador Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva del Magdalena Medio.
- Asesora de género del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva del Magdalena Medio.

- Fuente 4: Organización Femenina Popular

De la organización de mujeres con sede en Barrancabermeja participaron las responsables del acompañamiento en la garantía de derechos de las mujeres víctimas de violencia sexual y otras formas de violencia que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: conocimiento de la Organización, de los casos de violencia sexual y acompañamiento de los casos. Las mujeres fueron:

- Coordinadora regional del Magdalena Medio, que haya trabajado con la organización por más de 20 años y conozca los casos de las mujeres víctimas que participaran en el estudio.
- Profesional en derecho que acompaña los casos de violencia sexual y de otras formas de violencia.
- Gestoras municipales de Sabana de Torres, Barrancabermeja y San Pablo, quienes acompañan a las mujeres en procesos formativos y garantía de los derechos humanos.

⁵ Los centros de salud que se visitaron en los tres municipios no contaron con este perfil durante el trabajo de campo.

Cuadro 2: Total de participantes por fuente de información y municipios.

| Fuente | San Pablo | Sabana de Torres | Barrancabermeja | Total |
|------------------------------|------------------|-------------------------|------------------------|--------------|
| Mujeres víctimas | 2 | 2 | | 4 |
| Funcionarios servicios salud | 3 | 1 | 2 | 6 |
| Funcionarios PDPMM | | | 2 | 2 |
| OFP | 2 | 2 | 2 | 6 |
| | | | | 18 |

Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes de información.

5.3. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de información fueron entrevistas biográficas para las mujeres víctimas de violencia sexual, semiestructuradas para funcionarios(as) de servicios de salud, del PDPMM y coordinadoras de la OFP.

Se contó con una guía de entrevista por fuente de información⁶ (Anexo 1), como también con el consentimiento informado para cada participante (Anexo 2). Cada una de las entrevistas con aspectos específicos a indagar a partir de las categorías de análisis.

Además se contó con el registro de notas y percepciones de la investigadora en un diario de campo, el cual contó con elementos del contexto social para la interpretación y el análisis de la información.

5.4. Categorías de análisis

Partiendo del objetivo general, los objetivos específicos y el marco de referencia, se definieron cuatro categorías de análisis transversales para las tres fuentes de información (mujeres víctimas de violencia sexual, funcionarios(as) de servicios de salud y coordinadoras de la Organización de mujeres). Cada una de estas categorías cuenta con subcategorías y variables de análisis las cuales se sintetizan en el cuadro 3.

- Caracterización demográfica y socio-económica. Para el reconocimiento de variables personales de los y las participantes del estudio se contemplaron subcategorías como el

⁶ La guía de entrevista para funcionarios de salud se aplicó también para los funcionarios del Programa de Desarrollo y Paz – PDPMM.

nivel de estudios, estrato socioeconómico, migraciones, desplazamientos, conformación familiar y situación laboral. Las variables que se utilizaron fueron la edad, estado civil, lugar de origen y tipo de afiliación a la seguridad social.

Con estas características se pretendió describir aspectos demográficos y sociales de las mujeres víctimas de violencia sexual, funcionarios(as) de salud y la Organización de mujeres, que llevaron a analizar algunos determinantes sociales en las experiencias de las mujeres víctimas de violencia sexual en los servicios de salud.

- Provisión de servicios de salud⁷. En esta categoría se contemplaron subcategorías relacionadas con la ruta de atención de las mujeres víctimas de violencia sexual, aplicación del protocolo de atención, normatividad, garantía del derecho a la salud, dinámicas de atención (sistema de referencia – contra referencia y recurso humano) para funcionarios(as) de salud; y el acompañamiento específico realizado por las coordinadoras de la Organización de mujeres.
- Conocimientos. Con el objetivo de analizar los conocimientos de las mujeres víctimas de violencia sexual, los funcionarios(as) y la Organización de mujeres sobre los derechos que tienen las mujeres en el proceso de atención en los servicios de salud se estableció esta categoría, la cual recoge subcategorías de análisis como los derechos humanos de las mujeres, el proceso de atención, ruta de atención a mujeres víctimas de violencia sexual. Para los funcionarios(as) se suman subcategorías de normatividad, conocimiento de protocolo de atención, oferta de servicios para las mujeres víctimas y consideraciones sobre la violencia sexual contra las mujeres. En el caso de la Organización de mujeres se tuvo en cuenta conocimientos sobre el origen de la violencia sexual contra las mujeres en la región.
- Percepciones. La categoría percepciones hace referencia aquellos elementos subjetivos de los y las participantes durante el proceso de atención en los servicios de salud. Es por ello que se generan como subcategorías para el análisis las experiencias de atención teniendo en cuenta los sentimientos y pensamientos de las mujeres, el deber ser o el ideal de los servicios de salud en la región, el origen de la violencia sexual y las voces de las mujeres frente a la institucionalidad.

⁷ La provisión o prestación de servicios de salud se enmarca dentro del concepto ampliado que se le dio en el 2005 con la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, la cual tiene como propósito garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los colombianos. Así mismo se establece bajo los principios de accesibilidad, calidad y eficiencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2005, pág. 9).

En relación con los funcionarios(as) se incluyen las percepciones de las experiencias de atención de casos de violencia sexual, del papel de los servicios de salud y los imaginarios frente a las usuarias o mujeres víctimas de violencia sexual.

Al igual para la Organización de mujeres se analizaron las subcategorías de experiencias de acompañamiento a los casos de violencia sexual, el proceso de atención de las víctimas de violencia sexual en los servicios de salud, el deber ser de los servicios y las voces de las coordinadoras de la Organización para las mujeres de la sociedad civil.

Se contó con categorías propias para cada fuente de información que se visualizan en la siguiente matriz de categorías de análisis por fuente de información.

Cuadro 3: Categorías de análisis y fuentes de información.

| MATRIZ DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS Y FUENTES | | |
|---|--|---|
| Categorías | Sub categorías/variables | Fuente |
| | Antecedentes del hecho | Mujeres |
| Caracterización demográfica y socioeconómica | Edad | Mujeres víctimas de VS, Funcionarios(as) de salud, PDPMM y Coordinadoras OFP |
| | Estado civil | |
| | Lugar de origen | |
| | Conformación familiar | |
| | Nivel de estudios | |
| | Situación laboral | |
| | A filiación a seguridad social | |
| | Migraciones/Desplazamiento | |
| Provisión de servicios - Ruta de atención mujeres víctimas de violencia sexual | Efectos en salud de las mujeres post violencia | Mujeres víctimas de VS |
| | Trato recibido por profesionales de salud | Mujeres víctimas de VS y Funcionarios(as) de salud y PDPMM |
| | Prácticas de autocuidado post violencia sexual | |
| | Aplicación protocolo de atención para víctimas de violencia sexual | Mujeres víctimas de VS y Funcionarios(as) de salud y PDPMM |
| | Procedimientos realizados en servicios de salud | |
| | Resultados del proceso de atención | Mujeres víctimas de VS y Funcionarios(as) de salud y PDPMM |
| | Seguimiento de casos de violencia sexual | |
| | Barreras de atención | Funcionarios(as) de salud y PDPMM |
| | Formación y capacitación en atención de violencia sexual | |
| | Proceso de referencia y contra referencia | |
| | Comités de atención a víctimas de violencia | Coordinadoras OFP |
| Acompañamiento en la garantía del derecho a la salud de mujeres víctimas de VS. | | |
| Acciones realizadas con las mujeres sobre el derecho a la salud | | |
| Conocimientos | Derechos humanos de las mujeres | Mujeres víctimas de VS, Funcionarios(as) de salud, PDPMM y Coordinadoras |
| | Ruta de atención mujeres víctimas de violencia sexual (antes del hecho y actualidad) | |
| Percepciones | Experiencias durante el proceso de atención de mujeres víctimas de violencia sexual | Mujeres víctimas de VS y Funcionarios(as) de salud y PDPMM |
| | Experiencias de acompañamiento | Coordinadoras OFP |
| | El deber ser de los servicios de salud | Mujeres víctimas de VS y coordinadoras OFP |
| | Origen de la violencia contra las mujeres | Mujeres víctimas de VS, Funcionarios(as) de salud, PDPMM y Coordinadoras OFP |
| | Papel de los servicios de salud | Funcionarios(as) de salud y PDPMM |
| | Voces de las mujeres frente a la institucionalidad | Mujeres víctimas de VS |
| | Formación y capacitación en derecho a la salud con la OFP | Mujeres víctimas de VS |

5.5. Trabajo de campo

Al hablar del trabajo de campo no se puede dejar de lado el recorrido conceptual y práctico que la antropología ha desarrollado, es por ello que se tiene en cuenta el concepto de reflexividad y su relación con el campo, Guber (2001) afirma que:

El concepto de reflexividad como equivalente a la conciencia del investigador sobre su persona y los condicionamientos sociales y políticos. Género, edad, pertenencia étnica, clase social y afiliación política suelen reconocerse como parte del proceso de conocimiento *vis a vis* los pobladores o informantes. (pág. 48).

En este sentido la experiencia del trabajo de campo en tres municipios de la Región del Magdalena Medio, suman al concepto de Guber lo que denomina como aquel proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente – sentido común, teoría, modelos explicativos- y la de los actores o sujetos de investigación. (Guber, 2001, pág. 53). A través de las mujeres víctimas de violencia sexual se pudieron hacer conscientes sus particularidades individuales y las de su contexto social partiendo de sus convicciones, deseos, luchas y resistencias.

El trabajo de campo se hizo durante 25 días en el mes de febrero, preparado desde la ciudad de Bogotá y con algunas exploraciones previas del territorio en septiembre de 2014, donde se realizaron acercamientos a la Organización Femenina Popular y al Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, quienes orientaron el trabajo con informantes claves de la región, realizando un total de 18 entrevistas.

A finales de año (2014) la OFP envía a la investigadora la postulación de algunos casos de mujeres víctimas de violencia sexual que cumplían con los criterios de selección para el estudio. En febrero de 2015 se realiza el trabajo de campo iniciando con el acercamiento a la OFP, confirmando la participación de las mujeres en los municipios de San Pablo (Bolívar), Sabana de Torres y Barrancabermeja (Santander).

Se inicia el trabajo de recolección de información con entrevistas biográficas (anexo 1) para las mujeres víctimas y semiestructuradas para las líderes de la Organización y funcionarios del servicio de salud en el municipio de San Pablo. Se realizaron entrevistas a dos mujeres víctimas de violencia sexual, dos gestoras locales de la OFP y tres profesionales (enfermera jefe, auxiliar de enfermería y médico) del hospital municipal del servicio de urgencias. Cuadro 4.

Posteriormente se regresa a Barrancabermeja, allí se hacen tres entrevistas a la gestora del municipio, la abogada y la coordinadora regional de la OFP; también se realizaron entrevistas a las profesionales (enfermera jefe y auxiliar de enfermería) del servicio de urgencias del centro de salud en que se atendió el caso de violencia sexual. La mujer víctima no se puede entrevistar debido a que en días previos sale del municipio por intimidaciones.

Finalmente se realizan las entrevistas en Sabana de Torres a dos mujeres víctimas, la gestora local de la OFP y el enfermero jefe del servicio de urgencias del hospital municipal. Durante el trabajo de campo se encuentran informantes claves como los profesionales del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva del Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, quienes se entrevistaron en Barrancabermeja.

Cuadro 4: Entrevistas realizadas en el trabajo de campo febrero 2015.

| Municipio | Mujeres víctimas | Profesionales servicios de salud | Organización de Mujeres |
|------------------------------|------------------|------------------------------------|-------------------------|
| San Pablo (Bolívar) | Mujer 1 | Enfermera jefe (Urgencias) | Coordinadora Local |
| | Mujer 2 | Auxiliar de Enfermería (Urgencias) | Gestora Local |
| Médico (Urgencias) | | | |
| Barrancabermeja (Santander) | | Enfermera jefe (Urgencias) | Abogada |
| | | Auxiliar de Enfermería (Urgencias) | Gestora Local |
| | | Director PSSR ⁸ | Coordinadora Regional |
| | | Asesora de Género PSSR | |
| Sabana de Torres (Santander) | Mujer 3 | Enfermero jefe (Urgencias) | Gestora Local |
| | Mujer 4 | | |

Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes de información.

⁸ Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva del Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio.

5.6. Procesamiento y análisis de la información

Las entrevistas de relatos de vida y semiestructuradas se transcribieron una vez se realizaron a la o el participante. Para el caso de los relatos de las mujeres se tomó como punto de partida la visión etno-sociológica del enfoque biográfico, el cual para su interpretación y análisis se fundamenta en una concepción que intenta encontrar mediante múltiples lecturas de un mismo texto, las significaciones subyacentes (Kohli, 1981).

La Escuela de Chicago contempla que la etno-sociología, y por lo tanto los relatos biográficos, cuentan con tres etapas de producción: exploratoria, analítica y expresiva (Bertaux, 1989), las que se tuvieron en cuenta para el análisis de información, al punto de conectar las historias de vida con aquellas percepciones y conocimientos que resultaron de las entrevistas a los profesionales de salud y las coordinadoras de la OFP.

En este sentido se tuvieron especialmente precisiones sobre la fase analítica de los relatos de vida, en la que se comprenden dos “momentos” que a menudo se solapan parcialmente: el momento de la comparación de los fenómenos, del esbozo de tipologías, del paso de “ideas” a hipótesis, en resumen, de la construcción de una “teoría”, es decir, de una representación mental de lo que ocurre en la “realidad social” (el referente); y el momento de la verificación, o más bien de la consolidación empírica de las proposiciones descriptivas y de las interpretaciones avanzadas (Bertaux, 1989, pág. 5).

El análisis se basó en la modalidad hermenéutica, que consiste en el descubrimiento de los significados que transmiten las personas que relatan sus vidas, y la modalidad etno-sociológica, que consiste en acceder a través de los relatos a los referentes contenidos en ellos, que dan cuenta de relaciones, normas y procesos que estructuran la vida social (Kornblit, 2007).

Acogiendo el procedimiento para el análisis de relatos de vida que plantea Kornblit (2007) se tuvo en cuenta:

- Lectura de las transcripciones de los relatos hasta hacerlos familiares al analista.
- Identificación de los núcleos temáticos a partir de categorías establecidas, incluyendo en cada uno los aspectos emergentes (violencia institucional - lenguaje utilizado por profesionales de salud).
- Organización de los datos según categorías de provisión de servicios, conocimientos y percepciones con las relaciones que pueden establecerse entre los núcleos.

Posterior a ello se realizó la codificación respectiva a las entrevistas de relatos biográficos, las entrevistas semiestructuradas de los funcionarios de servicios de salud y directivas de la OFP y se construyeron matrices resumen en Word y Excel.

- **Codificación**

Teniendo en cuenta el concepto de codificación de Rubin y Rubin (1995), codificar es el proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador, o los pasos o fases dentro de un proceso.(citado por (Fernandez, 2006, pág. 4))

Así mismo es indispensable tener en cuenta las apreciaciones de Patton (2000) acerca de:

La codificación fuerza al investigador a hacer juicios acerca del significado de bloques contiguos de texto y permite eliminar el caos y la confusión que habría sin algún sistema de clasificación. Esto implica un trabajo intelectual y mecánico que permita codificar los datos, encontrar patrones, etiquetar los temas y desarrollar sistemas de categorías. Esto significa analizar el contenido central de las entrevistas, observaciones u otros documentos para determinar qué es significativo, y a partir de allí reconocer patrones en esos datos cualitativos y transformar esos patrones en categorías significativas y temas.(Patton, 2002)

Para la codificación de la información se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

1. Identificación del cuerpo de los textos – selección de unidades de análisis dentro de los textos.
2. Identificación de temas, se tuvo en cuenta la revisión de transcripciones, la diferenciación de los datos y sus reflexiones.
3. Marcación de textos
4. Construcción de modelos conceptuales en los que se encuentran relaciones entre los códigos.

- **Triangulación**

Se realizó un análisis desde tres categorías transversales durante la investigación: la provisión de servicios, los conocimientos y las percepciones de las mujeres víctimas de violencia sexual, los funcionarios de salud y las líderes de la Organización de mujeres.

Para el cumplimiento del análisis en busca de convergencias y divergencias, se tuvo en cuenta el concepto de triangulación propuesto por Denzin (1989) y Creswel (2002) citado por Rodríguez (2006), quienes afirman que:

La triangulación en el campo de la educación consiste en una estrategia de investigación mediante la cual un mismo objeto de estudio pedagógico es abordado desde diferentes perspectivas de contraste o momentos temporales donde la triangulación se pone en juego al comparar datos; contraponer las perspectivas de diferentes investigadores; o comparar teorías, contextos, instrumentos, agentes o métodos de forma diacrónica o sincrónica en el tiempo.(Rodriguez, Pozo, & Gutierrez, 2006, pág. 289)

Se pueden triangular datos y también informantes/personas, tiempos y espacios/contextos.(Rodriguez, Pozo, & Gutierrez, 2006, pág. 293) En este estudio, se realizó una triangulación conforme a las fuentes de información y a los datos, lo que Denzin (1989) denomina triangulación de datos, la cual se refiere a la confrontación de diferentes fuentes en un estudio. La triangulación se produce cuando existe concordancia o discrepancia entre estas fuentes.

A partir de la regularidad en el discurso de informantes/personas, la triangulación tuvo el propósito de asegurar validez de la información.

5.7. Aspectos éticos

Según los estándares de regulación de investigaciones biomédicas a nivel internacional y nacional expresadas en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 por la cual se establecen las condiciones para la investigación en salud, en el artículo 11, este estudio se considera una investigación sin riesgo para las y los participantes.

En relación con el componente de trabajo de campo con personas, se garantizó la protección de identidad de las y los entrevistados. También se garantizó el respeto, la confidencialidad de la información (solo utilizable para efectos de la investigación) y el anonimato.

6. Hallazgos

*"NO TE RINDAS, aún estás a tiempo de alcanzar y comenzar de nuevo,
aceptar tus sombras, enterrar tus miedos,
liberar el lastre, retomar el vuelo,
NO TE RINDAS, POR FAVOR, NO CEDAS,
que la vida es eso, continuar el viaje, proseguir los sueños,
destrozar el tiempo, quitar los escombros y destapar el cielo".*

Mario Benedetti

Teniendo en cuenta el objetivo general de la investigación centrado en el análisis del proceso de atención en salud como estrategia para la garantía del derecho a la salud establecido en las normas de mujeres víctimas de violencia sexual acompañadas por la Organización Femenina Popular en tres municipios del Magdalena Medio: San Pablo (Bolívar), Sabana de Torres y Barrancabermeja (Santander), se relatarán los hallazgos partiendo de los objetivos específicos e integrando la metodología y las categorías de análisis establecidas en matrices de análisis por cada fuente de información (mujeres víctimas de violencia sexual, funcionarios(as) de salud y coordinadoras de la Organización), las cuales muestran convergencias y divergencias por categorías de análisis, asumiendo los discursos de las y los participantes desde la perspectiva de las experiencias de las mujeres víctimas y el quehacer de los servicios de salud.

Es así como se parte de los antecedentes de casos de violencia sexual y la caracterización social y demográfica de mujeres víctimas de violencia sexual, funcionarios(as) de servicios de salud y coordinadoras de la OFP; en segundo lugar se describe la provisión de servicios en el proceso de atención en instituciones de salud de las mujeres víctimas de violencia sexual; en tercer lugar se analizan los conocimientos de mujeres víctimas, funcionarios(as) de salud y coordinadoras de la OFP en derechos de las mujeres durante el proceso de atención; en cuarto lugar se encuentran las percepciones de las mujeres sobre el proceso de atención; en quinto lugar se relata el papel de la OFP en la garantía del derecho a la salud de las mujeres víctimas que acompañan; en sexto lugar se analizan las percepciones de los funcionarios(as) de servicios de salud sobre el proceso de atención de las mujeres víctimas de violencia sexual y la garantía del derecho a la salud; en último lugar se discuten los resultados a la luz de la perspectiva de género y se generan reflexiones en cuanto a la violencia sexual contra las mujeres y la atención en servicios de salud.

6.1. Experiencias, conocimientos y percepciones sobre los servicios de atención en salud de las mujeres víctimas de violencia sexual.

6.1.1. Los hechos de violencia sexual

Los casos de mujeres víctimas, fueron dos en San Pablo (Bolívar), allí el agresor se identificó como miembro de las Autodefensas de las Águilas Negras y los Rastrojos. En Sabana de Torres se presentaron dos casos de violencia sexual, los cuales fueron perpetrados por un delincuente común que además de estos dos casos, abusó sexualmente de tres mujeres más, quienes no participaron de la investigación.

Los hechos de San Pablo fueron el 20 de abril de 2009. Las mujeres venían de regreso a su casa de recoger leña de un lugar llamando la Yuquera, que quedaba a media hora caminando. Alrededor de las once de la mañana se les apareció un hombre que las amenazó con un cuchillo para que lo siguieran al monte e hicieran lo que él les ordenaba porque él era paramilitar de las Águilas Negras y los Rastrojos. Una de las mujeres logró escapar y la otra quedó retenida por el agresor. La mujer que logró escapar llegó al barrio, avisó a sus vecinos, familiares y a las mujeres de la OFP. Alrededor de tres horas después encontraron a la mujer retenida por el agresor, en pésimas condiciones, y al agresor lo detuvo el ejército⁹.

En Sabana de Torres los casos se presentaron en los meses de febrero y abril del 2014 en horas de la noche, en las residencias de las mujeres, en el barrio de invasión 7 de Agosto. A continuación se narran las historias de los hechos de violencia.

Susana vivía sola en su casa una vez su esposo cayó preso en el 2013, lo cual la llevó a pasar parte del tiempo en la casa de su madre quien la provee económicamente y le da la alimentación. La noche del hecho se acostó normal, sin miedo, nunca había pasado nada, un hombre entró a su casa. Susana tenía mucho miedo, esa noche estaba cayendo un aguacero, la amenazó con un cuchillo: En ese tiempo ella tenía un problema con una mujer por un hombre, el agresor le dijo que esa mujer lo había enviado para que la matara pero él no la iba a matar porque tenía a su hija al lado, pero que él no iba a perder el tiempo. El agresor le mandó a callar a su hija y abuso de ella. En seguida Susana llamó a su mamá, a la policía y les decían que en 10 minutos llegarían. Posterior al hecho, la vida de Susana se ha

⁹ Relato adaptado del testimonio de mujer 1 (M1) víctima de violencia sexual, 34 años, y Mujer 2 (M2) 24 años, San Pablo(Bolívar)

complicado porque no duerme bien, todo lo que le pasó lo recuerda como si fuese esa misma noche.¹⁰

El cuarto caso es el de Amaranta, el hecho fue perpetrado en su casa, a la madrugada. Ella afirma que su casa es muy insegura porque es de amachimbre y se pueden levantar fácilmente las tablas. Cuando ella vio, el hombre estaba en su casa y en cuestión de segundos se quedó dormida. Amaranta tuvo mucho miedo, nervios, y le dio gracias a Dios porque ese día estaba sola, ninguno de sus hijos estaba. Ella dice que se venía presentado en muchas casas de su barrio, le habían comentado, pero era inocente¹¹.

Es preciso aclarar que el agresor de las mujeres de San Pablo era un actor armado, mientras que para los casos de Sabana de Torres los casos fueron perpetrados por un delincuente común.

6.1.2. Características sociodemográficas de las entrevistadas

Las características sociodemográficas de las mujeres víctimas de violencia sexual que participaron en la investigación, tienen algunos puntos de encuentro entre los que se destacan niveles de pobreza asociados a estratos socioeconómicos bajos, mujeres dependientes económicamente de sus compañeros sentimentales o de sus familias, estudios de primaria, algunas cabeza de hogar y responsables de sus hijos e hijas.

Quienes conviven con su compañero se encuentran en unión libre, algunas han sufrido episodios de desplazamiento forzado o migraciones en búsqueda de oportunidades; a nivel laboral se encuentran desempleadas, dedicadas a los quehaceres del hogar, su afiliación a seguridad social pertenece al régimen subsidiado y sus edades oscilan entre los 20 y 34 años.

¹⁰ Relato adaptado del testimonio de Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander). En este caso Susana nombre ficticio para ambientar el relato.

¹¹Relato adaptado del testimonio de Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander) en este caso Amaranta nombre ficticio para ambientar el relato.

Cuadro 2: Caracterización sociodemográfica de las mujeres entrevistadas.

| Entrevistada | Edad | Lugar de origen | Lugar de residencia | Estado civil/situación conyugal | Hijos(as) | Nivel de estudios | Situación Laboral | Desplazamiento/ Migración | Afiliación seguridad social |
|--------------|---------|---------------------|---|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------------|--|-----------------------------|
| Mujer 1 | 34 años | San Pablo | El Raizal (zona rural de San Pablo) | Unión libre | Cinco hijos (1 mujer y 4 hombres) | 4° Primaria | Ama de casa | Desplazamiento forzado por actores armados de la vereda el Hechazo (San Pablo) | Salud vida (ARS) |
| Mujer 2 | 24 años | San Pablo | San Pablo | Unión libre | Dos hijos (1 mujer y 1 hombre) | 2° Bachillerato | Venta de fritos | Desplazamiento forzado por actores armados de la vereda el Hechazo (San Pablo) | Caprecom (ARS) |
| Mujer 3 | 20 años | San Alberto (Cesar) | Barrio 7 de agosto - Sabana de Torres (Santander) | Soltera | Una hija | 1° Bachillerato | Desempleada | Migración en busca de oportunidades económicas | No afiliada |
| Mujer 4 | 34 años | Bucaramanga | Barrio 7 de agosto - Sabana de Torres (Santander) | Soltera | Tres hijos (2 mujeres y 1 hombre) | Primaria | Desempleada | Migración en busca de oportunidades económicas | Nueva EPS |

En las narrativas de las mujeres, un aspecto en común es la precaria situación económica para sobrevivir al día con su familia, revelando las diversas formas de trabajo que realizan desde la informalidad, lo que genera riesgos para su salud y bienestar, hasta el punto que dice una de ellas: “me las arreglo en diferentes clases de trabajo”¹². Otra ha tenido que dejar de trabajar por cuestiones de enfermedad asociadas a la violencia sexual; la otra en su trabajo tiene diversos riesgos al hacer los fritos; y otra depende económicamente de su compañero.

Siempre he trabajado en casas de familia; ahora hace una semana que no estoy trabajando porque a la señora que le estaba trabajando está en silla de ruedas, entonces, como yo estaba enferma a ella no le sirve que las personas le fallen; ella necesita las personas todos los días; yo no fui más porque ella necesita una persona constante y no puedo asistir, por eso me quede sin trabajo¹³.

Hace poco tenía una tiendita, también ahí donde vivo; a veces trabajo haciendo carreras, en lo que me salga, miro más o menos que puedo hacer y lo tomo para poder estar con los niños también, y no en otras cosas. Ahorita estoy un poco desubicada,

¹² Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

¹³ Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

pero igual, el papá de los niños apareció como en diciembre y me está colaborando un poquito¹⁴.

Por otro lado llama la atención que las mujeres de San Pablo tienen afiliación a la seguridad social, sin embargo no es garantía para que las atiendan en el hospital: “Yo tengo carnet”¹⁵, dice una de ellas, pero ir a hacer fila al hospital le implica inseguridad. Las mujeres de Sabana de Torres, por su parte, no tienen afiliación actual al sistema de salud, lo que hace que tengan que pagar por servicios médicos particulares: “No tengo carnet, ni SISBEN me toca pagar consultas en un consultorio particular a 15.000 pesos por consulta, más lo que me receten, como 70.000 mil con droga”¹⁶.

Es evidente que la situación actual de las cuatro mujeres participantes no dista de la realidad nacional de las mujeres. En sus narrativas es común la falta de oportunidades en educación y salud, lo que hace que se aúnen las desgracias entorno a las condiciones de ser mujeres, pobres y campesinas. En este sentido, para el análisis de quiénes son y que hacen las mujeres que centran esta investigación, se establecen relaciones claras frente a determinantes sociales como la clase social, género y etnia. De una u otra manera son mujeres que viven en zonas de conflicto, quienes han tenido que desplazarse forzosamente o no de sus lugares de origen, por grupos armados o en búsqueda de mejores oportunidades para su familia y para ellas.

Nací en San Alberto Cesar, llegué hace 7 años a Sabana de Torres porque mi mamá consiguió trabajo en Sabana, entonces nos vinimos todos para acá. Vivo con mi mamá, mi hermana; papá no tengo, y con una hermanita que ahorita está embarazada, se llama Deisy (17 años) y mamá (34 años). Hace dos años nos dejamos con el papa de la niña; ahorita me tocó meterla a la guardería porque el papá no ha respondido como se debe. Mi mamá es la que nos ha dado; una pareja que tengo ahorita nos da plata¹⁷.

Soy madre cabeza de hogar tengo tres niños: mi hija mayor tiene 14, la que le sigue tiene 12 y el niño tiene 10 años. Están estudiando, la mayor está haciendo séptimo de bachillerato, la que le sigue está haciendo sexto, y el niño que sigue si no lo he podido poner a estudiar. Gracias a Dios él me ha ayudado mucho y ha sido mi mano derecha, porque a veces no se ni como hago, pero nunca me hace falta para hacer el mercado, comprar las cosas del almuerzo, la comida; no sé cómo hago, pero ahí voy¹⁸.

¹⁴ Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

¹⁵ Mujer 1 (M1) víctima de violencia sexual, 34 años, San Pablo (Bolívar).

¹⁶ Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

¹⁷ Ídem.

¹⁸ Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

A modo de conclusión, se puede establecer que la vida de las mujeres es compleja frente a la responsabilidad que tienen las cuatro sobre sus hijos(as), a su vez se evidenció en sus relatos que han transitado por diferentes lugares de la Región en busca de seguridad y oportunidades económicas, lo que implica que además de ser víctimas de violencia sexual, sufren el conflicto armado del país y la falta de oportunidades económicas para salir adelante.

6.1.3. Provisión de servicios de salud

La provisión de servicios de salud para efectos de la investigación contempla aquellos servicios ofertados y realizados en salud para la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual. En este sentido, parte desde la necesidad de satisfacer la urgencia y prioridad de la atención: procedimientos realizados durante la urgencia como la aplicación del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual expedido por el Ministerio de Salud y Protección en 2011. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011)

Especialmente se tuvo en cuenta la experiencia de las mujeres en los servicios de salud de los municipios de San Pablo y Sabana de Torres, teniendo en cuenta sus necesidades a satisfacer, el proceso de atención realizado en la aplicación de la ruta de atención a mujeres víctimas de violencia sexual en los servicios de salud y la ruta que vincula los sectores de justicia y protección. La experiencia de las mujeres relacionadas con el trato recibido por los funcionarios(as) de salud, el lenguaje utilizado, los resultados de la práctica clínica o beneficios de la atención y el seguimiento de los casos de violencia sexual por las instituciones de salud que atendieron a las mujeres, fueron los aspectos de análisis en esta sección.

En los relatos de las mujeres se evidenció una imagen totalmente diferente y atemorizante frente al proceso de atención en los servicios de salud. A diferencia de lo previsto en el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, las mujeres no tuvieron la oportunidad de que sus casos fueran asistidos como urgencia o prioridad, y además, el tratamiento y el trato recibido por los profesionales de salud no garantizaron la dignidad de las mujeres en los servicios.

- Aplicación del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual

En las narrativas se evidencia poca sensibilidad de los profesionales de salud con las situaciones de violencia de las mujeres; a su vez la falta de información previa a los procedimientos y de consentimiento informado, fueron elementos en común de las experiencias de las mujeres, aunado a la falta de claridad del protocolo de atención, encontrando en los casos la falta de exámenes físicos adecuados de toma de muestras para posible judicialización de los agresores, inasistencia en términos de insumos médicos dentro del kit de emergencia pos exposición a violencia sexual, y la deuda más grande quizás, la ausencia de atención a la salud mental.

En los casos coincide la narración frente a la no realización de exámenes profilácticos para infecciones de transmisión sexual, VIH y embarazo. Por otro lado las mujeres nunca recibieron la información relacionada con los resultados de los exámenes médicos legales, lo cual generó efectos negativos en la salud mental, sexual y reproductiva de las mujeres.

Llegué y una muchacha me montó en una camilla, me dijo que abriera las piernas y me metió algo ahí, pero no sé qué, bueno, como para tomar eso, como medicina legal; ella tomó como un examen de eso cuando me violaron y me dieron dos medicamentos¹⁹.

Primero me llevaron a la estación de policía, me mandaron a la fiscalía, de la fiscalía fue que me mandaron para el hospital; pues no recuerdo muy bien así, pero muy mala atención. El medicamento me lo dieron pero no en el hospital (kit de emergencia); me lo dieron fue aquí en la Casa de la Mujer; en el hospital ella me lo dio, pero eso fue ella, no directamente del hospital²⁰.

La doctora de la fiscalía me mandó una orden de psicología, quien me mando el informe para lo de medicina legal. Fui a lo de psicología, me la hicieron y se la presenté a la doctora de la fiscalía y de ahí ella me mandó para el hospital. Ahí llegué al hospital, le dije a la secretaria, le mostré la orden de la fiscalía; me tiró la hoja y lo que me dijo fue que mirara quien me hacía eso. Me mandaron para el consultorio donde atienden los controles de crecimiento y desarrollo, de ahí el médico me dijo que si quería que fuera en la tarde, o sea, tras de que eso fue en la madrugada, yo ya me había bañado, tenía que ser de urgencias para que me encontraran enseguida los rastros de semen del tipo que se metió a mi casa. Fui a la tarde, que no, que tocaba esperar, porque no había médico en el hospital, que tocaba esperar hasta que llegara el médico,

¹⁹ Mujer 1 (M1) víctima de violencia sexual, 34 años, San Pablo (Bolívar).

²⁰ Mujer 2 (M2) víctima de violencia sexual, 24 años, San Pablo(Bolívar)

porque no había un médico para hacer un examen de medicina legal, que tocaba con una señora desde Barranca. Entonces como yo no vi buena atención dejé el caso así”²¹.

Como no recibieron denuncias ni nada. Alcancé a ir al hospital, pero no había médico, pues como yo casi nunca voy, una enfermera me dijo: para eso no hay médico acá en el pueblo, entonces yo dije: no, se tiene que ir uno para otro lado a pagar lo que uno no tiene, a dejar de comprar las cosas que necesita”²².

Es de lamentar la situación de las mujeres en los servicios de salud debido a la no realización del protocolo de atención para los casos de violencia sexual, lo cual limita la integridad en la atención. Por otra parte el hospital no es el primer lugar donde acuden, siguen siendo las instancias de protección y judiciales como policía, comisarías de familia y fiscalía, a pesar de que lo ideal es que la ruta de atención inicie en las instituciones de salud.

Para las mujeres que logran finalizar medianamente la atención, y las que no logran atención, se evidencia un lenguaje fuerte y violento por parte de los profesionales y los(as) administrativos(as) de los servicios. Frases como: “Me dijo que abriera las piernas y me metió algo ahí, pero no sé qué”²³; “Me tiró la hoja y lo que me dijo fue que mirara quien me hacía eso”²⁴; “Para eso no hay médico acá en el pueblo”²⁵, establecen conductas de funcionarios(as) en contravía de lo establecido en las normas (Ley 1257/08, Modelo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual) que proponen una atención cálida, humana, amable, especial, confidencial y de respeto hacia las víctimas.

Es de cuestionar cómo a las mujeres que acuden a las entidades las mandan de un lado para otro, lo cual no genera garantías para su seguridad, especialmente en los casos de San Pablo, donde el agresor fue un actor armado no regular. Además de no cumplir con el protocolo de atención en los hospitales, se niega claramente el derecho a la salud. En este escenario entra la OFP como mediadora y facilitadora de las demandas de las mujeres, generando oportunidades de atención en los hospitales: sólo de esta manera las mujeres fueron atendidas, como en uno de los casos de Sabana de Torres.

A pesar de que los casos de violencia sexual requieren atención especial por la confidencialidad y la toma de muestras probatorias que realiza el sector salud para remitir al sector justicia, las experiencias de las mujeres evidencian la negligencia y la

²¹ Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

²² Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

²³ Mujer 1 (M1) víctima de violencia sexual, 34 años, San Pablo (Bolívar).

²⁴ Mujer 2 (M2) víctima de violencia sexual, 24 años, San Pablo (Bolívar).

²⁵ Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

falta de preparación conceptual de los funcionarios(as) del hospital (desde el celador del hospital, que en la mayoría de los casos es quien clasifica la gravedad de los ingresos), como de las auxiliares de enfermería, las enfermeras(os) jefe y los médicos para la atención de urgencias.

No me atendieron como se supone que debe ser. Debían de atenderme nada más con el caso, con una violación... en ese momento, y de ese día, imagínese, eso fue un viernes, que fuera el lunes que llegaba el médico. ¡Imagínese! Yo por allá no voy, tras de que eso fue en la madrugada, me bañé y todo, de un viernes a un lunes qué van a encontrar, no van a encontrar rastros de nada, entonces yo dejo ese caso así... Y cuando fui, a hacerme los exámenes, fui por consulta y me mandaron por urgencias. Ahí en urgencias, el celador fue y le preguntó al médico, me tocó esperar un buen rato hasta que el médico se desocupara, porque conmigo se iba a demorar; iba a sacar primero a las otras personas y a lo último me atendía a mí... Fui, me hice el examen de Medicina Legal, la doctora de la fiscalía me dijo que apenas me hiciera el examen, el doctor lo firmara, se lo llevara. Fui y le llevé el papel ese firmado, entonces me dijo que eso se demoraban como tres meses los resultados para ver qué enfermedad y qué vainas me había dejado el tipo; de ahí no he sabido más nada de cómo va el caso. El examen me lo realizaron en agosto del año pasado (2014)²⁶.

Los casos de violencia sexual en el Magdalena Medio se caracterizan por la fragmentación en el proceso de atención: se sigue dejando como último y sin darles prioridad a los casos de violencia sexual, añadiéndose a esto la poca claridad en la explicación de resultados de los exámenes médico legales. Una particularidad en el trato a las mujeres es el hecho de la espera, quienes empiezan a ser señaladas, juzgadas y estigmatizadas dentro de las salas de espera y otro hecho es la informalidad del lenguaje de los funcionarios(as) de los servicios de salud.

Percepción sobre trato recibido por funcionarios(as) de salud

El lenguaje asertivo, la actitud positiva, el respeto y la empatía en el proceso de atención de las víctimas de violencia sexual son clave para garantizar la calidad de los servicios de salud y sobre todo su humanización.

En la experiencia de las mujeres son comunes los tratos informales, no adecuados y violentos, el lenguaje de funcionarios(as), la negación de los servicios y la espera prolongada para la realización de exámenes, son algunas de las situaciones que vivieron las mujeres durante la atención.

²⁶ Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

La enfermera nos dijo que nosotras éramos unas criminales, que no sé qué, eso, nos trató mal: “Abra las piernas así como parió” y pues yo no sé, porque yo nunca tuve a mis hijos en el hospital, todos mis hijos los he tenido en la casa²⁷.

Eso, apenas llega uno le dicen: aquí no hay, y eso, no le explican a uno, como por lavarse las manos rapidito lo sacan a uno; eso, no se ponen con tantas excusas, explicaciones, sino, es que no hay médico ahorita, para eso no han mandado el presupuesto; le inventan a uno cantidad de vainas²⁸.

Es evidente la falta de sensibilidad de los funcionarios(as) frente a la atención de la violencia sexual durante el proceso. Las víctimas acumulan sentimientos de indignación e ira por los malos tratos y la mala atención de los servidores de salud. Sin embargo, en uno de los casos la mujer logró ser atendida, hubo puntos positivos en la atención, porque el médico explicó el procedimiento médico-legal a realizar, a pesar de que nunca recibió ella los resultados de los exámenes.

Pues sí, él me dijo lo que me iba hacer para mirar si el tipo me había dejado algo de infección vaginal, un SIDA. Era mirar que daños me había dejado por dentro. Ahorita es que estoy sufriendo las consecuencias, no sé si será de eso, no sé²⁹.

En general el trato recibido por las mujeres en los servicios es percibido como negativo, excluyente y discriminatorio, lo cual puede estar relacionado con la falta de sensibilidad de los funcionarios(as) frente a la violencia sexual como problemática social, o un evento que genera complicaciones en los procesos de atención por falta de claridad en los protocolos de atención, normatividad nacional y dinámicas administrativas del municipio.

Resultados del proceso de atención

Las narrativas de las mujeres revelan no recibir ningún tipo de beneficio, porque el hospital no cumplió con la ruta de atención, la negación del servicio para una de las mujeres y la atención recibida fruto del acompañamiento de la OFP, como mediadoras de la atención. Expresan las circunstancias relacionadas con el desconocimiento y la falta de voluntad de funcionarios(as) para la atención integral de los casos de violencia sexual en los dos municipios.

²⁷ Mujer 1 (M1) víctima de violencia sexual, 34 años, San Pablo (Bolívar).

²⁸ Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

²⁹ Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

Terminó mal porque la muchacha nos trató mal... usted sabe que ahí es un hospital que a muchas personas les hacen una mala atención, lo tratan a uno a las patadas... Tuve resultados negativos, pero eso yo casi no lo recuerdo³⁰.

Quedó la valoración, de ahí salió que yo no había sido abusada. He recibido más atención acá en la Casa de la Mujer que allá en el hospital³¹.

No sé qué resultados tuvo el examen que el médico me hizo... No me hicieron nada, por eso le digo, la doctora ni siquiera me llamo a decirme como estaba (el examen), si estaba mal, al menos para comprar los medicamentos para atenderlo a tiempo; no me mandaron ninguna droga, nada... Para mí todo fue normal hasta ahora. Ni psicóloga; se supone que en otros casos le ponen psicóloga a uno, para uno ir olvidando poco a poco la situación. La psicóloga que me mando la doctora de la Fiscalía fue como una entrevista, así, esperaba que me dijera algo, me consolara, pero no, todo lo que le iba diciendo, ella lo escribía en el computador. Me estaba investigando, eso fue lo que ella hizo conmigo, el trabajo de ella, de psicóloga no lo vi por ningún lado... Fue como investigadora, le dije al hermano del papá de mi hija: esto fue como la fiscalía dos, porque en la Fiscalía me tomaron la declaración, fue lo mismo que dije ahí, lo mismo que dije en el otro lado. La psicóloga no fue nada atractivo, yo fui como por cumplir, pero no vi la atención³².

Si bien el protocolo de atención demanda el seguimiento de casos de violencia sexual a las dos o cuatro semanas de la atención, tres meses, seis meses y el año, en los casos de las mujeres no fue así, ninguna recibió consultas de seguimiento por los servicios de salud.

El examen me lo hice en agosto (2014) yo pensé que la doctora de la Fiscalía me iba a llamar a decirme: señorita o señora, los resultados salieron bien, usted no tiene ningún daño, ninguna infección, pero ella en ningún momento llamó³³.

Además, a la mayoría no le entregaron los resultados de los exámenes y no tuvieron atención por salud mental. Quien fue atendida por psicología en su relato manifiesta: “esperaba que me dijera algo, me consolara, pero no, todo lo que le iba diciendo, ella lo escribía en el computador”³⁴.

³⁰ Mujer 1 (M1) víctima de violencia sexual, 34 años, San Pablo (Bolívar).

³¹ Mujer 2 (M2) víctima de violencia sexual, 24 años, San Pablo (Bolívar).

³² Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

³³ Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

³⁴ Ídem.

Es esencial la atención de la salud mental debido a los efectos que deja cada acto de violencia sexual, y sobre todo en contextos con presencia de grupos armados no regulares. Así como lo reconoce una de las mujeres en su relato, lo que ellas esperaban no fue concedido en los servicios de salud: una atención más humana y que se le ayudara a comprender su situación. Por tanto, los resultados del proceso de atención no fueron los esperados por las mujeres.

Barreras para la atención de mujeres víctimas de violencia sexual

Las barreras para la atención que vivieron las mujeres en los servicios de salud fueron asociadas a falta de recurso humano, desconocimiento del protocolo de atención por parte de los profesionales, barreras actitudinales por parte de funcionarios(as), negativas en la atención y fraccionamiento de la ruta de atención para los casos de violencia sexual.

La espera fue como de media hora a cuarenta minutos... Fue 4 meses después del caso (cuando las abogadas de la OFP tomaron el caso). La primera vez no me atendieron, me mandaban de un lado al otro, prácticamente me tocaba rogarles para que me atendieran... Tras de que me tocó esperar cuatro meses para que sí me realizaran el examen, de esos cuatro meses, me tocó esperar media hora a cuarenta minutos más. Llevaba el impulso de que apenas llevara eso y comentara mi caso no importaba que hubiera más gente y que me iban a poner a mí de primero, pero no, “Esperé ahí que ahorita la atiende el médico”. Pasaba gente y yo ahí, “Ahorita que él se desocupe de todos ellos la atiende” me dijo el celador, porque con usted se va a demorar mucho porque el caso suyo es más complicado que el de los otros pacientes. Volví a sentarme ahí afuera a esperar porque, qué más, tocaba y era obligación hacerme ese examen³⁵.

En los cuatro casos se reflejaron barreras actitudinales por parte de los funcionarios(as), lo cual cuestiona su formación y capacitación para el trato y tratamiento de los casos de violencia sexual. En la negación de atención de uno de los casos la mujer decidió no continuar insistiendo en su atención, por lo tanto, la mujer quedó sin ningún medicamento profiláctico, sin pruebas médico - legales y decide optar por otras formas de atención como acudir a la droguería y prácticas espirituales.

Me he aferrado a hablar con Dios y a que me ayude en muchas cosas, al igual a veces hablo mucho con cualquier persona y hay cosas que se me dan... Hay unas droguerías aquí en Sabana que tienen médicos de turno o consultorios y uno va, paga la consulta o si tiene

³⁵Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

ARL o EPS lo atienden... ya prefiere esperarse e ir a una droguería que tenga un médico de turno o algo para que lo atiendan³⁶.

Se concluye que las barreras para la atención con las que se enfrentaron las mujeres víctimas fueron relacionadas con la voluntad y la falta de sensibilidad de los funcionarios(as) de los servicios de salud.

6.1.4. Conocimientos de mujeres víctimas de violencia sexual frente a ruta de atención

Las narrativas convergen en el desconocimiento de sus derechos como mujeres. Reconocen algunos como el derecho a la participación y a la salud, pero dentro de sus discursos se perciben cargas de desilusión y no credibilidad frente a las instituciones que velan por su cumplimiento.

En la actualidad no me acuerdo, yo como casi no sé. Aquí no nos dan como, así, atención, como algunos lugares que les dan charla, no, aquí no. Aquí no nos dan esas charlas, lo que conozco es por el noticiero y yo veo que la gente le da las charla por allá por fuera³⁷

No conocía que me podían ayudar en el hospital. Sí conocía sobre los derechos de las mujeres, pues principalmente el derecho a la salud, que lo tenemos todas como mujeres, y la participación...No se cumple, pues ahí yo no recibí la atención que merecía en ese momento, entonces no creo que se cumplan, porque igual me debieron hacer una valoración más profunda³⁸

No los conozco mucho, como hay muchos derechos que pueden existir pero en dado caso no funcionan para uno. A veces es lo mismo saberlos³⁹.

Es evidente la desmotivación y la falta de formación que tienen las mujeres frente a sus derechos, si bien dentro del CONPES 161 sobre equidad de género para las mujeres (Departamento Nacional de Planeación DNP, 2013) establece como derechos fundamentales para las mujeres: i) transformación cultural y construcción de paz; ii) autonomía económica y acceso a activos; iii) participación en escenarios de poder y toma de decisiones; iv) salud y derechos sexuales –derechos reproductivos; v) educación con enfoque de género y vi) derecho a una vida libre de violencias (DNP, 2013).

³⁶ Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

³⁷ Mujer 1 (M1) víctima de violencia sexual, 34 años, San Pablo (Bolívar).

³⁸ Mujer 2 (M2) víctima de violencia sexual, 24 años, San Pablo (Bolívar).

³⁹ Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

Algo que llama la atención es el desconocimiento frente a las competencias del hospital y servicios de salud para la atención de las víctimas de violencia sexual. Se sigue presentando que lo más importante es la denuncia en las entidades judiciales y la atención en salud se establece con menor prioridad.

Desconocen también la ruta de atención, los procesos que realiza el hospital en los casos de violencia sexual y los servicios de las entidades de justicia y protección. Afirmaciones como: “No conocía en el momento, del hecho de los servicios de salud para el caso de atención de violencia sexual y la ruta de atención en el momento del incidente”⁴⁰, “No conocía que me podían ayudar en el hospital”⁴¹, “No conocía los servicios del hospital”⁴² y “No conocía ruta de atención de violencia sexual, ahora en eso de la OFP le ayuda a uno, pero como yo decidí no denunciar, ya decidí dejar eso así”⁴³.

Este desconocimiento promueve que las entidades de salud, justicia y protección nieguen sus servicios o no los oferten asertivamente y se re-victimice frecuentemente a las mujeres cuando acuden a ellos. En esto es importante el papel de la OFP en el acompañamiento y la formación en derechos. Sin embargo, las mujeres afiliadas a la OFP no son todas las de los municipios, lo cual desfavorece para que la información llegue a las mujeres que no tienen ningún tipo de vinculación con la Organización.

6.1.5. Percepciones de las mujeres durante el proceso de atención en servicios de salud

La categoría tuvo como objetivo conocer las percepciones que tienen las mujeres víctimas de violencia sexual sobre el proceso de atención en los servicios de salud. Tiene cuatro subcategorías: experiencias de atención, el deber ser de los servicios de salud, origen de la violencia contra las mujeres y voces de mujeres frente a la institucionalidad.

⁴⁰ Mujer 1 (M1) víctima de violencia sexual, 34 años, San Pablo (Bolívar).

⁴¹ Mujer 2 (M2) víctima de violencia sexual, 24 años, San Pablo (Bolívar).

⁴² Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

⁴³ Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

Experiencias de los casos estudiados

Los relatos evidencian algunos sentimientos predominantes en las mujeres tales como el *miedo* relacionado con el incidente, a que se pueda repetir, y a que, recordar el evento las lleve a visualizar a los agresores y sentimientos de *inseguridad* y *malestar* por el trato recibido en el hospital en algunos de los casos, debido a que una de las mujeres logró ser escuchada y atendida con respeto.

Pues me sentí muy mal con las cosas que ella (enfermera) me dijo y sorprendida...yo no podía dormir porque veía lo que a mí me pasó cuando cerraba los ojos, y ese día no dormí, demoré como tres días y no dormí nada, porque veía lo que me estaban haciendo y me ponía a llorar...yo no quiero que eso le suceda a mis hijas, la compañera, porque eso es muy doloroso⁴⁴.

Miedo. Sí directamente hacia esa persona que fue mi agresor. Duré mucho tiempo que casi no podía dormir ni nada. [Tiempo de silencio y llanto] todavía lo siento, cuando veo a una persona, un hombre de color. El mismo sentimiento que antes, como de dolor, porque es recordar algo que ya estaba allí, pues no muerto, pero sí estaba ahí estancado, una descarga⁴⁵.

Me entró más miedo porque de pronto el tipo se dio cuenta que yo fui, yo misma le dije que lo que él estaba haciendo se llamaba violación y él podía caer a la cárcel. Él me dijo que yo no iba a decir nada, que me iba a quedar callada entonces me acordé de esa partecita. Por esa doctora me sentí bien, porque ahí era que yo necesitaba con quien desahogarme y comentarle lo que me había sucedido...Bien, sentía que me estaban respetando los derechos como mujer, la enfermera cómo me hablaba, me trataba, me pedía que le explicara, le contara, fue muy bonito eso. Y el médico cómo me estaba hablando y cómo me trato, me sentí como protegida de la salud⁴⁶.

Pues yo también dejé eso así, pues como no recibieron denuncias ni nada, y ahora a mí me da miedo ir a denunciar o algo... Pues primero uno va a esos sitios y no se siente bien decir qué fue lo que le sucedió, porque hay gente que dice: “la culpa fue de ellas mismas” porque de pronto se lo buscaron. En este caso uno como que ve al tipo en todas partes, no se siente segura...Cuando eso me sentía muy mal, pensaba que el mundo se me iba a caer encima, fue tremendo al principio prácticamente pasaba las noches en vela, dormía de día, cuando mis hijos llegaban del colegio era que dormía, toda la noche despierta, pero como digo, poco a

⁴⁴ Mujer 1 (M1) víctima de violencia sexual, 34 años, San Pablo (Bolívar).

⁴⁵ Mujer 2 (M2) víctima de violencia sexual, 24 años, San Pablo (Bolívar).

⁴⁶ Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

poco me fui buscando la solución olvidándome y haciendo como si eso hubiera sido una película que no me sucedió a mí⁴⁷.

Las narrativas reflejan la carga emocional como consecuencia del incidente de violencia, siendo honestas y transparentes al compartir sus sentires, temores y miedos durante las entrevistas. Aunque no fue fácil, las mujeres se abrieron sin problema a compartir sus sentimientos.

Las mujeres tienen miedo por la ausencia de garantías de no repetición, que no se cumplen en ninguno de los casos. La salud mental y emocional de las mujeres se ve afectada desde el no conciliar el sueño, y el necesitar estar atentas y alertas cada instante del día para que no les ocurra de nuevo.

El sentimiento de dolor coincidente en las mujeres, su condición de víctima demanda una atención con mayor empatía y sensibilidad en la atención por urgencias. Sin embargo, en varios casos no fue posible. Después de unos meses de mediación de la OFP con los servicios de salud se garantizó la atención de una de las mujeres de Sabana de Torres, quien logró sentirse bien atendida, escuchada e informada en cada procedimiento que se le realizó.

En realidad están sumergidas en un sentimiento de desesperanza frente al cumplimiento de sus derechos por el Estado, “No hay nadie quien nos ayude a acabar con esa violencia, no tenemos la atención; a uno le da rabia, va uno para que lo atiendan pero, al igual, ya uno sabe cómo es el proceso, para mí es normal”⁴⁸. Las mujeres pierden credibilidad y confianza en las instituciones de salud, además de las de justicia y protección donde también fueron re-victimizadas y les negaron la atención.

Percepciones negativas frente al proceso de atención en los servicios de salud fueron comunes en los discursos. La mala atención recibida, la solicitud de una atención más humana, y que los casos de violencia sexual sean considerados prioritarios son algunas de esas percepciones. En sus relatos manifiestan indignación frente a la negación de los servicios y que tuviesen que ir en repetidas ocasiones para la toma de los exámenes médico - legales.

A un paciente uno nunca lo trata mal, debe tratarlo con más amabilidad y saber que ella también es un ser humano como yo⁴⁹.

⁴⁷ Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

⁴⁸ Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

⁴⁹ Mujer 1 (M1) víctima de violencia sexual, 34 años, San Pablo (Bolívar).

Dejé las cosas así porque no vi mucha importancia, como los casos de una menor de edad, a ellas sí les hacen y toman las muestras rápido, el caso mío era de mayor de edad... Ese hospital y no hospital es lo mismo, el hospital no está cuando uno necesita la atención. Por eso prefiero mil veces pagar consultorio aparte del hospital, es un mal servicio para la comunidad. A la edad de 12 años viví en San Alberto, allá es muy diferente que acá, acá uno tiene que llegar moribundo para que lo atiendan. Uno no ve el servicio, no ve la atención para nada, ni para enfermedades o violación...Aquí no, es la que se esté muriendo más que la otra... No tengo esposo, no estoy trabajando, no tengo ayuda económica de nadie, no tengo para ir a la consulta ni para comprar el medicamento, entonces no he ido a sacar los papeles de Comparta, la ARS no, porque me dicen que se demora tres meses para llegar el seguro⁵⁰

La falta de médico también. No mandan un médico que de verdad le garanticen a uno que la atención es buena, porque si la atención fuera buena, uno se iría para la casa y no tendría que regresar dos o tres veces para que lo atiendan y esperar allá para ver a qué horas se les da la gana, porque habiendo dos o tres personas, a uno le toca esperar tres y cuatro horas para que lo atiendan. La parte que yo busco ahora en estos momentos es como psicológicamente, y lo que mi mismo cuerpo hace es no quedarme dormida y levantarme temprano...A veces es bueno pelear pero todas las batallas no las gana uno. De pronto dije esta es una de las batallas que no voy a ganar, más bien trata de solucionar las cosas de otra manera...No toda la vida uno puede quedarse ahí llorando a algo que sucedió y sin saber si uno lo hubiera podido solucionar remediarlo o evitarlo... voy yo misma haciéndome el proceso...también pensé eso. Ahora cita del proceso de mis hijos, cita de lo otro mejor me quedo quieta, es una gastadera de plata innecesaria y es que es el día que le dicen a uno y a la hora que es y si uno no va, el proceso se detiene, entonces para qué uno va a gastar desde el principio plata... No le tengo mucha fe a eso del hospital⁵¹.

La desconfianza y la poca credibilidad en los servicios del hospital hacen que las mujeres busquen alternativas de atención, optando por el pago de consultas médicas en consultorios particulares o las droguerías del pueblo. “Todo el mundo se va más para las droguerías o consultorios, aquí hay un doctor muy reconocido, hasta 25.000 cobran por su consulta, yo prefiero ese servicio médico”⁵².En las consultas particulares y en la droguería las mujeres encuentran un mejor servicio que en el hospital.

En los pensamientos de las mujeres también se refleja la deuda del Estado frente a la atención en salud mental y el seguimiento de sus casos, lo cual impide el restablecimiento físico y emocional. No está de más especificar que las mujeres pertenecen a clases sociales bajas, por lo tanto es difícil comprender que tengan que

⁵⁰ Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

⁵¹ Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

⁵² Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

pagar por un servicio en consultas particulares, cuando el Estado debe garantizar el derecho a la salud y la atención integral.

Los testimonios coinciden en señalar la mala atención en los servicios y la violencia en el trato por parte de funcionarios(as). Por ello las demandas por un trato más humano y dignificante en las instituciones de salud.

El deber ser de los servicios de salud

Las mujeres tienen ideales frente a las formas y la garantía de sus derechos y especialmente el derecho a la salud, particularmente en relación con lo humano y compasivo. Para las entrevistadas la amabilidad en la atención, la buena voluntad, la prioridad en los servicios, y la demanda de recursos de la administración municipal para la atención de estos casos, son características deseables de los servicios.

Pues que no nos atendieran con mala voluntad, que nos atendieran bien, porque es que en San Pablo, para que lo atiendan aquí, para coger un ficho tiene que hacer cola...No sé, usted sabe que uno como asustada cuando le pasan esas cosas...A uno cuando le pasa eso tienen que darle la ayuda que uno necesita, porque uno también es mujer y no sabe si mañana o más tarde le pasa a las hijas u otra familia...Para mí yo creo que la atención debe de ser con más amabilidad con las personas⁵³.

Que fueran mejor en la atención a las mujeres, en darnos el lugar que nos merecemos. Nos merecemos una mejor atención, que nos traten bien. Ya que nos pasó eso, que no nos discriminen ni esas cosas que a veces nos hacen, pues no con todos, pero si algunos; directamente hablándolo, uno tiene la culpa⁵⁴.

Para mí no existe hospital, servicios, prefiero mil veces ir a pagar consulta en un consultorio aparte que ir al hospital. Porque allá ¿qué hace el médico? va y la mira a usted y le dice: usted tiene tal cosa, tómese esta pastilla, no le hacen exámenes, no le mandan psicología, nada. Considero que no es buen servicio ni para adultos, niños, ni nadie..., pasé la página, ya dije: no molesto más con eso, al igual es algo que uno tiene que ponerse a explicar a los niños, no lo entienden nunca; es mejor así⁵⁵.

Deberían tratar que en la salud no se pierda la plata, que la sepan utilizar, porque a veces dicen: No, es que se gastaron mil millones, y de esos se gastaron, póngales, 200 millones. Deberían tomar un poco más de importancia o una persona competente para eso, que le diga

⁵³ Mujer 1 (M1) víctima de violencia sexual, 34 años, San Pablo (Bolívar).

⁵⁴ Mujer 2 (M2) víctima de violencia sexual, 24 años, San Pablo (Bolívar).

⁵⁵ Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

a uno: “Usted necesita esto, venga, yo la llevo, le digo, le explico”, pero es que no lo hay. Yo creo que hay muchas personas que van, y hacen eso, les pasa como a mí, desisten de la misión porque saben que es muy difícil estar rogando por algo que muchas veces no le van a dar⁵⁶

La frase “darnos el lugar que nos merecemos”, demuestra uno de los ideales centrales de las mujeres víctimas de violencia sexual en los servicios de salud. Constantemente en las narrativas se encuentra que los servicios de salud deberían dar respuesta a las demandas especiales de estos casos desde que las mujeres ingresan hasta que salen, y posteriormente con el seguimiento y las interconsultas por especialidades de psicología y los demás servicios que requieran para su tratamiento.

Las mujeres rechazan los tratos y lenguaje discriminatorios en los servicios, por ejemplo, que los funcionarios(as) no justifiquen la violencia sexual y además que no se atribuyan la culpa de los hechos a las mujeres, estableciendo un espacio de buen trato y acogida.

En uno de los relatos se evidenció la falta de esperanza, credibilidad y confianza para definir ideales en la atención de la violencia sexual en los servicios de salud. La víctima manifestó falta de credibilidad de un cambio en el hospital y afirma optar por el pago de consultas médicas privada o que la atiendan en la droguería.

Origen de la violencia contra las mujeres

Las mujeres no tienen explicaciones frente a los orígenes de la violencia sexual, más bien preguntas alrededor de las violencias que han sufrido. Sin embargo, es común la justificación a partir de la asociación entre las personas sin corazón y hombres que han sufrido violencias y las replican.

Porque existen personas sin corazón, como sin mente, sin nada, que solamente quieren dañar y dañar a las mujeres...Yo también me pregunto ¿por qué hay tanta violencia para nosotras las mujeres?, a los hombres no es lo mismo. Yo le digo a mi mamá por qué no me hizo hombre, por qué me hizo mujer yo le reprocho eso a mi mamá después de lo que me pasó⁵⁷.

⁵⁶ Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

⁵⁷ Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

La violencia contra las mujeres uno no culpa. Yo a veces digo que son personas que no están bien de la cabeza, de pronto fue una niñez mala para ellos y la forma de desquitarse es así, esa es la forma de actuar, pero no sé⁵⁸.

Una de las mujeres refleja en su testimonio el reproche y la lucha interior que tiene con su ser mujer, relacionada con elementos de desigualdad entre hombres y mujeres, como los entornos seguros y libres de violencia contra las mujeres, los cuales no se garantizan en sus municipios.

Voces de las mujeres frente a la institucionalidad

Las mujeres desean ser escuchadas sobre la necesidad de dignificar la atención en salud de las víctimas de violencia sexual. La ausencia del Estado como garante de derechos es una percepción común de las mujeres que participaron de esta investigación. Por ello, se quiere dar voz a las víctimas a partir del mensaje principal que les gustaría enviar a las instituciones: Se requieren cambios en el recurso humano de los hospitales por profesionales y técnicos más sensibles sobre el tema de las violencias contra las mujeres, que amen su profesión y tengan una buena preparación en su disciplina.

Que cambiaran a todos esos médicos. Que pusieran a alguien que sí tuviera genio para atender esos casos. Que hubiera un buen punto de salud. Que uno se sienta orgulloso de la salud que tiene. Muchas personas se han muerto por el servicio que han tenido...Los médicos están por ganarse su plata y listo, no porque verdaderamente les guste la salud. Ahí le adivinan a uno que es lo que tiene⁵⁹.

En relación con las instituciones de justicia, las mujeres desean que sus denuncias sean recibidas y orientadas desde un proceso jurídico permanente, que no se archiven y puedan garantizar la no repetición de la violencia sexual, desde la judicialización y condena a los agresores.

Pues de pronto que si aceptan una denuncia a tiempo pueden evitar varias cosas en el transcurso de este tiempo porque a veces no le pasa a una, sino a dos, tres, y no debería ser así porque al igual, todas no la tomamos de la misma manera, unas más, otras menos, porque así uno trate de ser fuerte, duele, más rabia e impotencia le da a uno que no lo atiendan, que uno vaya y le digan a uno no se puede. Qué tal fuese una niña más pequeña, duele mucho...Decirles que no es enfocarse en una sola cosa porque si a ellos los eligieron

⁵⁸ Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

⁵⁹ Mujer 3 (M3) víctima de violencia sexual, 20 años, Sabana de Torres (Santander).

para esos puestos es para que atiendan todo, no para que solucionen unas cosas y en otras no ayuden, porque de ellos depende que las cosas funcionen. Si ellos no están pendientes de las cosas y mandan el presupuesto y ya...y si se cumplió se cumplió y si no también, en parte ellos también tienen algo de culpa... Si estas personas fueran más comprometidas, si nosotros somos quienes pudiéramos revisar si la plata que dan se ejecuta como es. De ellos depende que en el mundo cambie un poquito. Todos tienen un poquito de culpa, es la realidad⁶⁰.

En general las mujeres invitan a las instituciones de salud, justicia y protección a realizar sus acciones conforme a la legislación nacional, a la adopción de acciones afirmativas para el cierre de brechas por género, por parte de funcionarios(as) de todos los sectores vinculados en la atención de la violencia sexual.

Es por ello pertinente ampliar los hallazgos en las mujeres víctimas a la luz de la perspectiva de género. Así, se evidencian prácticas discriminatorias y misóginas en la atención de los servicios de salud. La violencia institucional hace parte de estas prácticas que suprimen e invisibilizan a las mujeres, donde elementos del androcentrismo en la medicina y la historia cultural del patriarcado en la región, promueve la negación de servicios de salud, la justificación y la culpabilidad de las mujeres víctimas de violencia sexual.

6.2. Prácticas, conocimientos, actitudes y percepciones de funcionarios/as de los servicios de atención en salud para mujeres víctimas de violencia sexual.

Con los funcionarios(as) de salud de los tres municipios y los asesores en salud sexual y reproductiva del Programa de Desarrollo y Paz, durante esta sección se desarrollarán aspectos relacionados su caracterización sociodemográfica, las prácticas clínicas, las percepciones entorno a las mujeres víctimas de violencia sexual y sus conocimientos relacionados con el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual y la ruta de atención.

6.2.1. Caracterización sociodemográfica

A continuación se describen las características sociodemográficas de funcionarios(as) de los servicios de salud y de la organización no gubernamental que trabajan en la atención y prevención de violencia sexual en el Magdalena Medio.

⁶⁰ Mujer 4 (M4) víctima de violencia sexual, 34 años, Sabana de Torres (Santander).

Cuadro 3: Caracterización sociodemográfica de funcionarios(as) de servicios de salud en tres municipios del Magdalena Medio.⁶¹

| Entrevistada(o) | Municipio | Sexo | Edad | Ciudad de Origen | Estado Civil | Institución | Profesión/oficio | Cargo | Tiempo en el servicio | Turno |
|-----------------|------------------|--------|---------|------------------|--------------|--|------------------------|--|-----------------------|------------------------------------|
| EJSS1 | San Pablo | Mujer | 34 años | Cartagena | Soltera | ESE Hospital Local San Pablo | Enfermera | Enfermera jefe servicio de urgencias | Dos años | 8am - 5:00 pm |
| AESS2 | San Pablo | Mujer | 52 años | San Pablo | Casada | ESE Hospital Local San Pablo | Auxiliar de enfermería | Auxiliar de enfermería servicio de urgencias | Cinco años | Tarde |
| MD3 | San Pablo | Hombre | 24 años | San Pablo | Sotero | ESE Hospital Local San Pablo | Médico | Médico de servicio de urgencias | Un año | Tarde - Noche |
| EJSS4 | Sabana de Torres | Hombre | 27 años | Barranquilla | Unión Libre | Hospital Integrado de Sabana de Torres | Enfermero | Enfermero jefe servicio de urgencias | Cuatro año | 7:00 am - 12:00 m y 2:00 - 5:00 pm |
| EJSS5 | Barrancabermeja | Mujer | 30 años | Barrancabermeja | Unión Libre | ESE Barrancabermeja - Centro de salud el Danubio | Enfermera | Enfermera jefe servicio de urgencias | Tres años | Mañana |
| AESS6 | Barrancabermeja | Mujer | 28 años | Barrancabermeja | Casada | ESE Barrancabermeja - Centro de salud el Danubio | Auxiliar de enfermería | Auxiliar de enfermería servicio de urgencias | Dos años | Mañana |
| CPSSRMM7 | Barrancabermeja | Hombre | 41 años | Bucaramanga | Casada | Programa de Desarrollo y Paz Magdalena Medio | Médico | Coordinador Proyecto Salud Sexual y Reproductiva | 10 años | 8:00 am - 5:00 pm |
| AGPSSRMM8 | Barrancabermeja | Mujer | 41 años | Cartagena | Unión Libre | Programa de Desarrollo y Paz Magdalena Medio | Trabajadora Social | Asesora de género Proyecto Salud Sexual y Reproductiva | 16 años | 8:00 am - 5:00 pm |

Fuente: Elaboración propia con base en relatos de entrevistas realizadas a funcionarios(as) de servicios de salud.

⁶¹Las de los(as) entrevistados hacen referencia a sus cargos en las instituciones:

⁶¹Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

⁶¹Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS2), 52 años, San Pablo (Bolívar).

⁶¹ Médico (MD3), 24 años, San Pablo (Bolívar).

⁶¹Enfermero jefe servicio de salud (EJSS4), 27 años, Sabana de Torres (Santander).

⁶¹Enfermera Jefe servicio de salud (EJSS5), 30 años, Barrancabermeja (Santander).

⁶¹Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS6), 28 Años, Barrancabermeja (Santander).

⁶¹Coordinador Proyecto Salud Sexual y Reproductiva Magdalena Medio (CPSSRMM7), 41 años, Barrancabermeja

⁶¹Asesora de Género Proyecto Salud Sexual y Reproductiva Magdalena Medio (AGPSSRMM8), 41 años, Barrancabermeja (Santander).

6.2.2. Provisión de servicios de salud

Aplicación del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual

Se destacan los discursos por disciplinas en los servicios de salud. Se puede decir que las enfermeras jefes tienen un mayor manejo de la norma y del protocolo de atención que los médicos y auxiliares de enfermería, sin desconocer el papel fundamental que tienen todos los profesionales y administrativos de las instituciones de salud para la atención de estos casos.

Cuando el caso llega al servicio de urgencias se hace el siguiente protocolo: valoración por médico general que llama al médico legal, se hace una autorización cuando la paciente entra por la urgencia; se le hace unos exámenes de protocolo: VIH y Hepatitis B, esos dos exámenes se hacen. Contamos con laboratorio las 24 horas. Que hay que recoger muestras: se recogen con el kit de violencia sexual, éste está dotado con todas las herramientas que se necesitan y de ahí recolectar las muestras, se rotulan y se mandan. Aquí tenemos kits para cuatro pacientes. Sí se puede hacer en la práctica, de hecho aquí tenemos todos los medicamentos y en el kit tenemos un rótulo donde se va registrando también, porque la Jefe y auxiliares son las encargadas de los pacientes⁶².

Se ofrece la valoración por médico. El médico legal es el que siempre se encarga de hacerle la valoración y la víctima de poner el denuncia en la Fiscalía. Le hacen los respectivos exámenes y luego también hay un programa sobre VIH. La médica aplica el tratamiento y entonces ahí la paciente va a colocar el denuncia⁶³.

Se hace el reconocimiento médico-legal desde el punto de vista clínico y paraclínico, si lo requiere. No contamos con servicio de psicología que nos ayude o nos aporte en esa parte: lo que hacemos es una remisión pero eso se demora siempre dependiendo del número de cupos...Le hacemos un examen físico que llenamos en un formato de atención, de acuerdo a las características y al evento, siempre queda un componente mental, y, como le decía, no contamos con psicólogo⁶⁴

En San Pablo se evidenció la fluidez con que la enfermera jefe habla sobre el protocolo de atención, y, además, de la ruta intersectorial, en la que juegan papeles esenciales los sectores de justicia y protección. Es de resaltar que en los municipios no se cuenta con un médico forense, por lo tanto, a quien le corresponde realizar los exámenes legales y

⁶²Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

⁶³Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS2), 52 años, San Pablo (Bolívar).

⁶⁴ Médico (MD3), 24 años, San Pablo (Bolívar).

forenses es a los médicos rurales y a las enfermeras(os) jefes. El componente de salud mental sigue quedando en deuda en la realización del protocolo de atención.

Ya después de que se solicita el médico legal, él se encarga de hacer la inspección total de esa paciente; se llama a la Fiscalía. Si es menor de edad se avisa a Comisaría, Personería, SIJIN y se reporta a todos los entes, se informa a Salud Pública, ellos se encargan de reportar al SIVIGILA⁶⁵.

Sabana de Torres no maneja la ruta de atención, ni la aplicación del protocolo, pero el profesional afirma que cuenta con los kits post exposición a violencia sexual, tanto para menores como mayores de 30 kilogramos⁶⁶, aunque no se especifica en su entrevista la oferta de servicios y procedimientos a realizar en estos casos, ni quién dentro del servicio de urgencias es la persona encargada de realizar los exámenes médico legales y el seguimiento de los casos de violencia sexual.

Tenemos una ruta para estas mujeres y contamos también con algo que se llama el Kit de violencia sexual para las pacientes. En este kit encontramos medicamentos profilácticos para enfermedades venéreas, anticoncepción de emergencia, visto que se le da un buen manejo a este paciente con el acompañamiento de la psicóloga⁶⁷.

Además de los medicamentos profilácticos para ITS y VIH, se deben tener las pruebas rápidas para VIH, hepatitis B y embarazo. De acuerdo al relato del enfermero jefe, no se contemplan las pruebas rápidas y tampoco la profilaxis para hepatitis B como la vacuna y la gammaglobulina.

Las funcionarias del Centro de Salud de Barrancabermeja manifiestan tener claridad sobre la ruta de atención y los procedimientos específicos de los servicios de salud, y argumentan en sus relatos el quehacer con las víctimas de violencia sexual, y la oferta de servicios con la que cuenta el Centro. Además existe claridad sobre los exámenes a realizar, la prioridad de los eventos de violencia sexual para su atención y la flexibilidad que debe tener el servicio de salud conforme a la toma de muestras probatorias con el examen médico legal y su cadena de custodia.

⁶⁵Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

⁶⁶ Los kits post exposición a violencia sexual vienen por peso de las(os) pacientes (> o < de 30 kg), lo cual determina la dosis de los medicamentos profilácticos. El kit de emergencia debe tener: Pruebas rápidas para VIH, hepatitis B y embarazo; Profilaxis VIH (Zidovudina, Lamiduvina, Lopinavir); Profilaxis de ITS (Cefuroxima, Azitromicina, Metronidazol); anticoncepción de emergencia (Levonogestrel); y profilaxis para hepatitis B (vacuna hepatitis B y gammaglobulina para hepatitis B). El kit de emergencia debe utilizar antes de cumplir las 72 horas del hecho de violencia.

⁶⁷Enfermero jefe servicio de salud (EJSS4), 27 años, Sabana de Torres (Santander).

Eso viene por el protocolo que tiene el Ministerio de Salud. La paciente cuando llega por algún miembro de la comunidad, policía, etcétera, encuentra el servicio, se le hace su respectiva valoración, se le da prioridad a todos los hechos que sean por violencia, se les llena una ficha que está estipulada por el ministerio también, que es violencia contra la mujer o violencia de género, se le notifica a la policía y se le da prioridad para ir a coger su respectivo denuncia con una valoración previa ya por médico...Se ejecuta como tal el protocolo, eso es por estándares que no se pueden modificar: depende del hecho violento, si hubo penetración o solo fue manipulación, si hubo acceso carnal o no hubo, ya trae el kit con los laboratorios a tomar, medicamentos, qué pruebas se pueden dar, qué ampollas se colocan y planificación. Ellas cuando llegan a la fiscalía de ahí pasan a Medicina Legal y ellos son los que dictaminan si requieren ya valoración por psicología y todo eso... Aquí se realiza frotis vaginal, se hace cadena de custodia y está a cargo del servicio de bacteriología y enfermería. En el servicio de urgencias no rotan médicos rurales. El embalaje lo hacen los médicos generales. El puesto de salud maneja dos kit, el de infancia y el de adultos, el de adultos está el de la mujer, como tal está completo⁶⁸.

Pues aquí prácticamente cuando llegan las pacientes con violencia, siempre se hace una notificación. El médico está capacitado para brindarle, pues, comodidad a la paciente, porque de todas maneras ellas siempre llegan incomodas para manejar la situación. Para eso hay un protocolo...Pues inmediatamente si es un abuso sexual o independientemente si es un golpe o lo que sea, acudir directamente al puesto de salud, porque muchas veces ellas van primero a la policía; la gran mayoría va primero a la policía entonces allá las mandan a hacer otras vueltas: mire, es que tiene que denunciar primero, tiene que ir a la fiscalía. Independientemente de eso deberían venir primero a los puestos de salud, porque aquí el médico, si es violencia o algo, pues acá uno toma muestras y eso⁶⁹.

Frente al modo de proceder de las mujeres víctimas de violencia sexual en cuanto a la búsqueda de servicios de asistencia acuden inicialmente a las entidades de justicia y protección, allí la auxiliar de enfermería afirma que es prioritario acudir al centro de salud antes que otra entidad. Las funcionarias de Barrancabermeja tienen la claridad en cómo procede la ruta de atención, en primer lugar hay que estabilizar el estado de salud de la víctima y posteriormente se realizan los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

⁶⁸Enfermera Jefe servicio de salud (EJSS5), 30 años, Barrancabermeja (Santander).

⁶⁹Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS6), 28 Años, Barrancabermeja (Santander).

Seguimiento de casos de violencia sexual

En relación con el seguimiento de los casos de violencia sexual, es frecuente encontrar en los relatos de las funcionarias que en el servicio de urgencias no se realizan los seguimientos a las interconsultas posteriores. Los encargados son las direcciones locales de salud, las secretarías locales de salud y la policía nacional, lo cual no genera claridad sobre lo que pasa con las víctimas posteriormente a la consulta inicial, aunque esté establecido así por la normatividad nacional.

Desde consulta externa se hace el seguimiento, mediante promoción y prevención. Aquí lo hacen mensual, es más, cuando llegan esos casitos y PyP no está porque salen a comer, se le informa de esos casitos a Secretaría de Salud, y la EPS se pone al tanto con el psicólogo y la trabajadora social⁷⁰.

Nosotros como tal solo brindamos la atención de urgencias. En caso de seguimiento, ya les corresponde a los entes, como policía nacional de donde esté ubicada la patrulla o el cuadrante de donde viva el paciente. Para seguimiento de casos no tenemos de violencia (persona encargada)⁷¹.

Sí, porque acá se hace ficha, entonces nosotras tenemos un libro y cuando vienen a recoger las fichas, y eso casi siempre le preguntan, y ellos nos informan de los pacientes...La ficha, una se va para la ESE y la otra para la policía y una queda acá en la historia clínica⁷².

En conclusión los servicios se encargan de la atención por urgencias, “Pues en el servicio no hacemos seguimientos, de eso se encarga salud pública con la propia alcaldía”⁷³. El seguimiento de los casos de violencia sexual se asignan a otros niveles de las mismas entidades como salud pública o las áreas administrativas, como el caso de la ESE Barrancabermeja, quienes alimentan los sistemas de información con la ficha de notificación para el SIVIGILA.

Formación y Capacitación

El discurso de los funcionarios (as) de los servicios de salud converge en que han recibido actualizaciones y jornadas de formación en cuanto al tratamiento y las normas nacionales para la atención de violencia sexual.

⁷⁰Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

⁷¹Enfermera Jefe servicio de salud (EJSS5), 30 años, Barrancabermeja (Santander).

⁷²Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS6), 28 Años, Barrancabermeja (Santander).

⁷³Enfermero jefe servicio de salud (EJSS4), 27 años, Sabana de Torres (Santander).

El Programa de Desarrollo y Paz realizó durante los años 2002 a 2004 un proceso de formación con el Fondo de Población de Naciones Unidas en la creación de comités de atención a víctimas de violencia sexual en la Región, de los cuales se encuentra activo el de Barrancabermeja con la participación de todas las entidades competentes en la respuesta y asistencia en los eventos de violencia sexual. También se ha realizado formación y capacitación a las mujeres de los municipios donde el Programa tiene influencia, entre ellos Barrancabermeja, Sabana de Torres y San Pablo.

Nosotros desde el año más o menos el año 2002 – 2003, impulsamos en la región la conformación de lo que llamamos Comité de atención a víctimas de violencia intrafamiliar y sexual. Dinamizamos la constitución de estos comités inter institucionales sacados de un modelo de atención que propuso el Fondo de Población de Naciones Unidas y el Ministerio de la Protección Social, en donde se pensaba que las instituciones que tuvieran competencia frente a estas situaciones organizaran su actuar en función de menos revictimización y en función, por supuesto, desde los derechos de las víctimas. Entonces durante más o menos dos o tres años, teníamos un proceso de formación modular intensiva con instituciones que hacían parte de ese Comité... Con las mujeres y comunidad en general hemos hecho talleres desde el año 2000 de formación en derechos sexuales y reproductivos y talleres de prevención de violencias basadas en género. Entonces eso ha sido una línea permanente de formación a las comunidades porque parte de la situación radica en que, uno, se desconocía que se estaba pasando por una situación de violencia, entonces de hacerlo evidente, visible, consciente de ello, es un paso que hemos hecho con la víctima o sobreviviente en este caso, por eso hacemos formación y sensibilización⁷⁴.

Las funcionarias de los servicios de salud han sido capacitadas desde las instituciones en las que trabajan por la Fiscalía, el Instituto Nacional de Medicina Legal y el Instituto Nacional de Salud, conforme a las fichas de notificación en el sistema de información de eventos de interés en salud pública (SIVIGILA).

Sí, aquí se le hace una inducción en el hospital y la ESE. Eso, aquí se informa mucho en lo que es el médico legal, es un tema de bastante compromiso y responsabilidad, se realiza el entrenamiento en embalaje de muestras a los médicos que prestan su servicio social obligatorio...El médico general, las auxiliares y la jefe tienen el conocimiento para realizar los exámenes medico legales, es más, muchas veces me ha tocado realizar el procedimiento cuando encuentro por ejemplo alguien que falleció pero ha sido abusado sexualmente. Nos toca tomar muestra de ano, mucosa, de todo eso también se hace⁷⁵.

⁷⁴Asesora de Género Proyecto Salud Sexual y Reproductiva Magdalena Medio (AGPSSRMM8), 41 años, Barrancabermeja (Santander).

⁷⁵Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

Siempre va un médico rural en esa cuestión médico legal. El año pasado vinieron a dar una capacitación del departamento, cómo se va hacer el manejo de las pruebas cuando lleguen, a tiempo, después ya se pierde. Eso, le dieron capacitación el año pasado y 2013⁷⁶.

Digamos, los que realizan esas pruebas son los SSO – Servicio Social Obligatorio, entonces yo creería que están capacitados, porque ellos lo han hecho, han tomado las muestras, la llevan a medicina legal, han colocado las muestras en custodia y después la Fiscalía las lleva a lo de la condena⁷⁷.

Todos estamos capacitados en lo de violencia sexual, ya que para estar en el servicio de urgencias es uno de los requisitos hoy en día para usted estar en un servicio de urgencias⁷⁸

Sí, nosotras estamos capacitadas. Permanentemente recibimos capacitaciones sobre cadena de custodia, sobre el embalaje y las muestras, de pronto cuando es violencia, que se hace frotis y muestras de secreciones vaginales y todo eso. De día que tenemos bacteriólogo, nosotras acudimos a ellos, pero cuando estamos de noche, que no contamos con ellos, o muchas veces que las mujeres prefieren que sea mujer, que no vaya a entrar un hombre y todo eso, nosotras tomamos las muestras. Ya nosotras sabemos en qué tubo se toman, cómo se deben retirar las bolsas, y a dónde se tiene que enviar eso. Hace como 15 días tuvimos una capacitación que venían de Bucaramanga, algo de la Fiscalía⁷⁹.

Algunos de los testimonios de los funcionarios(as) afirman que para estar en el servicio de urgencias deben estar capacitados en procedimientos médico-legales específicos de violencia sexual (toma de muestras de secreciones vaginales o anales y embalaje de muestras). A pesar de que los funcionarios manifestaron estar capacitados en el examen sexológico, se percibe la ausencia procedimientos tales como la cadena de custodia de las muestras.

Además, en uno de los relatos se atribuye la formación a los médicos rurales o las enfermeras jefes, cuando las normas nacionales insiste en la capacitación permanente de todos los profesionales y técnicos, no solo de los servicios de urgencias, sino también en servicios de consulta externa.

⁷⁶Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS2), 52 años, San Pablo (Bolívar).

⁷⁷Enfermero jefe servicio de salud (EJSS4), 27 años, Sabana de Torres (Santander).

⁷⁸Enfermera Jefe servicio de salud (EJSS5), 30 años, Barrancabermeja (Santander).

⁷⁹Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS6), 28 Años, Barrancabermeja (Santander).

Proceso de referencia y contra referencia

La información relacionada con el manejo de los recursos como el presupuesto del hospital y la distribución de los recursos financieros y humanos en torno a la atención de los eventos de violencia sexual, algunos de los profesionales no dieron respuesta a este tipo de procedimientos, pero sí describieron el proceso para la atención por regímenes de afiliación, y población no asegurada al sistema de salud.

Quando no tienen ni siquiera la encuesta del SISBEN, pues nos toca por secretaría de salud. En primera instancia se hace la valoración médica, la remisión queda registrada en la historia, se solicita, y eso se manda a las EPS. Las EPS se encargan de urgencia o prioritaria con la historia de las citas a especialistas, pero se hace del hospital a las EPS. Nosotros atendemos a pacientes pero el responsable de remisiones, medicamentos y todo eso son las EPS⁸⁰.

Nosotros solo atendemos población pobre no asegurada SISBEN y ARS que tenemos convenio. Si no tiene nada, se remite a la policía y si tiene EPS a su nivel de atención⁸¹

Eso sí lo maneja facturación, pero aquí la paciente que viene con violencia se atiende no importa el carnet que tenga, creo que eso se lo cobran al FOSYGA o algo así, ya aquí se le hace la atención a ella, porque ese hecho hay que notificarlo⁸².

En el hospital se suministran los medicamentos pero en la hora que escaseen, las EPS no nos hacen la devolución del medicamento. Se tiene la responsabilidad de recuperar todos esos medicamentos y ponerlos acá, porque a pesar de que se mandó la fórmula médica, se manda la historia clínica y todo, no se hizo reposición, pero si tenemos el protocolo y hemos dado como a seis pacientes desde el 2013⁸³.

Para el procedimiento de referencia y contra referencia se puede concluir que las instituciones de salud lo manejan desde el pago de medicamentos e insumos médicos por las EPS. Sin embargo, no son claros los procesos que vinculan víctimas no aseguradas y que no tienen clasificación del SISBEN. En uno de los relatos, el profesional de Sabana de Torres establece que se atiende a las víctimas tenga o no carnet, pero en relación con los testimonios de las mujeres no se cumple lo que el funcionario manifiesta. Por otro lado es evidente que en el hospital de San Pablo se dificulta la devolución de insumos médicos por las EPS, cuando son eventos de violencia sexual y ello altera los procesos de referencia y contra referencia de la institución de salud.

⁸⁰Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

⁸¹Enfermera Jefe servicio de salud (EJSS5), 30 años, Barrancabermeja (Santander).

⁸²Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS6), 28 Años, Barrancabermeja (Santander).

⁸³Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

Barreras para la atención de víctimas de violencia sexual en el Magdalena Medio

La falta de recursos humanos y servicios de salud mental, es una de las principales barreras en la atención de violencia sexual, lo cual limita el cumplimiento de la norma y la garantía total de los derechos de las mujeres a la información y atención integral. Por otro lado, se evidencian barreras actitudinales y falta de coordinación entre instituciones garantes de derechos, lo que hace que la tramitología desgaste a las mujeres víctimas, y repitan los acontecimientos del hecho en todas las entidades a las que acuden, como salud, justicia y protección, fiscalía o juzgados municipales.

El servicio debería tener como un psicólogo en el momento en que llega una paciente así, porque de todas maneras, uno como trabajador, mujer, muchas veces no le sabe explicar a la paciente, uno no se pone en los zapatos de ella, y hay muchas veces que uno empieza a regañarla como a decirle cosas, y creo que la gran mayoría están incomodas⁸⁴.

Desde la mirada de los profesionales del Programa de Desarrollo y Paz, establecen barreras de atención desde la falta de divulgación del protocolo de atención al interior de las instituciones de salud y la población en general. Atribuyen además, el desconocimiento de los funcionarios(as) de los servicios y las fallas de infraestructura y falta de insumos médicos que impide la atención integralidad en la atención.

A veces la población desconoce estos protocolos o normatividad, entonces las instituciones guardan esos protocolos, pero si llegan personas nuevas, una persona puede no recibir atención a la que tiene derecho y entonces esas dificultades tienen que ver cómo se presenta una ruta de papel en una ruta de vida, de promoción, atención. Creo que esta es la principal dificultad en este ejercicio de que la ruta en verdad sea instrumento y mecanismo para favorecer una mejor atención en los municipios... la precariedad, también desconocimiento de los funcionarios, médicos o enfermeras pues muchas veces no se tiene el tiempo suficiente para estar con esas personas. La atención de urgencias por violencia, además de que es una urgencia y muchas veces no se considera como tal, requiere unos mínimos diferentes a los que tienen una atención de urgencias por otro evento, un accidente de tránsito o un accidente de lo que sea⁸⁵.

Si bien el desconocimiento de las víctimas de las rutas de atención y de sus derechos son determinantes que inciden para la promoción y divulgación de las rutas de prevención y atención para los eventos de violencia sexual, es evidente que los servicios de salud tienen una

⁸⁴Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS6), 28 Años, Barrancabermeja (Santander).

⁸⁵Coordinador Proyecto Salud Sexual y Reproductiva Magdalena Medio (CPSSRMM7), 41 años, Barrancabermeja (Santander).

responsabilidad absoluta en la divulgación de la información, al igual que las instituciones como Medicina Legal, Comisarías de Familia, y Policía Nacional.

Si una mujer llega con una denuncia no hay la apertura frente a su situación. No se le da la prioridad que debería dársele, entonces se toma como un delito más, o un asunto más. Incluso en algunos casos se puede archivar, no se le da la atención que se merece, incluso la actitud frente a las mujeres es una actitud que las discrimina, que las hace sentir más mal de lo que ellas se sienten, incluso a veces las hacen sentir más culpables del proceso, no solo se da con los funcionarios hombres, se da con funcionarias mujeres, ellos no tienen ni sensibilidad, ni perspectiva de género, esos obstáculos⁸⁶

La asesora de género del Programa de Desarrollo y Paz, establece que la falta de sensibilidad y de aplicación del enfoque de atención diferencial con perspectiva de género de funcionarios(as), son otras de las barreras para la atención integral de las mujeres víctimas, lo que genera una deuda fundamental con las mujeres, en el sentido de que la falta de coordinación entre los funcionarios y el manejo no confidencial de la información deslegitima la norma y hace que se pierda la credibilidad en las instituciones de salud. Finalmente, solo una de las funcionarias de los servicios habló sobre las barreras para la atención en los servicios.

6.2.3. Conocimientos de funcionarios(as) sobre atención a víctimas de violencia sexual.

Los conocimientos de funcionarios(as) que se tuvieron en cuenta para esta sección, son relacionados con los derechos humanos de las mujeres, normatividad relacionada con las violencias contra las mujeres (ley 1257/08), ruta de atención e imaginarios sobre el origen de la violencia sexual.

En las narrativas de los funcionarios(as) de salud hay divergencias frente al conocimiento de los derechos humanos de las mujeres. Algunas funcionarias de San Pablo y Barrancabermeja manifestaron conocerlos y además, haber asistido a capacitaciones sobre el tema. Lo común es la percepción de que las mujeres no denuncian las violencias que sufren: “No acceden a hacer la respectiva denuncia”⁸⁷.

⁸⁶Asesora de Género Proyecto Salud Sexual y Reproductiva Magdalena Medio (AGPSSRMM8), 41 años, Barrancabermeja (Santander).

⁸⁷Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

Los derechos de las mujeres no se cumplen así estén escritos en la Constitución, es la materialización de las normas del Estado a la realidad de los municipios como San Pablo, Barrancabermeja y Sabana de Torres, donde se evidencian una serie de limitaciones políticas, administrativas y de voluntades para la garantía de los derechos de las mujeres.

En la Constitución del país la mujer tiene una cantidad de derechos pero a veces no se cumplen: derecho a la educación, a no ser maltratada, denunciar, pero las mujeres víctimas del maltrato prácticamente no denuncian⁸⁸.

A nosotras nos han explicado que las mujeres por ser el género femenino predominan más en cuanto a los derechos. Que si llegan a urgencias debe ser una prioridad las mujeres y los niños; ellas están en población vulnerable, la atención debe ser inmediata y en conjunto con el equipo interdisciplinario y que debe prestar el máximo de atención a cualquier caso de violencia que llegue. De esto puedes atender a un hecho violento o que termine en alguna muerte, hay que ponerle mucha atención a la violencia contra las mujeres⁸⁹.

En el último testimonio parece indicar que las funcionarias de los servicios son conscientes de la complejidad de las violencias contra las mujeres y los desenlaces fatales que pueden terminar en muertes o feminicidios explícitamente, y la preocupación por aquellas mujeres que van repetitivamente a los servicios de salud a causa de malos tratos y violencias.

Aunque los funcionarios(as) de los servicios de salud dicen conocer la ruta de atención, en la práctica se alejan un poco de su cumplimiento, centrándose en la provisión de los kits de emergencia o post exposición a violencia sexual, lo que debilita la integralidad de la atención de las mujeres. Igualmente hay una fuerte distancia con la aplicación de los exámenes médico legales y la división de los roles dentro de la ruta, lo que quiere decir que las auxiliares de enfermería son las que menos contacto tienen, siendo quienes más participan en ella: las enfermeras(os) jefe y las(os) médicos del servicio.

Pues eso lo manejan más que todo ellos, pero nosotros ya sabemos más o menos. Lo único que hacemos nosotros es notificar y brindarle la atención que necesite en alguna herida⁹⁰.

Como primera medida hay que tener en cuenta que el abuso sexual es una urgencia, en la clasificación del *triage*, eso entra inmediatamente clasificación *triage* 1. Uno las entra, pasa conmigo, las llevo mientras que llamo a la psicóloga y las autoridades competente; las pasamos al médico y les hace muestras ginecológicas, previamente establecido la denuncia.

⁸⁸Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS2), 52 años, San Pablo (Bolívar).

⁸⁹Enfermera Jefe servicio de salud (EJSS5), 30 años, Barrancabermeja (Santander).

⁹⁰Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS6), 28 Años, Barrancabermeja (Santander).

Teniendo en cuenta que es un hospital de primer nivel, hay cositas que no podemos tener acá. En cada caso vamos analizando mejor⁹¹.

Es de cuestionar la afirmación “previamente establecida la denuncia”, como si la denuncia fuera un condicionante o requisito para la atención cuando por norma no es así. El discurso es incoherente cuando manifiesta que la violencia sexual es una urgencia y se atiende inmediatamente, pero sin la denuncia no se atiende.

Dentro de la ruta de atención se debe tener conocimiento sobre la ley 1257 de 2008 en términos de la obligatoriedad de los servicios de salud en garantizar hospedaje y alimentación a las mujeres y su núcleo familiar si sus vidas corren peligro, el derecho a elegir el sexo del profesional para la realización de los exámenes y procedimientos durante la atención, y el valor de la confidencialidad durante la estancia en los servicios de salud.

Primero la confidencialidad, a la paciente se le brinda primero que todo eso y pues todos los protocolos⁹².

Pues uno de los derechos importantes de las mujeres es la privacidad⁹³.

Frente al conocimiento de la ley 1257 y sus implicaciones en salud, se evidenció que funcionarios(as) la desconocen y no hay seguridad dentro de sus narraciones sobre las implicaciones en los procedimientos en salud para las mujeres, lo cual lleva a preguntarse por la divulgación de las normas desde el nivel nacional y la cobertura en procesos de formación e implementación.

Los imaginarios alrededor de la violencia sexual contra las mujeres en los discursos de funcionarios(as) de salud, atribuyen su origen desde actitudes de permisividad por parte de las mujeres, actos de intolerancia y el machismo como condicionantes de la cultura riverseña. Existieron puntos en común de los relatos en cuanto a la justificación de las violencias permitidas por las mujeres, llevando a su repetición.

Es clara la carga de prejuicios que tienen algunas funcionarias frente a las creencias del origen de la violencia sexual, que suprime la imagen desde el ser permisiva o propiciar espacios para que se generen la violencia sexual contra las mujeres, con frases como: “a veces hemos sido participes de que ocurran estas cosas de libertinaje”⁹⁴ y otras expresiones similares sobre la construcción de roles de género socialmente aceptados y

⁹¹Enfermero jefe servicio de salud (EJSS4), 27 años, Sabana de Torres (Santander).

⁹²Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS6), 28 Años, Barrancabermeja (Santander).

⁹³Enfermero jefe servicio de salud (EJSS4), 27 años, Sabana de Torres (Santander).

⁹⁴Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

practicados en los municipios de orillas del Magdalena como: “desde el color de la ropa de los bebés estamos implantando el machismo, decimos que las niñas tienen que vestir rosado y los niños azul”⁹⁵. A estas divisiones por sexo y asignaciones inequitativas entre mujeres y hombres, se pueden seguir sumando conceptos importantes dentro del discurso de los funcionarios frente a la imagen que tienen las mujeres funcionarias de los hombres y el poder del hombre sobre las mujeres: “Qué me va a llevar la contraria, si yo soy el hombre”⁹⁶.

No se pueden dejar de lado reflexiones como las que hace uno de los funcionarios (enfermero jefe), frente a la educación y la forma de replicar asignaciones machistas por parte de las madres, que impiden que desarrollen masculinidades alternativas y más equitativas con comentarios como: “no hijo, tú no puedes llorar, no puedes no que”⁹⁷.

Aquellas prohibiciones que nacen del marco tradicional y formas, enseñanzas y prácticas en las familias no se pueden culpar, debido a que es fruto de nuestro sistema cultura-creencias, por tanto es muy simbólico cuando la asesora de género del Programa de Desarrollo y Paz manifiesta que la violencia sexual contra las mujeres: “está naturalizada, sigue naturalizada a pesar de la formación de todo el respaldo legal que hay, de toda la movilización de las mujeres, sigue estando instalada en la cultura y las prácticas culturales, evidenciada desde el poder de los hombres sobre las mujeres”⁹⁸.

Esta percepción que revela que la violencia sexual contra las mujeres es un problema social invisible, culmina con una definición muy clara sobre la violencia: “Es una forma de coaccionar, amedrentar, de aplacar, opacar, y que mucho tiempo llevamos en ese asunto como si fuera cualquier otro asunto”⁹⁹. De hecho, las experiencias de las mujeres en los servicios realmente evidencian la magnitud del problema de violencia sexual, y su atención históricamente se ha tratado como si fuera otro asunto, quizás con menos importancia que otros eventos de salud.

⁹⁵Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS2), 52 años, San Pablo (Bolívar).

⁹⁶Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS6), 28 Años, Barrancabermeja (Santander).

⁹⁷Enfermero jefe servicio de salud (EJSS4), 27 años, Sabana de Torres (Santander).

⁹⁸Asesora de Género Proyecto Salud Sexual y Reproductiva Magdalena Medio (AGPSSRMM8), 41 años, Barrancabermeja (Santander).

⁹⁹Ídem.

6.2.4. Percepciones de los funcionarios de los servicios de salud sobre el proceso de atención de violencia sexual

Al igual que se han tenido en cuenta las percepciones sobre el proceso de atención de las mujeres, se buscó analizar las percepciones de funcionarios y funcionarias a partir de sus experiencias en la atención de víctimas de violencia sexual. Para ello se tuvo en cuenta tres subcategorías: experiencias de atención (sentimientos y pensamientos), visiones frente al papel de los servicios de salud y los imaginarios frente a las mujeres víctimas de violencia sexual.

Experiencias de atención de eventos de violencia sexual

Algunos sentimientos que acompañaron las experiencias de atención de los funcionarios(as) se encuentran divergencias relacionadas con el sentido de sus discursos, por ejemplo, las expresiones de la enfermera de San Pablo como: “Eso, también las regaña, hay que regañar porque se siente uno como ¿qué estás haciendo tú para que genere daño?”¹⁰⁰; y el enfermero de Sabana “¿cuáles fueron las causas que la llevaron a ser agredida?”¹⁰¹.

Es evidente que los funcionarios(as) están en función de buscar el origen y las causas de la violencia sexual contra las mujeres que atienden, peor, dentro de sus relatos se contemplan prejuicios respecto a que las mujeres regularmente hacen algo para que sean las protagonistas de los hechos de violencia sexual. También se reconoce la falta de confianza en la relación terapéutica entre enfermera(o) – paciente, probablemente por la búsqueda de las causas atribuidas a las mujeres.

Por lo menos a uno también le da rabia, porque se le está hablando, le están diciendo las cosas y no. Parecen que hicieran las cosas porque sí, se es independiente y no. Mientras que vienen al hospital siempre hay que hacerles la reprensión “mira que lo que estás haciendo está mal, tú no tienes la edad para estar tomando, quien dijo que una niña para que se esté drogando, tú sabes que te puedes morir” eso, también las regaña, hay que regañar porque se siente uno como qué estás haciendo tu para que genere daño¹⁰².

Es algo triste cuando uno analiza las mujeres, su decaimiento, la experiencia del llanto de las mujeres, llorando, y es como ese mutismo, falta de diálogo de ellas hacia nosotros, pues también es incómodo para nosotros; es importante la ayuda de la psicóloga en el momento dado. Pero aparte de eso, las mujeres después empiezan con la confianza que uno les brinda

¹⁰⁰Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

¹⁰¹Enfermero jefe servicio de salud (EJSS4), 27 años, Sabana de Torres (Santander).

¹⁰²Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

a hablar, dialogar y contar que fue lo que paso, cuáles fueron las causas que la llevaron a ser agredida¹⁰³.

Por otro lado es notorio que los funcionarios(as) expresan sentimientos de tristeza y sensibilidad a los eventos de violencia sexual, sin embargo su respuesta no es afirmativa en términos de experiencias donde las mujeres acuden a los servicios de salud y justicia repetitivamente, pero no se cuestiona más, hasta que termina con desenlaces fatales como el caso de la enfermera de Barranca.

Pues hemos tenido casos de casos en cuanto la violencia, pero tengo un caso que me marcó mucho mi carrera y fue el caso de una paciente que su marido era un policía y ella sacó a los 5 de la mañana a sus hijos para que cogieran el transporte del colegio, el policía estaba escondido bajo unos árboles, la atacó brutalmente delante de sus hijos y la mató de 32 puñaladas; esa paciente vino aquí y yo creo que todas las violencias que hemos valorado en todo este transcurso de tiempo que llevó ella, me ha marcado mucho porque las autoridades, o nosotros, los entes competentes no pusimos la mayor atención en ella, porque ya tenía tres denuncias contra su esposo por maltrato, violencia y aun así terminó matándola¹⁰⁴.

Es triste ver que la gran mayoría de madres saben qué es lo que pasa y no le creen a los niños, eso es, pues, feo, incómodo, y yo creo que el sufrimiento de ver a la niña significa¹⁰⁵.

En uno de los discursos se puede evidenciar que existe una mayor sensibilidad de los funcionarios(as) a los casos de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, hay deuda con las mujeres, se pudieron identificar sentimientos de vacíos en la atención, relacionados con la falta de recurso humano especializado para atención en salud mental.

Los pensamientos de funcionarios(as) con relación al proceso de atención son comunes frente la ausencia de denuncias judiciales de las mujeres. Rescatan que las mujeres no denuncian por miedo y falta de conocimientos de sus derechos. En algunos relatos pareciera que los funcionarios pensarán en justificaciones frente a las violencias contra las mujeres, donde ellas son las protagonistas de que sucedan. Algo que llama la atención frente a estos comentarios, es que quienes lo perciben de esta manera son las enfermeras, lo cual hace que se predispongan en la atención de las mujeres víctimas.

La mujer año tras año ha venido siendo víctima de maltrato psíquico, social, económico y todo eso; siempre se ha tenido un escenario en que día a día la mujer ha estado sometida a

¹⁰³Enfermero jefe servicio de salud (EJSS4), 27 años, Sabana de Torres (Santander).

¹⁰⁴Enfermera Jefe servicio de salud (EJSS5), 30 años, Barrancabermeja (Santander).

¹⁰⁵Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS6), 28 Años, Barrancabermeja (Santander).

algún maltrato, algunas escenas, pero algunas de ellas tienen el protagonismo o son partícipes de que esos maltratos se sigan dando, porque tienen miedo de denunciar el caso que se presente. Es una institución de primer nivel, también hace que nosotros tengamos limitaciones en la prestación del servicio. Es una comunidad donde hay muchos abortos, todos los días nos llega una mujer: “es que tengo un dolor bajito”, no hay información, no hay educación¹⁰⁶.

También se encontraron convergencias relacionadas con los casos de violencia sexual que atendieron a niñas menores de 14 años, lo cual les llama la atención en términos de las alteraciones físicas y psicológicas que conllevan estos casos. A su vez los funcionarios(as) manifestaron pensamientos alrededor de las condiciones económicas de las víctimas y los traumatismos generados por la violencia sexual especialmente en las adolescentes.

En San Pablo casi no denuncian, cuando llegan maltratadas a veces se les entregan los medicamentos y se les dice que vengán para que pase la consulta con el médico legal y ellas no aparecen, denuncian muy pocos los casos de mujeres por el maltrato... Para las mujeres es muy delicado, traumático, sobre todo lo que crea en las menores de edad, es lo que he alcanzado a percibir. Hay menores de edad que vienen con esos casos que han sido repetitivamente, les daba miedo, ya a lo último de sentirse muy, acorraladas deciden hablar. San Pablo estuvo muy maltratado por la violencia de muchos grupos, pero las personas han sido fuertes y han salido a delante pero siempre ha existido maltrato de estos grupos armados, hay muchas víctimas¹⁰⁷.

Cuando hice mi año rural hacíamos los exámenes médico legales. Hay una cantidad considerable de abuso, violencia en cuanto a la mujer, sobre todo más hacia las menores de 14 años donde hay unos elementos significativos cuando se llevan estos casos...En contra totalmente de este tipo de actos, rechazo totalmente que se dé por la formación de las personas, el color¹⁰⁸.

Tanto en los municipios de San Pablo y Barrancabermeja los funcionarios(as) aceptan que la violencia sexual es una problemática social que afecta la salud de las mujeres, el número de casos de violencia sexual y física son frecuentes, aunque la violencia física demanda el mayor número de consultas en los servicios de salud. A partir de estas cifras los funcionarios ven la importancia de la formación y capacitación frente a la prevención de la violencia de género en los centros educativos.

Es un hecho que no debería darse pero en esta población donde estamos, el estrato socioeconómico como que influye más la necesidad de ser capacitados en el colegio. Acá

¹⁰⁶Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

¹⁰⁷Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS2), 52 años, San Pablo (Bolívar).

¹⁰⁸Médico (MD3), 24 años, San Pablo (Bolívar).

hay población muy vulnerable y se le han violado los derechos en este sector, pero nosotros estamos en una población donde el riesgo es máximo; día a día se atienden en promedio entre 3 y 4 casos de violencia por género, sea carnal violento, o agresión física. Agresión física vienen más, en mi turno llevamos en el año cuatro casos de violencia y en esos casos de violencia también está el menor de 14 años, que es otro tipo de violencia con otro agravante, con penetración. Vienen más niñas, pero también acuden los niños con manipulación¹⁰⁹.

Cuando las funcionarias manifiestan que las mujeres “consultan siempre por lo mismo” llama la atención que tengan entre tres o más consultas repetitivas en los servicios de urgencias por agresiones, y no se tomen las medidas pertinentes y eficaces en términos de la remisión de los casos a los sectores de justicia y protección. Lamentablemente uno de los casos que atendió una de las enfermeras terminó en un feminicidio que se hubiese podido evitar o prevenir con la aplicación adecuada y eficaz del protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

En general se puede concluir que las funcionarias(os) rechazan las violencias contra las mujeres y no toleran los eventos que se presentan, sin embargo quedan sensaciones sujetas a justificaciones y búsquedas de causas que no son afirmativas para las mujeres víctimas. Desde este aspecto se hace pertinente retratar las cuatro experiencias de esta investigación, las cuales se separan en la práctica de los pensamientos de las funcionarias(os) frente al proceso de atención.

Papel de los servicios de salud en la atención de violencia sexual

Las funcionarias(os) de los servicios de salud tienen visiones positivas de los servicios en los que trabajan, resaltando su quehacer y la oferta de servicios para brindar una buena y asertiva atención a las víctimas de violencia sexual. Sin embargo convergen algunos de sus relatos en relación con que no es suficiente el recurso humano. Para algunas falta formación y capacitación en el protocolo de atención y las normas, además es primordial que la aplicación del protocolo vincule tanto a profesionales como a técnicos. Las auxiliares de enfermería tienen un papel fundamental en el cuidado de las mujeres víctimas, y en la comunicación terapéutica que lleva a la empatía y asertividad de los procedimientos a realizar en los servicios de urgencias, que en la realidad de las mujeres muy poco o nada se aplica.

La verdad nos esmeramos mucho para que la atención sea de calidad y efectiva, con relación a lo del medicamento, si no está, tratamos de buscarle el medicamento. De pronto

¹⁰⁹Enfermera Jefe servicio de salud (EJSS5), 30 años, Barrancabermeja (Santander).

la EPS nos devuelva, pero la responsabilidad de nosotros es evitar complicaciones, tratar de brindarle toda la atención y el protocolo que se merece; si las muestras hay que enviarlas a otro lado, se hace, ellos mandan resultados y acá se establece la conducta a seguir, en un mes, dos meses¹¹⁰.

Acá tratamos de hacer lo mejor posible en el manejo de la atención de las víctimas de abuso sexual, pero igual, es un poco regular, consiste en la falta de preparación, conocimiento, es necesario conocer para identificar una urgencia vital por la falta de capacitación¹¹¹.

Es muy importante destacar los avances que se encontraron en Barrancabermeja que llevan a la minimización de la victimización de las mujeres con la entrega de las historias clínicas que agilizan los trámites en las entidades de justicia y protección, como se afirma: “No se le ponen traumas para que el proceso no lo realicen de una forma ineficaz, se les entrega copia, se les entrega la ficha y se facilita todo a los usuarios para que no tengan necesidad de devolverse”¹¹².

El reconocimiento de las funcionarias sobre las actitudes de violencia ejercidas por ellas y ellos en los servicios de salud, son otros puntos que abonan a la humanización de los servicios: “A mí me parece que en todo centro de salud debería haber una parte específica para eso, pues porque no todos tienen el tacto para tratar a las mujeres, debería ser como algo aparte”¹¹³.

Así pues, se puede concluir con lo importante que son los servicios de salud y más cuando las funcionarias(os) son conscientes de las debilidades que se tienen en la atención y proponen alternativas para la humanización de los servicios. Sin embargo, no está de más tener en cuenta las limitaciones estructurales del sistema de salud colombiano y los retos que el Estado debe tener en cuenta en materia de no repetición y reparación de las víctimas, más aún en contextos de conflicto.

El PDP siempre ha creído que el verdadero cambio de las instituciones comienza por la persona, las instituciones no son entes que tengan vida propia, en las instituciones estamos personas detrás de ellas o delante de ellas, detrás de un escritorio, de una atención médica de urgencias, son las personas quienes dan vida a las instituciones. En ese sentido el Programa ha favorecido a estos espacios de reflexión de los funcionarios(as) entorno a sus concepciones personales, género, equidad y las violencias. Se observa que los servicios de salud han estado en la región del Magdalena Medio digamos, un paso atrás de la

¹¹⁰Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

¹¹¹Enfermero jefe servicio de salud (EJSS4), 27 años, Sabana de Torres (Santander).

¹¹²Enfermera Jefe servicio de salud (EJSS5), 30 años, Barrancabermeja (Santander).

¹¹³Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS6), 28 Años, Barrancabermeja (Santander).

normatividad, los requerimientos que se les impone por ser puerta de entrada en muchas ocasiones para la atención de las víctimas de violencia sexual, ni la confidencialidad, ni la atención oportuna completa, integral, a la atención que es ajustada a la normatividad vigente, entonces de esa forma sí ha habido alguna desactualización de los procesos y el PDP lo que ha hecho es favorecer que nos pongamos en sintonía con la ley¹¹⁴.

Para efectos de la sensibilización de funcionarias(os) de salud el Programa de Desarrollo y Paz ha estado presente en la región con el propósito de sintonizar los procesos regionales con la normatividad nacional, siendo uno de sus procesos puntuales en temas de actualización y acompañamiento a rutas de atención de violencias de género, lo que hace un puente entre las realidades municipales y las estrategias nacionales de atención como el caso de la ley 1257/08 y los protocolos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Imaginario frente a víctimas de violencia sexual

Las construcciones sociales entorno a roles en la división sexual del trabajo y las asignaciones sociales y culturales del hecho de ser mujer, tienen atractivas significaciones desde cada uno de los perfiles de los funcionarios(as). Para ello, en la investigación se encontraron algunos conceptos sociales frente a las mujeres víctimas de violencia sexual, en las que se identifican discursos patriarcales, discriminatorios y de culpabilidad de las mujeres frente a los hechos de violencias vividos.

Afirmaciones que dan lugar a la duda y a considerar que las mujeres buscan ser víctimas de violencia sexual, son discursos frecuentes en las funcionarias(os) de salud: “hay mucho libertinaje”, “uno las ve en las calles a altas horas de la noche”¹¹⁵, “las mujeres son unas masoquistas que se acostumbran a que las golpeen”, “se vuelve una costumbre en ellas”¹¹⁶. Así pues es evidente la justificación de que este tipo de violencias pasen a las mujeres, no obstante, la influencia de la cultura de río influye para que se agudicen estos imaginarios en los profesionales de los servicios de salud.

Además dentro de los imaginarios que encierran a las funcionarias(os) en sus pensamientos sobre las mujeres víctimas de violencia sexual se encuentran la naturalidad de la concurrencia de las mujeres a los servicios de urgencias por eventos previos de violencia física. Si bien, las funcionarias por lo regular categorizan a las mujeres de “masoquistas”,

¹¹⁴Coordinador Proyecto Salud Sexual y Reproductiva Magdalena Medio (CPSSRMM7), 41 años, Barrancabermeja (Santander).

¹¹⁵Enfermera Jefe Servicio de Salud (EJSS1), 34 años, San Pablo (Bolívar).

¹¹⁶Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS6), 28 Años, Barrancabermeja (Santander).

atribuyendo que las mujeres se acostumbran a que sus compañeros las golpeen y no hacen nada, por condiciones económicas o por afectos vinculados a su pareja o compañero sentimental.

Pienso que somos permisivas porque si miramos muchos de los casos, estas mujeres que acuden al servicio por maltrato ya han venido varias veces por el mismo motivo de consulta, mi marido me pega, mi marido me golpea. Aun así, después de consultar cuatro veces, son las mismas pacientes que viven con los mismos maridos, o sea, se ve que es una población ya masoquista por así decirlo, acude siempre el mismo tipo de pacientes. Tengo que decirles que la mujer se deja golpear o maltratar hasta que ella lo quiera, esta población es muy asequible al maltrato, pero quien pone el tope de nuestra vida es uno, quien permite que alguien venga y lo maltrate es uno, como personas hay que tener opción de liderazgo y decir: no lo permito, no abuses, no me toques; uno lo da como mujer¹¹⁷.

Otro de los imaginarios frecuentes de las funcionarias(os) es la “costumbre” de las mujeres a ser maltratadas. En sus discursos se identifican justificaciones del maltrato de las mujeres, asociadas a la diferencia de la dependencia económica, al miedo que produce hablar y tratar los temas de violencias y más cuando los agresores son actores armados.

Creo que en todo lado se ha hecho campaña sobre eso, ya ellas saben que las protege cierta entidad, pero se vuelve una costumbre en las mujeres. La gran mayoría de las mujeres son mujeres masoquistas, uno muchas veces cree que es de pronto por miedo o que las mantiene el esposo y por eso ellas se dejan maltratar. Pero igual, personalmente yo creo que si usted se deja maltratar la primera vez, o sea, si usted lo permite, vuelve y va a seguir pasando¹¹⁸.

Además se identificaron asociaciones entre las construcciones sociales de los roles de las mujeres y su fuerte relación con los medios de comunicación, lo cual genera interpretaciones de los funcionarios conforme a las asignaciones culturales del ser mujer y aquellos estereotipos de violencia naturalizada en la región, como lo manifiesta uno de los profesionales del Programa de Desarrollo y Paz.

Además, pues los medios de comunicación han favorecido en sus programas o series, una visión que a la mujer la codifica, reduce a veces a un objeto sexual, hace que la mujer sea considerada algo que le pertenece al hombre, que debe estar al servicio de él. Destruye un poco el tema del respeto, la igualdad, la equidad, y por último las familias también tenemos una parte importante en la medida en que perpetuamos ciertos roles a fin de que los niños y las niñas se críen de forma diferente¹¹⁹.

¹¹⁷Enfermera Jefe servicio de salud (EJSS5), 30 años, Barrancabermeja (Santander).

¹¹⁸Auxiliar de enfermería servicio de salud (AESS6), 28 Años, Barrancabermeja (Santander).

¹¹⁹Coordinador Proyecto Salud Sexual y Reproductiva Magdalena Medio (CPSSRMM7), 41 años, Barrancabermeja (Santander).

Si bien, los imaginarios frente a las mujeres víctimas de violencia sexual no son muy positivos desde la perspectiva de las funcionarias(os) de salud, se puede establecer que sus pensamientos y actitudes son influenciadas por aquellos estereotipos patriarcales que justifican las violencias contra las mujeres. Se puede definir que algunas de las funcionarias son sensibles a las complejidades de la atención de violencia sexual y otras(os) buscan las causas de la violencia en la culpabilidad y el rechazo en los servicios de salud de la Región.

6.3. El papel de la Organización Femenina Popular en el acompañamiento a mujeres víctimas de violencia sexual

La OFP cumple un papel fundamental en el acompañamiento de mujeres víctimas de violencias, al dinamizar las luchas y resistencias con las instituciones que velan por la atención, seguridad y protección de las mujeres víctimas. De no ser por el acompañamiento de las lideresas y profesionales de la OFP, las mujeres partícipes de la investigación quizás no hubiesen sido atendidas en los servicios de salud.

La Organización trabaja en la reivindicación y garantía de los derechos humanos de las mujeres así como en la formación y capacitación. El propósito de este ítem es conocer su papel en la garantía del derecho a la salud.

6.3.1. Caracterización sociodemográfica de coordinadoras y gestoras sociales de la OFP

En el Cuadro 6 se describen las características sociodemográficas de coordinadoras locales, regionales y gestoras sociales que acompañan a las mujeres víctimas de violencia sexual en la exigibilidad de sus derechos en el Magdalena Medio.

Cuadro 4: Caracterización sociodemográfica de coordinadoras y gestoras sociales de la OFP en tres municipios del Magdalena Medio.¹²⁰

| Entrevistada | Municipio | Edad | Ciudad de Origen | Estado Civil | Profesión/ Nivel de estudios | Rol con la OFP | Años de vinculación con la OFP |
|--------------|------------------|---------|------------------|--------------|----------------------------------|--|--------------------------------|
| ACOFPSP1 | San Pablo | 51 años | San Pablo | Casada | Licenciada en ciencias naturales | Apoya la coordinación local en el municipio. Realiza acompañamiento y formación en derechos humanos a las mujeres de San Pablo | 20 años |
| COFOFP2 | San Pablo | 51 años | San Pablo | Soltera | Bachillerato | Coordinadora del municipio en el proceso de reparación colectiva de la Unidad de Víctimas | 13 años |
| COFPBAR3 | Barrancabermeja | 55 años | Barrancabermeja | Casada | Técnicos | Gestora social de las comunas nororientales de Barrancabermeja. Acompaña a las mujeres en la protección de derechos humanos | 30 años |
| COFPMM4 | Barrancabermeja | 46 años | Bogotá | Casada | Licenciada en ciencias sociales | Coordinadora regional de la OFP, promotora de salud. Acompaña a las mujeres en la garantía de sus derechos y víctimas de violencias. | 26 años |
| AOFPM5 | Barrancabermeja | 27 años | Bucaramanga | Unión Libre | Abogada | Acompañamiento de procesos jurídicos de las mujeres de la Región. | 3 años |
| COFPST6 | Sabana de Torres | 29 años | Puerto Wilches | Unión Libre | Bachillerato | Líder en el municipio quien acompaña a las mujeres en la garantía de sus derechos. | 1 año |

Las funciones de las coordinadoras municipales y regionales se centran en el acompañamiento de las mujeres en procesos productivos, procesos judiciales y reivindicación de derechos. Así, históricamente, la Organización ha tenido un reconocimiento en la región y a nivel nacional e internacional por sus apuestas por la paz, el protagonismo de las mujeres en la sociedad y la transformación del conflicto del país con acciones pacíficas y contundentes, las reconoce como actoras políticas claves en la Región.

¹²⁰Las siglas de las entrevistadas hacen referencia a sus cargos dentro de la OFP:

- Apoyo a la coordinación OFP San Pablo (Bolívar) (ACOFPSP1), 51 años.
- Coordinadora OFP San Pablo (Bolívar) (COFOFP2), 51 años.
- Coordinadora OFP Barrancabermeja (Santander) (COFPBAR3), 55 años.
- Coordinadora OFP Magdalena Medio (COFPMM4), 46 años.
- Abogada OFP Magdalena Medio (AOFPM5), 27 años.
- Coordinadora OFP Sabana de Torres (Santander) (COFPST6), 29 años.

6.3.2. Provisión de servicios a mujeres víctimas de violencia sexual

Esta categoría contempla las acciones que las mujeres de la OFP realizan en torno al derecho a la salud. Así pues, se contemplan dos subcategorías: el acompañamiento para la garantía del derecho a la salud y la percepción sobre la ruta de atención a víctimas de violencia sexual en los servicios de salud.

Las mujeres de la OFP definen el acompañamiento de las mujeres bajo tres criterios, uno de ellos es el judicial, psicosocial y el vivir con ellas los procesos de atención en salud y justicia. Una de las particularidades que tiene la OFP son los principios de civilidad y autonomía que la identifican como organización, además de llevar el sello del origen del conflicto armado en la región y todo el reconocimiento dentro de la defensa de los derechos humanos especialmente de las mujeres.

En sus discursos se evidencian las dificultades y las luchas con la institucionalidad que generan su acompañamiento, en este caso en especial con los servicios de salud. Además de cómo se fortalecen con el componente jurídico, para garantizar sus derechos así como los derechos de petición y acciones de tutela.

Esos casos siempre contamos con una abogada, accedemos a la tutela, los derechos de petición. Yo he favorecido denunciar en este aspecto porque tengo algo permanente de salud y un derecho de petición me salvó, hoy vengo de la secretaría de salud donde me han preguntado qué pasó con el derecho de petición que puse hace dos años. Me han resuelto esa inquietud que tenía hoy; ya hay como un interés que se resalta de estas entidades porque nosotras estamos reclamando un derecho, con tantas dificultades que hay, hoy me están respondiendo, pero me están respondiendo porque hice un derecho de petición¹²¹.

Queda claro el objetivo del acompañamiento de la OFP en términos de acoger a las mujeres y realizar un trabajo fuerte en la creación de conciencia de las mujeres frente a que nada justifica la violencia contra las mujeres y por lo tanto las víctimas no tienen la culpa, que es algo particular que se repite en los escenarios de salud. La sensibilidad y la responsabilidad con que se acompaña a las mujeres es notoria en sus discursos: “Nosotras vamos a la casa, las escuchamos, planificamos que se necesita”¹²², y actúan conforme a la dignificación del ser mujer desde el sistema jurídico para lograr atención en salud.

¹²¹Coordinadora OFP Barrancabermeja (Santander) (COFPBAR3), 55 años.

¹²²Abogada OFP Magdalena Medio (AOFPM5), 27 años.

En sus narrativas reflejan la brecha entre “normas de papel” y las realidades en los municipios, donde ser mujer víctima de violencia sexual reduce oportunidades de buen nombre y dignidad; por lo tanto impide el acceso a los sistemas de salud y judicial. También se refleja las formas de exigir los derechos de las mujeres y una de ellas es que nunca están solas, trabajan en equipo y reclaman la atención prioritaria para las mujeres víctimas.

Acciones realizadas con las mujeres sobre el derecho a la salud

La OFP tiene actividades directamente relacionadas con el derecho a la salud, partiendo de un enfoque diferencial, la recuperación de la medicina ancestral y durante algunos años provisión de servicios de ginecología, obstetricia, odontología y psicología en la Casa de la Mujer de Torcoroma (Barrancabermeja). A su vez la Organización mantiene un trabajo activo en la conmemoración de fechas significativas sobre los derechos de las mujeres como el 8 de marzo y el 28 de mayo día internacional de acción por la salud de las mujeres.

En los relatos de las lideresas, las acciones concretas desde hace unos años se basan en la detección temprana de cáncer de cuello uterino y de mama. Con una oferta de servicios amplia en estas dos alteraciones de salud, que llegó hasta las mujeres de zonas rurales de la Región.

A comienzo veníamos haciendo una campaña anual, ahora con todo el problema de recursos que hemos vivido, tenemos como dos años que no la hacemos, nada más estamos en el acompañamiento acá en el hospital, les suministramos transporte, a veces son remitidas, pero no tienen cómo costear el transporte... Cuando se han presentado, se acompañan para que acudan a estancias legales para hacer las denuncias, estar ahí pendiente de hacerle este seguimiento, que si necesita de un jurídico también se utiliza, que si necesita de algún acompañamiento psicosocial, la Organización también se los ubica, siempre ha contado con una psicóloga y las apoyamos en esto que la compañera está reclamando se le cumpla, aquí es difícil¹²³.

Para el año 2000 – 2001 tuvimos todos los servicios de ginecobstetricia, medicina general, odontología, toda la parte de psicología acá en la Casa de la Mujer, permanentemente aquí tenían atención todos los días y era facilitando a las mujeres que no tenían acceso a la salud. En ese tiempo existía lo de los carnets, estaban carnetizando, pero no bastaba con tener el carnet porque el sistema no hacía la garantía del derecho. Se tuvo esa área de salud donde cada año se atendían entre quinientas y seiscientas personas que venían de diferentes

¹²³Coordinadora OFP San Pablo (Bolívar) (COFPSP2), 51 años.

veredas, municipios; se hacían campañas de citologías que venían entre 500 y 600 mujeres y a través de eso todo su acompañamiento al tratamiento. Hicimos muchísimas campañas de autoexamen de seno también, entonces en esto nos hemos apoyado en entidades como la Cruz Roja, la Universidad de la Paz, el hospital, en su momento¹²⁴.

Las acciones en salud que realiza la OFP se originan a partir de barreras que las mujeres tenían con el sistema de salud, como la falta de carnetización y el no aseguramiento, como se resalta en la narrativa de la coordinadora regional. “En ese tiempo existía lo de los carnets, estaban carnetizando pero no bastaba con tener el carnet porque el sistema no hacía la garantía del derecho”, es el génesis para que se diera el trabajo por el derecho a la salud en la OFP.

Llama la atención cómo la figura de la OFP tiende a leerse como si la organización supliera las funciones del Estado, con afirmaciones como: “le suministramos transporte, a veces son remitidas pero no tienen como costear el transporte”. Demuestra aquellas funciones y responsabilidades que el Estado y las Empresas Promotoras de Salud deben garantizar a las mujeres en el desarrollo pleno de su salud, si bien, las mujeres que acompaña la OFP son de recursos económicos escasos, es muy difícil que ellas puedan velar por su bienestar sin las mínimas disposiciones para alcanzar en su totalidad sus tratamientos.

El acompañamiento jurídico para garantizar el derecho a la salud es constante dentro de las narrativas de las lideresas, sin embargo generan situaciones de desilusión y no credibilidad en los servicios de salud frente a la tramitología a realizar y los tiempos de espera de las tutelas y derechos de petición que se han realizado en los municipios.

En el caso específico de violencia sexual la OFP maneja una ruta interna con las coordinadoras y gestoras municipales de la Organización, la cual busca acompañar psicosocial y jurídicamente los procesos relacionadas con la atención en instituciones de salud y la judicialización de los agresores, además de respetar y salvaguardar las identidades de las mujeres y su confidencialidad.

Nosotras somos promotoras de llevar inquietudes, las leyes, los esquemas, acompañar, hacer la diligencia, que la atiendan, que ella tiene derecho. Llamamos la ruta de seguimiento. La escuchamos, llamamos a la policía, luego vamos a la comisaria, la fiscalía y se hace el trámite legal a la situación, hasta ahí yo he podido llegar para acompañar a la chica... Los casos de violencias sexuales a nosotras no nos gusta publicarlos porque son

¹²⁴Coordinadora OFP Magdalena Medio (COFPMM4), 46 años.

casos muy internos, responsablemente manejados, porque si la persona quiere o no que se maneje la situación, respetamos mucho y si nos dan el poder de hacerlo, lo hacemos con mucha cautela y respeto¹²⁵.

6.3.3. Conocimientos y creencias sobre el origen de la violencia sexual

Esta categoría contó con las narrativas de las mujeres frente a sus creencias y significaciones del origen de la violencia sexual contra las mujeres, siendo una fuente de información esencial desde la dinámica de reivindicación de las mujeres de la región y del reconocimiento de su perfil como mujeres organizadas entorno a la prevención de violencias contra las mujeres y apuestas de espacios equitativos en el Magdalena Medio.

La influencia de los actores armados, particularmente los paramilitares tiene formas de intimidación y control de territorio que promueven las violencias contra las mujeres. “La presencia también de los actores armados que han tenido que ver mucho en ello, porque de una u otra manera ellos siempre se creen dueños de todo el mundo y hay cantidad de violencias de las mujeres que quedan en la impunidad”¹²⁶.

Las mujeres de la OFP definitivamente ilustran el panorama de la realidad de las mujeres del Magdalena Medio con cada una de sus narrativas, cada una tiene una forma de ver el origen de la violencia sexual contra las mujeres y llama la atención la sensibilidad y la proximidad con el dolor de las víctimas desde su rol de acompañantes. Particularmente afirmaciones como: “Una violación sexual va mucho más allá de cualquier otra violación a nivel moral, personal, bueno, va contra todo, además carcome emocionalmente, porque, aparte de que hay una sociedad que me señala como la víctima de violación sexual, está también una familia, su dignidad como mujer, la pérdida de su hogar”¹²⁷. Quizás con este “sentirse con las víctimas” se logran puentes y canales de esperanza para la resistencia a un sistema de gobierno nacional que pareciera ausente en los municipios.

Para ello es elemental y coherente el discurso de la coordinadora regional de la OFP quien establece que las VCM es originada de una tradición o una herencia cultural que va de generación en generación, pero además sustenta el papel de las mujeres para la eliminación de las violencias, partiendo del reconocimiento de aquella violencia estructural que vive

¹²⁵Coordinadora OFP Barrancabermeja (Santander) (COFPBAR3), 55 años.

¹²⁶Coordinadora OFP San Pablo (Bolívar) (COFPSP2), 51 años.

¹²⁷Coordinadora OFP Barrancabermeja (Santander) (COFPBAR3), 55 años.

Colombia: “Tiene muchas matices desde lo cultural, la misma violencia estructural que hay, la negación de derechos; por eso, para nosotras hablar hoy de paz, es una construcción que va más allá de que se acallen los fusiles, tiene que ir a una construcción de una vida digna, acabar la violencia estructural, pocas oportunidades que las mujeres hay en acceder derechos: una vida digna, un trabajo digno”¹²⁸.

Por otro lado es frecuente, y converge dentro de las narrativas de las lideresas, atribuir como uno de los determinantes para que se originen las violencias contra las mujeres el machismo y la cultura patriarcal y absolutista de lo masculino con afirmaciones finas y profundas como: “Somos víctimas del patriarcado”¹²⁹, lo cual resume y cubre los fundamentos de la OFP dentro de sus discursos con perspectiva de género.

6.3.4. Percepciones sobre la ruta de atención de mujeres víctimas de violencia sexual

Sobresalen debilidades en torno a las ofertas de servicios de los hospitales, como la falta de actitud y barreras estructurales propias de los primeros niveles de atención que limita el acceso a los servicios, a pesar de que el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual está destinado a todos los niveles de baja, mediana o alta complejidad.

Acá siempre tienen una excusa y ellos dicen: no podemos hacer más nada porque nosotros somos un hospital de primer nivel, nosotros sólo manejamos lo de prevención y cositas así, hay casos que se nos salen de las manos, no hay los especialistas, eso sí, ponen una cantidad de trabas. Eso, si en caso de salud no hay un psicólogo que le pueda prestar una atención a las mujeres, que le haga seguimiento a las mujeres¹³⁰.

Sabemos que hay unas instituciones, unas directrices que nos han dicho que allí podemos reclamar lo que nos pertenece, que en ese caso, el derecho a la salud. A nosotras nos ha tocado pelearlo, discutirlo y hacerlo valer. Cuando más las mujeres de nuestra comunidad necesitan de ese servicio, son negados y en muchas ocasiones la negación de esos servicios nos ha conllevado a vivir muchos dolores¹³¹

Además las demoras en la atención por ausencia de recurso humano o falta de capacitación y formación en protocolos de violencia sexual que entorpecen los

¹²⁸Coordinadora OFP Magdalena Medio (COFPMM4), 46 años.

¹²⁹Abogada OFP Magdalena Medio (AOFPM5), 27 años.

¹³⁰Coordinadora OFP San Pablo (Bolívar) (COFPSP2), 51 años.

¹³¹Coordinadora OFP Barrancabermeja (Santander) (COFPBAR3), 55 años.

procesos de judicialización de los agresores, alimenta la impunidad y no se garantiza la no repetición de este tipo de hechos.

Las narraciones de las funcionarias de la OFP no sólo encuentran debilidades en el sector salud; los sectores de justicia y protección también tienen debilidades en cuanto a la garantía de atención integral a las víctimas, resaltando la falta de prioridad de los casos, los equipos de comisaría de familia incompletos, sin profesional de psicología, lo cual es usado como justificación para evitar la atención y dejar los casos sin el respectivo proceso judicial y psicosocial.

Llegan las mujeres con la denuncia y parece que no pasara nada porque ahí se quedan, de la señora fulana que va, y muchas veces nos toman el pelo también. Si es un caso de violencia empieza el comisario: “pero es que ahorita no tengo el psicólogo”, y eso es una esperadera para que atienda el psicólogo. Al rato el caso es remitido a la fiscalía, y ahí muere, porque no tiene continuidad el proceso, y eso que es uno ahí insistiendo, pero no vemos que eso avance¹³².

Con ellas vamos a la policía, de la policía nos mandan a la fiscalía, de la fiscalía nos mandan a hacer el examen al hospital, de ahí nos mandan otra vez para fiscalía, y ahí nos acompaña la policía con la chica que fue víctima a la fiscalía, y el caso queda archivado en la comisaría de familia¹³³.

Por otra parte las lideresas reconocen los avances en materia de normatividad y los protocolos de atención emitidos por los Ministerios. A pesar de ello es evidente la falta de claridad en las prácticas de atención, visibles en acciones y lenguajes re-victimizantes para las mujeres, donde no se cumple la prioridad establecida en las normas, la confidencialidad y los funcionarios(as) de salud manejan expresiones violentas que agudizan la mala calidad de la atención en los servicios.

Uno se preocupa cuando ve este tipo de profesionales en los centros de salud o en las entidades, repitiendo, re-victimizando. Eso no lo entiendo, porque es un retroceso. En la actualidad se presentan este tipo de situaciones, es muy complicado... Hablan entre ellos, se busca a la enfermera y el médico, unas expresiones de un médico de que tiene un chicharrón porque tiene una mujer que ha sido abusada sexualmente, es muy agresivo para una mujer que está ahí en medio de la atención. Ese tipo de actitudes no ayudan a construir confianza, a tejer para que se vaya cambiando realmente esta situación¹³⁴.

¹³²Coordinadora OFP San Pablo (Bolívar) (COFPSP2), 51 años.

¹³³Coordinadora OFP Sabana de Torres (Santander) (COFPST6), 29 años.

¹³⁴Coordinadora OFP Magdalena Medio (COFPMM4), 46 años.

Adicionalmente, cuando las mujeres acuden a las entidades de justicia se encuentran también con barreras actitudinales que vulneran sus derechos a la intimidad con términos de los cuestionarios de los detectives, los cuales están cargados de morbo y curiosidad.

Con ese mismo caso vivimos una actitud con un funcionario de la SIJIN que ese día fue quien empezó a recoger la denuncia. Se vieron dos cosas muy difíciles y muy fuertes que empezó a tocar a discutir con este funcionario, una fue que tenía una camiseta en ese momento que tenía un pene que decía: “No sea pene porque se lo chupan” y con esta camiseta estaba atendiendo a una mujer que había sido violada. Pero lo otro era la expresión, o sea la forma en que preguntaba: ¿y él que más te hizo? Ella respondía, me penetró por atrás, él pero, ¿te penetró cómo? O sea cada vez que ella decía, le hizo hacer como muecas, muéstreme¹³⁵.

Finalmente, preocupa a las lideresas, en la atención de aquellas mujeres que no tienen el acompañamiento de la Organización, teniendo en cuenta que las mujeres en su mayoría desconocen qué debe hacer el hospital en caso de violencia sexual.

Experiencias de acompañamiento

Las experiencias de acompañamiento vienen permeadas por sentimientos y pensamientos que son propios de cada una de las coordinadoras y gestoras sociales. Lo común son los sentimientos de frustración, tristeza, ira, impotencia y persistencia.

Cuando llegamos, ellas aparecen como a las 5 de la tarde, esperando todo el día, buscándolas, y las llevamos al hospital de San Pablo. Había una médica atendiendo. Aparte de que no tenía nada para los exámenes, ni las pruebas, ni la pastilla, nos tocó salir a comprar unas y todo este tipo de cosas, la actitud de esta médica atendiendo a la mujer con la que yo llegué era una actitud de asco, de no te toco, hueles a feo, “pero es que estás pasada”. Le había llegado ese día el período (a una de las mujeres). Todo el día arrastrada en el monte, era una niña que lógicamente no podía estar oliendo bueno a esa hora, y esa actitud de esa médica con tanto reproche: “ustedes qué estaban haciendo por allá, no tenían que ir a buscar nada por allá”, esa actitud de reproche de la médica, pues no... Y la médica: “es que sólo a ustedes se le ocurre irse por allá”. Ni siquiera la quería tocar para valorarla, lo que hizo fue quitarle la ropa, y “bote esto a la basura, que esto huele a feo, me está contaminando el consultorio”. O sea, una actitud tan dolorosa y de tanta frustración de toda una profesional, y más, de ser mujer¹³⁶.

¹³⁵Ídem

¹³⁶Coordinadora OFP Magdalena Medio (COFPMM4), 46 años.

La falta de credibilidad en las mujeres complejiza los procedimientos y el seguimiento de los casos, generando las percepciones de que en la Región realmente no pasa nada con estas situaciones. De allí el papel de la Organización en la sensibilización de los funcionarios en atención diferencial.

Hay frustración cuando los servicios no responden a las expectativas de las mujeres, a pesar de que una las profesionales de la OFP ha sido participe de la formulación de los protocolos de atención del Ministerio en violencia sexual, pero no se aterriza a las realidades municipales. No está de más resaltar que muchas de las víctimas no son escolarizadas, Tienen recursos económicos bajos y son mujeres, lo que representa en el país minusvalía y subordinación, a pesar de las políticas estatales en equidad de género.

Pues a mí me da mucha tristeza. He estado en dos procesos de formulación del protocolo a víctimas en salud del Ministerio. Hay demasiada brecha, siento que la brecha es demasiado amplia en lo que pasa en la nación y lo que pasa en los municipios. Pero claro, entiendo que hay problemas estructurales, el caso del sistema de salud; también es cierto cuando se habla de los roles de género, la asignación y se atiende de mejor forma a quienes tienen condiciones económicas. Todo el tema para las condiciones de ser mujer, víctima de violencia sexual... Frustración, preocupación – impotencia¹³⁷.

Visiones sobre la ruta de atención en servicios de salud

Las acompañantes de las mujeres víctimas de violencia sexual, coinciden en sus relatos en la percepción que los servicios de atención ofrecen un mal servicio y es un espacio de vulneración de los derechos de las mujeres. Teniendo en cuenta los cuatro casos de la investigación, se evidenció que el lenguaje violento de los funcionarios(as) de salud impide la creación de lazos de confianza terapéutica. Se observa además la preocupación sobre las profesionales o funcionarias mujeres que se expresan despectivamente de las víctimas y tienen actos humillantes y discriminatorios.

Dentro del sistema de salud, realmente muy precario, inexistente. O sea, como por decir algo, una asistencia que se debe cumplir. Uno realmente lo siente inhumano. No hay la acogida, ni la atención adecuada a las mujeres que han tenido que vivir este tipo de hechos, y por el contrario va, encuentra uno profesionales donde ni revisan la situación y a las mismas mujeres. Entonces es muy preocupante, porque se avanza en leyes y se avanza en otras cosas, pues uno ve que al personal que le corresponde servir a esas leyes o avances, uno ve que no se forman, no les interesa o no lo acogen. No hay espacio del Estado en el hospitalito. En el mismo hospital, medicina legal, uno no encuentra una atención, una

¹³⁷Abogada OFP Magdalena Medio (AOFPM5), 27 años.

actitud adecuada, sobre todo eso, una actitud adecuada del profesional ante una mujer que acaba de vivir una situación de abuso sexual. Realmente es una actitud de negligencia, descuido, re-victimizar o de condena también, “¿por qué ella se metió en esto? Quien sabe qué estaba haciendo”. Hacen un juzgamiento automáticamente sobre la mujer así no lo diga, su expresión y la actitud, así no lo diga, uno siente que cuando le hacen las pruebas y el acercamiento de la mujer, y uno es consciente que dicen ahora me tocó a mí esto¹³⁸.

Existen además dentro de los servicios de urgencia expresiones por los funcionarios(as) que atienden los casos de violencia sexual que producen incomodidad a las víctimas y desconciertan a las mujeres de la OFP, por la falta de confidencialidad y de respeto que merecen las víctimas. Son evidentes también prejuicios frente a la violencia conyugal que no se reconoce, y no se definen como violencia sexual los casos de acceso carnal violento por parte del compañero sentimental.

Los trabajadores de las instituciones tienen una concepción, es que estos casos... y a mí precisamente me han tocado escuchar “Pero qué nos vamos a poner con eso, si hoy pelea y mañana están juntos”. Muchas veces tienen el descaro de decirles a las señoras: si usted se va a separar, venga y ponga la denuncia... Entonces, pues, la mujer tiene que aguantarse ahí, porque cómo le va a decir de separarse. Para ellos no tienen razón de que las señoras pongan la denuncia, y a los casos no les prestan atención, es que ellos mismos lo dicen¹³⁹.

Aparte de la mala atención y los malos tratos se perciben comportamientos de funcionarios(as) de salud y justicia determinados por prejuicios frente a las mujeres, que justifican la negación de la atención porque, para ellos y ellas, son conflictos pasionales donde la mujer termina perdonando y regresando con su compañero.

¹³⁸Coordinadora OFP Magdalena Medio (COFPMM4), 46 años.

¹³⁹Coordinadora OFP San Pablo (Bolívar) (COFPSP2), 51 años.

6.4. Reflexiones sobre los hallazgos a la luz de la perspectiva de género frente a la atención de mujeres víctimas de violencia sexual en servicios de salud del Magdalena Medio

Sin duda alguna para una lectura sobre la violencia sexual contra las mujeres y el proceso de atención en los servicios de salud es indispensable quitarse los lentes sin color y ponerse los lentes de color violenta. Desde esta perspectiva es posible reflexionar desde una visión crítica y reivindicadora sobre las diversas situaciones que las mujeres víctimas de violencia sexual de este estudio vivieron en los servicios de salud y sobre la oferta misma de atención de primer nivel de los municipios de San Pablo, Sabana de Torres y Barrancabermeja.

Los relatos de las víctimas fueron explícitos sobre la injusticia y los malos tratos, por parte de funcionarios y funcionarias, con estereotipos fuertemente marcados por la cultura patriarcal que regula, naturaliza y acepta las violencias contra las mujeres. Esta violencia institucional, se corrobora con las percepciones de los mismos funcionarios(as) y sus imaginarios sobre la violencia sexual. Explícitamente se identificó por parte de las mujeres funcionarias de los servicios reproches y justificaciones denigrantes que conducen a que las víctimas sean culpabilizadas por los hechos de violencia de los cuales fueron sobrevivientes.

Desde una perspectiva de género, es preciso anotar que las prácticas culturales y sociales que caracterizan la región del Magdalena Medio, divide sexualmente los roles de mujeres y hombres; legitimando naturalmente, inconscientemente, históricamente, el control de los hombres sobre las mujeres, abriendo reflexiones específicas entorno a las relaciones de poder no solo entre hombres y mujeres, sino entre las mismas mujeres que son hijas de una cultura machista y tolerante frente a la violencia sexual.

La objetivación y biologización del ser mujer reducida al cuerpo como objeto de deseo y deseo para los hombres, es otra de las reflexiones que suscita la problemática social de las violencias contra las mujeres. Es clara la forma de proceder de paramilitares en el Magdalena Medio, en la que los hombres son los que ejecutan y efectúan toda clase de agresiones y se instrumentaliza a las mujeres dentro de sus disputas territoriales, lo que impide el desarrollo vital de las mujeres y el goce efectivo de sus derechos.

Las prácticas en los servicios de salud replican el sistema del patriarcado, y aunque funcionarios(as) puedan ser sensibles al tema, terminan buscando respuestas, causas y justificaciones a este tipo de violencias. Por ello es frecuente encontrar en sus relatos que reprenden, enjuician y culpabilizan a las mujeres.

Tres aspectos resaltados por Lagarde (2012), pueden aportar a las reflexiones en torno a las brechas de género en la atención en servicios de salud. El primero es la misoginia, que relaciona todo lo que tiene que ver con las mujeres como inferior, subordinado y sumiso, siendo características comunes en las percepciones de mujeres víctimas, funcionarios(as) de servicios de salud y las lideresas de la Organización de mujeres. En segundo lugar, el patriarcado, entendido como aquel legado cultural del que las mujeres son las principales víctimas, sometidas a estructuras patriarcales severas que impide un cambio de visiones con respecto al empoderamiento y las movilizaciones sociales para la exigibilidad de derechos fundamentales, en este caso la salud. El tercero, el androcentrismo, que reduce la importancia de los problemas de las mujeres, de allí la falta de prioridad en la atención a la violencia sexual; exalta las funciones masculinas y centra el cuidado de los seres humanos en cuerpos masculinos, lo cual impide y reduce la apertura de los servicios de salud a realizar una atención integral y diferenciada de la salud de las mujeres.

En otras palabras, las experiencias de las mujeres víctimas de violencia sexual en los servicios de salud relatadas en este trabajo, son testimonios frente a las formas más relevantes de sexismo como el machismo y la misoginia, y el sexismo patriarcal basado en el androcentrismo. La mentalidad androcéntrica refuerza valorativamente y apoya socialmente que los hombres y lo masculino son superiores, mejores, más adecuados, más capaces y más útiles que las mujeres. Por ello, es legítimo que manejen el monopolio del poder, dominio y violencia.

Es claro que las prácticas de los servicios de salud que naturalizan la violencia sexual contra las mujeres y son en sí mismas violentas son actos misóginos porque se hostiliza, se agrede y se somete a las mujeres en procedimientos sin información, sin consentimiento y sin lectura de resultados de los exámenes médico legales o cuando se les niega la atención haciendo uso de la legitimidad patriarcal.

A pesar de que el panorama de la atención de la violencia sexual en los servicios de salud del Magdalena Medio no es prometedor, tampoco se pueden desconocer los intentos que realiza el Estado en términos de la formulación de normas y protocolos para la atención que hace énfasis en la importancia de la sensibilidad requerida de los profesionales. Las normas pueden tener un discurso y un enfoque de género y diferencial, pero en la práctica se siguen legitimando las violencias contra las mujeres y la atención no es efectiva, y se sigue discriminando a las mujeres por el hecho de ser mujeres, y más si son de recursos económicos bajos y campesinas.

Características como el ser mujeres, campesinas y pobres, vista desde el dolor y la frustración de las mujeres víctimas y tanto de la OFP en su acompañamiento, son situaciones a las que el Estado no puede dar la espalda. La unión de las mujeres y su movilización social para soñar con un entorno más equitativo y sensible en temas de salud, son aquellas estrategias que impulsan el cambio y cierran las brechas por cuestiones de género, etnia y clase social. Los sistemas de salud y los profesionales pueden ser actores de cambio si privilegian la igualdad de roles entre mujeres y hombres, y se direcciona la atención en pro del bienestar de las mujeres y la garantía del derecho a la salud.

7. **Discusión**

Retomando el horizonte general de la investigación y aproximándose a los hallazgos, esta sección tiene como objetivo integrar los aspectos más relevantes del análisis del proceso de atención en salud como estrategia para la garantía del derecho a la salud establecido en las normas, de mujeres víctimas de violencia sexual, acompañadas por la Organización Femenina Popular (OFP) en tres municipios del Magdalena Medio.

Para ello se contó con los testimonios y narrativas de mujeres víctimas de violencia sexual, funcionarios(as) de servicios de urgencias de hospitales regionales o centros de salud y las lideresas de la OFP en los municipios de Sabana de Torres, Barrancabermeja y San Pablo. Cada fuente compartió sus experiencias y percepciones sobre tres categorías centrales de análisis: provisión de servicios, conocimientos en torno a rutas de atención y derechos humanos de las mujeres, y percepciones sobre la experiencia de atención.

Para efectos de la discusión es preciso tener en cuenta que uno de los puntos centrales de esta investigación es el proceso de atención de violencia sexual como estrategia de garantía del derecho a la salud de las mujeres. Si bien a nivel nacional se expidieron leyes y protocolos de prevención de violencias contra las mujeres, es necesario retroceder en el tiempo hasta la formulación de la ley 1257 de 2008 “Por el derecho de las mujeres por una vida libre de violencias”, la cual dicta normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencias y discriminación contra las mujeres. El decreto 2734 de 2012 reglamenta las medidas de atención en los servicios de salud con el artículo 19, literales a y b, el papel de las Empresas Promotoras de Salud, las Secretarías Municipales de Salud o Direcciones Locales de Salud frente al financiamiento y recursos establecidos en los protocolos del ministerio.

Además con la expedición del Modelo de Atención a víctimas de violencia sexual del Ministerio de Salud y UNFPA, se especifican los pasos a seguir, procesos y procedimientos a realizar en la atención de urgencias de los eventos de violencia sexual que se presenten en el país. El modelo cuenta con consideraciones y recomendaciones claras frente a la atención diferencial y con perspectiva de género en los servicios de baja, media y alta complejidad de atención.

No obstante, de cara a la realidad de las mujeres, se encuentra un distanciamiento total de lo establecido en las normas y lo que se realiza en la práctica de los servicios de salud en la atención de los casos de violencia sexual. Es preciso considerar que los casos de San Pablo ocurrieron en el año 2009 y los de Sabana de Torres en el 2014. En los primeros podría justificarse que las mujeres no recibieron una adecuada atención en salud porque no se

había reglamentado la ley 1257 ni se había expedido el protocolo del Ministerio, a pesar de ello desde el 2000 se expidió la guía de atención de la mujer maltratada (Resolución 412). Sin embargo, en los casos de Sabana de Torres la falta de respuesta sectorial ocurre a expensas de la normatividad vigente.

En las narraciones hubo convergencias y divergencias. Frente a la provisión de servicios de salud, por ejemplo, los relatos de las víctimas fueron coincidentes con la experiencia de las representantes de la OFP que las acompañaron: en uno de los casos negaron la atención y en los otros tres no se completó fielmente el protocolo de la ruta de atención en los servicios de urgencias.

Se encontraron barreras para la atención desde los servicios: falta de información sobre procedimientos a realizar y explicación de los mismos a las mujeres; funcionarias(os) no informaron adecuadamente el para qué de los exámenes médico legales y la aplicación de los kits post-exposición de violencia sexual. Frente a los kits de emergencia se evidenció que los centros de salud no contaban con ellos, y quien suministró como mínimo los medicamentos anticonceptivos fue la OFP. Es por ello que la percepción sobre los resultados de los procesos de atención de las mujeres no fue positivas, y a los ya difíciles sentimientos de dolor e impotencia por el hecho violento y sus efectos físicos y mentales, se suma la frustración de la inasistencia e ineficiencia de los servicios de salud.

La versión de los servicios de salud es bien distinta. Funcionarias(os) manifestaron en sus discursos la realización ordenada y completa del protocolo de atención de violencia sexual, y de hecho se constató la fluidez y los conocimientos prácticos de la ruta de atención, especialmente por parte de las enfermeras jefe de los servicios de urgencias. Aun así, se reconoció que existen barreras estructurales del sistema de salud que impiden la prestación integral de un servicio, tales como: la ausencia de médicos forenses para la realización de los exámenes médico legales y la cadena de custodia; falta de profesionales de salud mental para cumplir con el componente previsto en los protocolos (de hecho en los municipios el profesional de psicología se encuentra en servicio con las comisarías de familia y los servicios de salud no tienen directamente la atención en salud mental) kits de emergencia con los medicamentos y pruebas rápidas de profilaxis incompletos, e incumplimiento de las aseguradoras en el pago de los insumos médicos.

El tema del seguimiento de los casos al mes, tres, seis y doce meses estipulada por el protocolo, y las interconsultas con servicios de medicina y especialidades, no se realizan, dejando en el limbo situaciones concretas como el estrés postraumático, afectaciones ginecológicas y otras emocionales. Además del seguimiento se reconoció la falta de registro en los sistemas de información como el SIVIGILA, lo cual limita el

reconocimiento de la violencia sexual contra las mujeres como un evento de salud pública prioritario.

Así pues, aunque funcionarios(as) de salud conocen los protocolos de atención y la normatividad, en la práctica la realidad es otra. Aunque no se puede asegurar el porqué de esta brecha entre las experiencias de las mujeres y la práctica referida por funcionarios(as), algunos factores relacionados con los imaginarios sobre la violencia sexual y las concepciones culturales e históricas sobre el rol de las mujeres, podrían ayudar a su explicación.

Frente a los conocimientos, las mujeres conocen muy poco sobre sus derechos, específicamente el derecho a la salud y la ruta de atención de violencia sexual, lo que hace que sea difícil reconocerse como sujetas de derecho y por lo tanto el ejercicio de exigibilidad. En estas situaciones específicas, el papel de la OFP cobra mayor valor debido a que su acompañamiento y sus discursos favorecieron la atención en los servicios de salud. En cierto modo es muy positivo el trabajo de la OFP, pero hasta ¿qué punto tiene que seguir cumpliéndoles a las mujeres con las obligaciones del Estado? El caso concreto de la compra de los medicamentos anticonceptivos es buena ilustración. Aunque la misión de la Organización es velar por el bienestar de las mujeres que acompaña, es el sistema de salud quien debe asumir las responsabilidades relacionadas con la atención y proveer exitosamente el tratamiento para las víctimas. La Organización no debe seguir supliendo las responsabilidades del Estado. Para ello es indispensable que las normas y leyes no se queden en el papel y puedan aterrizar a la práctica adaptándose a las realidades diversas y complejas como las de los municipios del Magdalena Medio estudiados.

Por otra parte, a pesar de que para los funcionarios de los servicios de salud no son indiferentes el protocolo de atención, la ruta de atención y la ley 1257/08, se encontraron fuertes vacíos sobre el conocimiento de los derechos humanos de las mujeres, lo que puede explicar los escasos programas existentes de educación y prevención de la violencia contra las mujeres. Es indispensable que todo el recurso humano conozca los derechos de las mujeres y el modelo de atención a víctimas de violencia sexual, sea sensible al tema y tenga comunicaciones asertivas con las víctimas. El equipo no debe concentrarse sólo en las enfermeras jefes y los médicos quienes realizan los procedimientos y son responsables; debe también incluir a las auxiliares de enfermería dentro del equipo de atención.

En relación con las percepciones de las mujeres y de la OFP sobre las experiencias con la asistencia en los servicios de salud y el acompañamiento, predominan los sentimientos y pensamientos relacionados con la mala calidad de la atención, la deshumanización de funcionarios(as) de salud, la indignación frente a los eventos de violencia institucional y re-

victimización, el rechazo y la discriminación por el hecho de ser mujeres y víctimas de violencia sexual.

Hay frustración y desesperanza de que se cumpla con lo dispuesto en la normatividad nacional. Tanto mujeres víctimas como coordinadoras de la OFP fueron explícitas en señalar la indiferencia, y el trato de la violencia sexual a un nivel que no se quiere observar; la no prioridad de las mujeres víctimas. El trato y el lenguaje utilizados por profesionales y funcionarios/as de la salud hacen que las mujeres pierdan la credibilidad y la confianza en los servicios.

Las mujeres están agotadas y lo que desean es una atención más humana, que comprenda la incomodidad de las situaciones de violencia sexual, el temor, el miedo y la desconfianza. Simplemente desean ser escuchadas. Que las miren a los ojos, les informen y pidan su consentimiento para cualquier intervención médica. Además exigen que los procedimientos se traten con profesionalismo y la confidencialidad que demanda cada caso, especialmente cuando los agresores son actores armados.

Lo que las mujeres reclaman y desean de los servicios de salud no es difícil. Sin embargo, se están enfrentando a concepciones y prejuicios sobre la división sexual del trabajo, las imágenes de las mujeres netamente en el ámbito reproductivo y la consideración de que las mujeres tienen la culpa de ser maltratadas y son ellas quienes se buscan las agresiones sexuales. Parafraseando a Lagarde (2005), hasta que la misoginia, el patriarcado y el androcentrismo no se transformen, los servicios de salud seguirán siendo un espacio violento y cero dignificante para las víctimas de violencia sexual.

Los avances en el país en materia de atención de violencia sexual son notorios, ello no se desconoce, pero sigue quedándose en los niveles centrales de la política pública de los Ministerios. Es evidente en esta investigación la deuda en garantías para las víctimas sobre la no repetición, la restitución de derechos y la verdad. Así como el país se encuentra con el objetivo de firmar la paz entre los actores armados y el Gobierno, es fundamental el papel de los servicios de salud en relación con las garantías mínimas de los derechos humanos de las mujeres. Si el Estado no se reconcilia y pide perdón por las afectaciones más profundas, es muy difícil conciliar dentro del proceso interno que hace cada mujer con la institucionalidad que ha vulnerado sus derechos en diferentes formas.

No se trata solo de hacer, sino de cómo se hace. El cómo es fundamental para la construcción de la equidad y por lo tanto no se pueden quedar las voluntades en el papel. Es necesaria una renovación de creer en un cambio social más benévolo para las mujeres, en el que se concreten acciones puntuales en temas de dignidad y humanidad en los servicios de

salud, con los que se regrese a las mujeres aquello que se les ha negado con malos tratos y humillaciones.

Para ello es indispensable aunar esfuerzos con los sectores de justicia y protección, en el que se generen estrategias de cambio a partir de las experiencias y las voces de organizaciones de mujeres como la OFP, quienes han sido parte del descubrirse y hacerse vida en medio de la muerte, declaradas objetivo militar y enamorándose del trabajo emancipador de los Derechos Humanos. Así, las claves para brindar una atención de calidad en materia de violencia sexual incluyen el tiempo, las ganas, la formación y los medios suficientes, pero sobre todo reconocerse en la otra y construir conjuntamente un camino de esperanza en la garantía del derecho a la salud.

8. Conclusiones y Recomendaciones

A partir del marco de referencia con algunas claves para la comprensión de la violencia contra las mujeres basado en conceptos fundamentales del feminismo y los avances normativos en violencia sexual, el análisis de narraciones y discursos permite concluir:

- La violencia sexual contra las mujeres no es una prioridad, ni se atiende como urgencia en los servicios de salud del Magdalena Medio.
- Las mujeres víctimas de violencia sexual tienen marcas en sus cuerpos del conflicto interno del país, a su vez se reconoció la violencia sexual como instrumento de guerra.
- Las mujeres víctimas de violencia sexual tuvieron experiencias negativas en la atención en los servicios de salud. De no ser por el acompañamiento de la Organización de mujeres no hubiesen sido atendidas.
- A pesar de los avances Estatales existe una fuerte brecha entre la formulación y la implementación de normas y protocolos de atención de violencia sexual en el nivel nacional frente a los niveles territoriales. No se ha logrado la coherencia entre las normas y las prácticas en los servicios de salud.
- El desconocimiento de los derechos humanos de las mujeres tanto por los funcionarios(as) como las mujeres víctimas, impiden ejercer la exigibilidad del derecho a la salud.
- La falta de articulación de los sectores de justicia, protección y salud re-victimiza en repetidas ocasiones a las mujeres.
- Los discursos de funcionarios(as) de los servicios de salud están fundados en imaginarios discriminatorios que justifican las violencias contra las mujeres: Las culpabilizan y buscan en las formas de vida de las mujeres causas de los hechos de violencia.
- Los funcionarios(as) de salud conocen las normas y protocolos de atención. Sin embargo, los servicios de salud se convierten en espacios de violencias en los servicios de salud a partir del lenguaje abusivo y negligente con las mujeres víctimas.
- El papel de las Organizaciones de mujeres es indispensable dentro de la práctica y la exigibilidad del derecho a la salud. De hecho, la formación en derechos y el acompañamiento judicial, suplieron en alguna medida las obligaciones del Estado con las mujeres víctimas de violencia sexual.

Queda claro que ningún tipo de violencia contra la mujer tiene justificación. Por lo tanto, la negación de la atención y los procedimientos realizados sin voluntad que terminaron en agresiones en los servicios de salud, son inaceptables. En este sentido el Estado colombiano

tiene una deuda con las mujeres víctimas de violencia sexual y más con aquellas donde los hechos fueron en marcos de conflicto armado. Colombia es un país que lleva más de 50 años en conflicto y las mujeres han sido víctimas de los actores armados, pero a la vez sobrevivientes que llevan con liderazgo sus vidas y la de sus familias.

Se hace necesario para la salud pública visibilizar lo invisible. Las situaciones de violencia en nuestro país se han hecho tan invisibles que en la provisión de servicios se continúan vulnerando los derechos de las mujeres. Es prioritario ponernos los lentes de color violeta para continuar analizando estas situaciones desde una perspectiva crítica y valorativa en la transparencia que renace de la valentía y resistencia de las sobrevivientes de esta investigación y la Organización de Mujeres que las acompañó.

- Es indispensable reconocer la violencia sexual contra las mujeres como un problema de salud pública. Así, puede garantizarse una atención oportuna, de calidad y que dignifique a las mujeres. Esta recomendación va más allá de lo estipulado en el marco normativo nacional para el tema, se establece prioritario garantizar la aplicación de las normas en territorios como el Magdalena Medio. Se puede realizar a través de la transparencia en la ejecución de los recursos destinados para salud, el fortalecimiento en la infraestructura e insumos médicos de los centros de salud de primer nivel, contratación de personal capacitado e idóneo en medicina forense y sensible a las cuestiones de género.
- Funcionarios(as) de salud, justicia y protección deben garantizar un espacio libre de violencias en los servicios. Es indispensable que los profesionales sean sensibles al tema y además garanticen principios de confidencialidad y buen trato hacia las víctimas. En efecto, los profesionales deben alejarse de características sexistas y discriminatorias en los servicios de salud para la atención de violencia sexual. Para ello se deben crear espacios de formación basados en la experiencia del ser mujeres y hombres, para asumir discursos inclusivos – diferenciales y fragmentar las estructuras patriarcales que sobresalen en la investigación.
- Las organizaciones de mujeres no pueden seguir supliendo las responsabilidades del Estado, por lo tanto, es indispensable que las normas nacionales se aterricen a los territorios y las instituciones de salud puedan proceder conforme a los medios reales, teniendo en cuenta la responsabilidad de entes gubernamentales como administraciones locales y sectores públicos y privados.
- El reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres es fundamental en el país. La formación en equidad y transformaciones culturales de imaginarios frente a las mujeres, son características que el Estado debe tener en cuenta para la vinculación de políticas en el tema.

- La comunicación entre los sectores vinculados (justicia, protección, salud, educación, comunicaciones) en la atención de la violencia sexual debe ser coordinada, para evitar re victimizaciones futuras. Para ello desde los ministerios deben establecer la formulación y capacitación intersectorial de protocolos y rutas de atención. Es prioritario el seguimiento y la veeduría de la atención en salud de violencia sexual en los municipios donde se evidencia la ausencia del Estado.
- El protocolo y las rutas de atención de violencia sexual son claras en el papel. Para lograr una ejecución de ellas en la práctica, es indispensable contar con los recursos económicos e insumos médicos, recurso humano capacitado (médico forense, psicólogo(a), enfermera(o) jefe, auxiliar de enfermería, comisario de familia, fiscal y organizaciones de la sociedad civil) y sobre todo la comunicación asertiva y coordinación para que las mujeres no sean revictimizadas y se garanticen sus derechos humanos.
- Además para los profesionales de salud y por su parte las escuelas de medicina y las universidades deben vincular una cátedra de género, y específicamente la atención de violencia sexual, en la que se vinculen espacios formativos para los estudiantes en el campo de la salud diferenciada, saliendo de los elementos médicos androcentristas, y equilibrando las concepciones patriarcales de género, en un camino de equidad y de reconocimiento de la diferencia de los procedimientos médicos entre mujeres y hombres.
- No está de más reiterar que la atención de las mujeres víctimas y los procedimientos en los servicios de salud, deben ser humanos, que respete la integridad tanto física y emocional de las mujeres, con un lenguaje inclusivo y no discriminatorio. Además, la integración con los sectores de justicia y protección no tiene que fragmentar la vida de las mujeres, para ello es indispensable que los sectores dinamicen e integren sus acciones de prevención y atención de la violencia sexual.

9. Bibliografía

1. Banco Mundial . (27 de Abril de 2015). *Indicadores Banco Mundial*. Recuperado el 27 de Abril de 2015, de Población mujeres % total: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL.FE.ZS>
2. Beijing, P. d. (2013). Cuarta conferencia Mundial sobre la Mujer. *Beijing + 20*, (págs. <http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/index.php/ambito-internacional/beijing>). Mexico.
3. Bertaux, D. (30 de Enero de 1989). *Los relatos de vida en el análisis social*. Recuperado el 20 de Febrero de 2015, de Los relatos de vida en el análisis social: <http://metodo3.sociales.uba.ar/files/2014/10/Bertaux-Los-relatos-de-vida-en-el-an%C3%A1lisis-social1.pdf>
4. Bertaux, D. (1999). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones*, 1 - 22.
5. Canal, M. (1996). *La Mujer no existe*. Bilbao, España: Entre libros.
6. CER, C. d. (2013). *Diagnóstico del Territorio Magdalena Medio*. Barrancabermeja: Gran Acuerdo Social .
7. CINEP. (2006). *Conflictos, poderes e identidades en el Magdalena Medio : 1990-2001*. Bogotá, Colombia: CINEP.
8. Cobo, R. (30 de junio de 1995). *10 palabras clave sobre mujer*. (V. Divino, Ed.) Recuperado el 10 de mayo de 2015, de 10 palabras clave sobre mujer: http://portales.te.gob.mx/genero/sites/default/files/G%C3%A9nero%20Rosa%20Cobo_0.pdf
9. Colombia, S. d. (20 de Julio de 1991). *Constitución Política de Colombia*, 1. Recuperado el 9 de Junio de 2014, de Información general: http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion_General/constitucion_politica.pdf
10. Colombino, F. (1985). *Problemas especiales: Parafilias y variantes sexuales, delitos sexuales*. Montevideo , Uruguay.
11. Corporación SISMA Mujer. (2013). *II Informe de seguimiento a la implementación de la ley 1257 de 2008 - cinco años después* (Vol. 2). (E. Ariza, Ed.) Bogotá, Colombia : Ediciones Antropos Ltda.
12. DNP. (12 de Marzo de 2013). *Observatorio de Mujeres Gobernación de Antioquia*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2014, de Observatorio de Mujeres Gobernación de Antioquia: http://antioquia.gov.co/observatorio_mujeres/pdf/conpes_161_de_2013.pdf
13. Fernández, L. (7 de Octubre de 2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos. *Butletí LaRecerca*, 1 - 13.
14. Fondo para el Logro de los Objetivos del Milenio, M. (2010). *Ley 1257/2008: Por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias*. Bogotá.

15. Gómez Carolina. (14 de 05 de 2009). *Sufren abuso sexual 12 millones de mujeres en el mundo anualmente*. Obtenido de <http://www.cesardelgado.net/200108/010813c.htm>
16. Gómez, C. (13 de Agosto de 2001). *Universidad Autónoma de México*. Recuperado el 9 de Junio de 2014, de La cultura depredadora del hombre : <http://www.jornada.unam.mx/2001/08/13/042n1soc.html>
17. González, E. (2008). *Las guerras del Magdalena Medio*. Bogotá: Intermedio Editores Ltda.
18. Guber, R. (2001). *La etnografía: Método, campo y reflexividad* (Primera ed.). Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma.
19. IIDH. (2004). *Argumentos del IIDH a favor de la ratificación del protocolo facultativo de la CDAW*. San José - Costa Rica.
20. Instituto Nacional de Medicina Legal. (2009). *Masatugó: "Mujer que recibe lo malo para entregar lo bueno"*. Bogotá: MDGIF.
21. Instituto Nacional de Medicina Legal. (2012). *FORENSIS*. Bogotá.
22. Jesuitas, C. (9 de Febrero de 2015). *Compañía de Jesus Colombia*. Recuperado el 9 de Febrero de 2015, de http://www.jesuitas.org.co/obra.html?obra_id=4
23. Judicatura, C. S. (1994). *Convención Belem do Para Violencia y Discriminación contra las Mujeres*. Belen do Para.
24. Kohli, M. (1981). *Biography: Account, Text, Method. Soziologie des Lebenslaufs*.
25. Kornblit, A. L. (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*. Buenos Aires: Biblos.
26. Lagarde, M. (2012). *El feminismo en mi vida: Hitos, claves y topias* (Vol. I). (C. m. impresión, Ed.) Mexico, Distrito Federal , México : Gobierno de Distrito Federal .
27. Mackinnon, C. (1989). *Hacia una teoría feminista de Estado*. Boston: Feminismos.
28. Medina, M. R. (2001). *Salud Sexual y Reproductiva en el Magdalena Medio: Caracterización sociodemográfica*. Bogotá: PDPMM.
29. Ministerio de Salud y Protección Social . (1 de Febrero de 2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, 1. Recuperado el 12 de Abril de 2014, de Ministerio de Salud y Protección Social: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>
30. Ministerio de Salud y Protección Social . (2010). *Análisis de Situación en Salud en Colombia 2002 - 2007* . Salud Pública . Bogotá : Ministerio de Salud y Protección Social .
31. Ministerio de Salud y Protección Social. (2000). Guía de atención a la mujer maltratada. En M. d. Social, *Guías de detección temprana* (pág. 35). Bogotá, Colombia : Ministerio de Salud y Protección Social .
32. Ministerio de Salud y Protección Social. (2003). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. En D. G. Pública. Bogotá D.C.

33. Ministerio de Salud y Protección Social. (30 de Noviembre de 2005). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 14 de Mayo de 2015, de Ministerio de Salud y Protección Social: <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
34. Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Resolución 459 de 2012*. Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=46405>
35. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021*. Bogotá D.C.
36. Ministerio de Salud y Prtección Social. (1993). Resolución 8430. En M. d. Social, *Resolución 8430* (pág. 12). Bogotá.
37. Nakajima, H. (1 de Junio de 1998). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 28 de noviembre de 2014, de *Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario*: http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf
38. OEA, O. d. (1996). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*. Belem do Para - Brasil : ONU.
39. OFP, V. (15 de 05 de 2014). *Organización Femenina Popular*. Recuperado el 18 de Febrero de 2015, de Organización Femenina Popular: <http://organizacionfemeninapopular.blogspot.com>
40. OMS. (25 de Mayo de 1996). *49° Asamblea Mundial de la Salud*. Recuperado el 28 de Noviembre de 2014, de Organización Mundial de la Salud : http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
41. OMS. (1998). *Violencia contra la Mujer: Un tema de salud prioritario*. Organización Mundial de la Salud , Salud Pública . Nueva York: Naciones Unidas.
42. OMS. (2013). *Informe estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Organización Mundial de la Salud, Salud reproductiva e investigaciones conexas. Suiza: OMS.
43. ONU. (3 de Septiembre de 1981). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Recuperado el 12 de Julio de 2015, de Organización de Naciones Unidas: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
44. ONU. (2000). *Consejo de Seguridad: Resolución 1325*. Ginebra.
45. ONU. (2000). *III Informe de monitoreo Resolución 1325*. Nueva York.
46. ONU. (19 de Junio de 2008). *Ornagnización de Naciones Unidas*. Obtenido de Consejo de Seguridad: Resolución 1820: [http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=S/RES/1820\(2008\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=S/RES/1820(2008))
47. ONU. (2013). *Objetivos de Desarrollo de Milenio. Informe 2013*. Nueva York.

48. OPI. (2013). *Ahora quien manda en Barrancabermeja?* Observatorio de Paz Integral del Magdalena Medio.
49. OPS. (2004). *Encuesta Nacional de Hogares Canada* .
50. OPS, O. P. (1998). Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario. *Salud de la Mujer* (pág. 25). Nueva York: OPS.
51. Organización Femenina Popular, OFP. (2014). Re-parar para la paz: Caminos y reflexiones en el proceso de reparación colectiva de la Organización Femenina Popular. En Y. Becerra, S. Yañez, & O. D. Becerra (Ed.), *Re-parar para la paz: Caminos y reflexiones en el proceso de reparación colectiva de la Organización Femenina Popular* (Vol. 1, pág. 25). Barrancabermeja, Santander, Colombia: Aecid: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
52. Oxfam. (2013). Seguimiento de la implementación y cumplimiento del protocolo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual. *Violaciones y otras violencias: saquen mi cuerpo de la guerra*, 29 - 28.
53. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3 ed., Vol. I). (T. Oaks, Ed.) California, USA: SAGE.
54. Planeación, D. N. (12 de Marzo de 2013). *Observatorio de Mujeres Gobernación de Antioquia*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2014, de Observatorio de Mujeres Gobernación de Antioquia: http://antioquia.gov.co/observatorio_mujeres/pdf/conpes_161_de_2013.pdf
55. Profamilia . (30 de Noviembre de 2010). *Profamilia*, Quinta . Recuperado el 27 de Abril de 2015, de Encuesta Nacional de Demografía y Salud: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=146&Itemid=116
56. Rodriguez, C., Pozo, T., & Gutierrez, J. (Noviembre 16 de 2006). La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior. . *RELIEVE: Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 12(2), 289 - 305.
57. Sau, V. (2000). *Diccionario ideológico feminsita* (Vol. I). Barcelona, España: Icaria .
58. Scott, J. W. (Junio de Enero de 2011). Género: ¿Todavía una categoría útil para el análisis? *Manzana de la discordia*, 6(1), 98.
59. Social, M. d. (26 de Enero de 2011). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 10 de Mayo de 2015, de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCI%20C3%93N%20A%20V%20C3%8DCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>
60. Social, M. d. (26 de Enero de 2011). *Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*. Recuperado el 3 de Mayo de 2015, de Fondo de Población de Naciones Unidas: http://www.unfpa.org.co/?page_id=757

61. Stake, R. E. (2011). Qualitative Case Studies. En *Handbook Cualitative Reserch* (págs. 443 - 466). London: SAGE.
62. UNAM. (10 de diciembre de 2000). *Catedra Unesco* . Obtenido de Universidad Nacional Autonoma de México: http://www.catedradh.unesco.unam.mx/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/1_instrumentos_universales/5%20Observaciones%20generales/39.pdf
63. UNESCO. (16 de Diciembre de 1976). *Comité de Derechos Sociales, Económicos y culturales*. Recuperado el 10 de junio de 2014, de Universidad Autónoma de México: http://www.catedradh.unesco.unam.mx/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/1_instrumentos_universales/5%20Observaciones%20generales/39.pdf
64. UNFPA, A. . (2011). *GBVIMS - Sistema de Gestión de Datos de Violencia Basada en Género* . Barrancabermeja: UNFPA - ACNUR.
65. UNICEF. (1996). *Convención Belem do Pará - Ley 24632*. Belém do Pará.
66. Valls, C. (2009). *Mujeres Salud y Poder* (Cátedra ed., Vol. 1). (J. I. Luca, Ed.) Barcelona, Cataluña, España: Feminismos.
67. Valls, C. (2012). *Mujeres invisibles* (Cuarta ed., Vol. 1). (R. H. Mondadori, Ed.) Barcelona, Catalán, España: Debolsillo.
68. Varela, N. (2005). *Feminismo para principiantes* (Vol. 1). Barcelona, España: Ediciones B .
69. Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona.
70. Yin, R. (2009). Introduction: How to know wheter and when to use Case Studies as a Research. En R. Yin, *Case Study Research Desing and Methods* (págs. 3 - 21). Thousand: SAGE.

Anexos

Anexo 1. Instrumentos

Proyecto “Estudio de caso de experiencias de mujeres víctimas de violencia sexual en servicios de salud del Magdalena Medio colombiano, acompañadas por una organización de mujeres, 2012 – 2014”.

Guía de entrevista mujeres víctimas de violencia sexual

Fecha: _____ **Lugar:** _____ **Consecutivo:** _____

Utilizando un enfoque biográfico y la técnica de relatos de vida, la entrevista tiene como objeto analizar el proceso de atención en salud de mujeres víctimas de violencia sexual acompañadas por la Organización Femenina Popular- OFP en los municipios de Sabana de Torres, Barrancabermeja (Santander) y San Pablo (Bolívar), 2012 – 2014.

Inicialmente el análisis incluye las categorías y variables de:

- Aspectos demográficos y socio-económicos de las mujeres: nombre (pseudónimo), edad, lugar de origen, orientación sexual, estado civil, estructura y dinámicas familiares, nivel de estudios, condición laboral según tipo de ocupación, vinculación y jornada, afiliación a la seguridad social, tipo de afiliación, EPS y descripción del periodo en que vivió el incidente de violencia.
- Conocimientos de derechos en salud durante el proceso de atención de las mujeres posterior al incidente de violencia: ruta de atención de violencia sexual (en el momento del hecho y en la actualidad), servicios ofertados para las víctimas de violencia sexual en los servicios de salud, derechos de las mujeres.
- Percepción del proceso de atención en términos de: información sobre derechos y procesos de atención, beneficios recibidos físicos, emocional/mental, cumplimiento de ruta institucional, trato recibido por profesionales de salud, resultados del proceso de atención, seguimiento de casos de violencia sexual, papel de los servicios de salud en la atención y el deber ser de la atención en servicios de salud.

Gracias por aceptar esta entrevista.

Usted ha sido identificada como informante clave para ilustrar los aspectos de que trata este proyecto, cuyo objetivo es analizar el proceso de atención en salud de mujeres víctimas de violencia sexual acompañadas por la Organización Femenina Popular- OFP en algunos municipios del Magdalena Medio

Esta entrevista en concreto busca:

- 1. Analizar los conocimientos de las mujeres víctimas de violencia sexual sobre la información y los derechos que tienen en el proceso de atención en los servicios de salud.*
- 2. Conocer las percepciones que tienen mujeres víctimas de violencia sexual sobre el proceso de atención en términos de información y derechos.*

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se procede a indagar sobre el deseo de participar y se solicita la autorización para grabar en formato de audio la entrevista y realizar un registro visual. (Se lee consentimiento informado y lo firma la participante).

Usted debe saber que:

Esta investigación se rige por las declaraciones internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, el derecho internacional y las normas nacionales expresadas en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993. Si acepta participar, debe saber que la información recolectada será confidencial, anónima y sólo utilizable para efectos de ésta, y que puede retirarse en cualquier momento.

La grabación será transcrita, editada y clasificada, y analizada siguiendo el patrón de regularidades en el discurso a partir de las categorías definidas en el estudio y categorías emergentes.

En caso de que la información sea insuficiente o haya que profundizar en algunas temáticas se le pedirá a la participante de su disposición en futuros encuentros, una vez se transcriba la información.

Preguntas Orientadoras

1. Aspectos demográficos de la entrevistada: edad, lugar de origen, orientación sexual, estructura y dinámicas familiares, nivel de estudios, condición laboral según tipo de ocupación, vinculación y jornada, afiliación a la seguridad social, tipo de afiliación, EPS, descripción del periodo en que vivió el incidente de violencia y otros datos que la entrevistada considere importantes.
2. Relato de la mujer entrevistada sobre sus trayectorias desde el proceso de atención en el servicio de salud:
 - *¿Cuál/cómo fue su experiencia en el servicio de atención?*

Clave: Resaltar los sentimientos y emociones de la mujer víctima, teniendo en cuenta el trato - actitud por parte de profesionales, la provisión de los servicios, la ruta de atención y la competencia conceptual de quienes la atendieron.

3. Conocimientos de derechos en salud durante el proceso de atención de las mujeres posterior al incidente de violencia:

- *¿Qué conocía específicamente de los servicios de salud?*
- *¿Qué conocía sobre la ruta de atención de violencia sexual en el momento del incidente de violencia?*
- *¿En la actualidad conoce la ruta de atención?, descríbala...*
- *¿En el momento de la atención en los servicios de salud conocía los derechos de las mujeres?*
- *¿En la actualidad conoce los derechos de las mujeres? Hábleme un poco de ello...*

Clave: Resaltar los conocimientos previos y actuales frente a los derechos en salud de las mujeres víctimas, los procedimientos de la ruta de atención que se aplicó en su experiencia y los que conoce actualmente, reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres.

4. Percepción del proceso de atención de las mujeres víctimas de violencia sexual, que incluye:

- *¿Qué procedimientos le realizaron durante el proceso de atención en el servicio de salud?*
- *¿Recibió información sobre los procedimientos a realizar en el servicio de salud?*
- *¿El lenguaje utilizado por los(as) profesionales cómo fue?*

Clave: Descripción de los procedimientos realizados, teniendo en cuenta desde el primer momento en el que llega al hospital y hasta el momento de su salida del hospital. A su vez debe tenerse en cuenta la percepción de la mujer frente al trato recibido (información, lenguaje y empatía médico-paciente)

- *¿Qué sentimientos surgieron durante el proceso de atención en el servicio de salud?*
- *¿Qué percepción o que pensamientos surgen durante el proceso realizado internamente en el servicio de salud durante la atención (ruta institucional)?*

Clave: describir/relatar la experiencia de la mujer en los servicios de salud desde sus sentimientos y emociones (confianza/desconfianza, buen trato/mal trato, informada/no informada)

- *¿Qué beneficios recibió durante la atención? (físicos, emocionales/mentales)*
- *¿Cómo considera los resultados de la atención?*
- *¿Cómo termina el proceso de atención?*
- *¿Recibió acompañamientos posteriores a la atención inicial del servicio de salud?*

Clave: reconocer o no aquellos beneficios físico, emocionales que deja la atención en los servicios de salud. Resultó exitosa/no exitosa la atención. En caso de no ser exitosa, ¿por qué?, que piensa la mujer de sobre su condición de salud una vez finaliza el proceso de atención.

- *¿Cómo considera el papel de los servicios de salud (hospitales, centros de salud) en la atención de violencia sexual?*
- *¿Cómo cree usted que debería ser la atención en los servicios de salud?*

Clave: Explorar percepciones actuales y deseo sobre el deber ser de la atención en salud de mujeres víctimas de violencia sexual. Indagar sobre la posibilidad o viabilidad de recibir algún tipo de formación sobre el derecho a la salud en temas específicos para las mujeres.

- *¿Cómo llegó a la OFP?*
- *¿Cómo ha sido su participación con la OFP?*

Clave: historia de la relación de la mujer con la OFP y su participación en la organización, indagar sobre procesos de formación en el derecho a la salud que posiblemente haya realizado la Organización.

¡Gracias por su participación!

Proyecto “Estudio de caso de experiencias de mujeres víctimas de violencia sexual en servicios de salud del Magdalena Medio colombiano, acompañadas por una organización de mujeres, 2012 – 2014”.

Guía de entrevista funcionarios(as) de servicios de salud

Fecha: _____ **Lugar:** _____ **Consecutivo:** _____

Utilizando como herramienta la entrevista semiestructurada, la entrevista tiene como objeto analizar el proceso de atención en salud de mujeres víctimas de violencia sexual acompañadas por la Organización Femenina Popular- OFP en los municipios de Sabana de Torres, Barrancabermeja (Santander) y San Pablo (Bolívar), 2012 – 2014.

Inicialmente el análisis incluye las categorías y variables de:

- Aspectos demográficos y socio-económicos de funcionarios(as): Nombre (pseudónimo), edad, sexo, lugar de origen, orientación sexual, estructura y dinámicas familiares, nivel de estudios, condición laboral según tipo de ocupación, vinculación y jornada (turno), afiliación a la seguridad social, tipo de afiliación, EPS, tiempo de experiencia laboral con el hospital o centro de salud y en el servicio de urgencias o dirección de salud pública.
- Conocimiento de protocolos de atención a víctimas de violencia sexual y normatividad en salud en temas de violencias contra las mujeres.
- Percepción de funcionarios(as) del proceso de atención: Información sobre derechos y proceso de atención, beneficios ofrecidos físicos, emocionales/mentales, cumplimiento de ruta institucional, trato de profesionales de salud, resultados del proceso de atención, seguimiento de casos de violencia sexual, papel de los servicios de salud en la atención, recursos humanos y financieros, prestaciones de servicios según régimen de afiliación y percepción e imaginarios sobre las usuarias víctimas de violencia sexual.

Gracias por aceptar esta entrevista.

Usted ha sido identificada(o) como informante clave para ilustrar los aspectos de que trata este proyecto, cuyo objetivo es analizar el proceso de atención en salud de mujeres víctimas de violencia sexual acompañadas por una Organización de Mujeres (la Organización Femenina Popular- OFP) en algunos municipios del Magdalena Medio.

Esta entrevista en concreto busca:

- 3. Describir la provisión de servicios en el proceso de atención en los servicios de salud de las mujeres víctimas de violencia sexual.*
- 4. Analizar las percepciones de los servicios de salud sobre el proceso de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual y la garantía del derecho a la salud.*

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se procede a indagar sobre el deseo de participar y se solicita la autorización para grabar en formato de audio la entrevista y realizar un registro visual. (Se lee consentimiento informado y lo firma la (el) participante).

Usted debe saber que:

Esta investigación se rige por las declaraciones internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, el derecho internacional y las normas nacionales expresadas en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993. Si acepta participar, debe saber que la información recolectada será confidencial, anónima y sólo utilizable para efectos de ésta, y que puede retirarse en cualquier momento.

La grabación será transcrita, editada y clasificada, y analizada siguiendo el patrón de regularidades en el discurso a partir de las categorías definidas en el estudio y categorías emergentes.

En caso de que la información sea insuficiente o haya que profundizar en algunas temáticas, se le pedirá a la (el) participante de su disposición en futuros encuentros, una vez se transcriba la información.

Preguntas

1. Aspectos demográficos y socio-económicos de funcionarios(as):

- *Edad, lugar de origen, orientación sexual, estructura y dinámicas familiares, nivel de estudios, condición laboral según tipo de ocupación, vinculación y jornada (turno), afiliación a la seguridad social, tipo de afiliación, EPS, tiempo de experiencia laboral con el hospital o centro de salud y en el servicio de urgencias o dirección de salud pública.*

2. Conocimiento de protocolos de atención a víctimas de violencia sexual y normatividad en salud en temas de violencias contra las mujeres. Partiendo del reconocimiento del trabajo del hospital y sus funcionarios(as).

- *¿Qué servicios ofrece el hospital a las mujeres víctimas de violencia sexual? ¿qué nivel de atención es el centro de salud/hospital?*
- *¿Qué información conoce sobre los derechos de las mujeres víctimas de violencia sexual?*
- *¿Conoce la ruta de atención institucional para la atención de mujeres víctimas de violencia sexual?, explíqueme un poco (¿se cumple la ruta?).*
- *¿Conoce el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual?, Cuénteme por favor como lo utiliza, ¿qué piensa de su uso en la práctica?*

3. Percepción de funcionarios(as) del proceso de atención de mujeres víctimas de violencia sexual en servicios de salud.

- *¿Usted cómo percibe la violencia sexual contra las mujeres?*
- *¿Cuáles son los principales resultados de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual?*
- *¿Cómo realiza el seguimiento de los casos de las mujeres víctimas de violencia sexual?*
- *¿Cómo ve usted el papel de los servicios de salud en la atención de las víctimas de violencia sexual?*
- *Coménteme por favor sobre la dinámica de la atención a las víctimas de violencia sexual, en términos del recurso humano (los profesionales se encuentran capacitados y formados para la toma de exámenes sexológicos y el embalaje de las muestras, ¿qué profesional lo realiza?*
- *Con relación a la dinámica presupuestal del hospital, ¿cómo se ejecuta para la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual?*
- *¿Cómo se realiza el proceso de referencia y contra referencia según régimen de afiliación?*
- *¿Qué piensa usted de las mujeres víctimas de violencia sexual que vienen a ser atendidas?*
- *¿Cómo ha sido su experiencia en la atención de estos casos?*

¡Gracias por su participación!

Proyecto “Estudio de caso de experiencias de mujeres víctimas de violencia sexual en servicios de salud del Magdalena Medio colombiano, acompañadas por una organización de mujeres, 2012 – 2014”.

Guía de entrevista coordinadoras y gestoras comunitarias OFP

Fecha: _____ **Lugar:** _____ **Consecutivo:** _____

Utilizando como herramienta la entrevista semiestructurada, la entrevista tiene como objeto analizar el proceso de atención en salud de mujeres víctimas de violencia sexual acompañadas por la Organización Femenina Popular- OFP en los municipios de Sabana de Torres, Barrancabermeja (Santander) y San Pablo (Bolívar), 2012 – 2014.

Inicialmente el análisis incluye la categoría y variables de:

- Aspectos demográficos y socio-económicos de las coordinadoras y gestoras de la OFP: nombre(pseudónimo), edad, lugar de origen, orientación sexual, estado civil, estructura y dinámicas familiares, nivel de estudios, condición laboral según tipo de ocupación, afiliación a la seguridad social, tipo de afiliación, EPS y papel que desempeña en la Organización.
- Percepción de la OFP frente al proceso de atención de las mujeres víctimas de violencia sexual: Papel del sector salud en la garantía del derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia que acompañan.

Gracias por aceptar esta entrevista.

Usted ha sido identificada(o) como informante clave para ilustrar los aspectos de que trata este proyecto, cuyo objetivo es analizar el proceso de atención en salud de mujeres víctimas de violencia sexual acompañadas por su Organización (la Organización Femenina Popular- OFP) en algunos municipios del Magdalena Medio.

Esta entrevista en concreto busca:

- 1. Analizar las percepciones de los servicios de salud sobre el proceso de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual y la garantía del derecho a la salud.*

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se procede a indagar sobre el deseo de participar y se solicita la autorización para grabar en formato de audio la entrevista y realizar un registro visual. (Se lee consentimiento informado y lo firma la participante).

Usted debe saber que:

Esta investigación se rige por las declaraciones internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, el derecho internacional y las normas nacionales expresadas

en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993. Si acepta participar, debe saber que la información recolectada será confidencial, anónima y sólo utilizable para efectos de ésta, y que puede retirarse en cualquier momento.

La grabación será transcrita, editada y clasificada, y analizada siguiendo el patrón de regularidades en el discurso a partir de las categorías definidas en el estudio y categorías emergentes.

En caso de que la información sea insuficiente o haya que profundizar en algunas temáticas, se le pedirá a la participante de su disposición en futuros encuentros, una vez se transcriba la información.

Preguntas

1. Aspectos demográficos y socio-económicos de las coordinadoras y gestoras de la OFP.
 - *Aspectos demográficos y socio-económicos de las coordinadoras y gestoras de la OFP: edad, lugar de origen, orientación sexual, estado civil, estructura y dinámicas familiares, nivel de estudios, condición laboral según tipo de ocupación, afiliación a la seguridad social, tipo de afiliación, EPS.*
 - *¿Cómo llega a la OFP?/ ¿Cuál es su historia con la OFP?*
 - *¿Cuál es su papel en la OFP? ¿En qué consiste?*

2. Papel del sector salud en la garantía del derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia que acompañan.
 - *¿La Organización cómo trabaja el derecho a la salud con las mujeres de la región?*
 - *¿Cómo es el proceso de acompañamiento que realiza en la OFP, para garantizar los derechos humanos de las mujeres, especialmente el derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual?*
 - *¿Cómo percibe el proceso de atención de los casos particulares de violencia sexual, en los servicios de salud?*
 - *¿Cuáles considera usted las principales debilidades y fortalezas de los servicios de salud en la atención a las mujeres víctimas de violencia sexual?*
 - *¿Qué experiencias ha tenido acompañando los casos de mujeres víctimas de violencia sexual?, relate algunas.*
 - *¿Cómo le gustaría que fuera o debería ser la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual en los servicios de salud?*
 - *¿Le gustaría recibir información sobre el derecho a la salud? ¿de qué tipo? (opcional).*

¡Gracias por su participación!

Anexo 2. Consentimiento informado

Proyecto “Estudio de caso de experiencias de mujeres víctimas de violencia sexual en servicios de salud del Magdalena Medio colombiano, acompañadas por una organización de mujeres, 2012 – 2014”.

Consentimiento Informado

Municipio: _____ **Fecha:** _____

Gracias por aceptar esta entrevista.

Sra./ (Sr). _____ El presente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar el proceso de atención en salud de mujeres víctimas de violencia sexual acompañadas por la Organización Femenina Popular- OFP en los municipios de Sabana de Torres, Barrancabermeja (Santander) y San Pablo (Bolívar), su participación puede ser de gran ayuda para los fines de la investigación y la visibilización de la violencia contra la mujer como problemática social y de salud pública.

Si usted accede participar, le pido que me permita acompañarla(o) el periodo de tiempo que la entrevista demande, dependiendo de la fluidez de la misma. Durante este tiempo requiero que me permita acompañarla(o); la idea no es interrumpir sus actividades sino simplemente acompañarla(o) y que con lo convivido me ayude a reconstruir, conocer y comprender alguna parte de su vida y sus actividades de una manera más cercana.

Es importante resaltar que para este acompañamiento mantendré la confidencialidad en todo momento. Este documento permanecerá con la investigadora en un lugar seguro y no se compartirá con ninguna institución o persona. Las entrevistas serán grabadas según su autorización, y transcritas usando otros nombres o siglas que aparezcan en ellas.

Si se necesitaran registros fotográficos, se le pedirá permiso para tomarlos y usarlos posteriormente en alguna publicación académica o producto visual para la Organización Femenina Popular.

Esta investigación se rige por las normas bioéticas, internacionales y nacionales que rigen la investigación en seres humanos contempladas en la Resolución 8340 del 4 de octubre de 1993. Si usted acepta participar, debe saber que la información recolectada es confidencial, anónima y solo utilizada para fines de esta investigación.

Con relación a su participación usted puede negarse a participar en este estudio sin ninguna consecuencia. Su participación es totalmente voluntaria. También puede cambiar de parecer y negarse a participar en cualquier momento.

En caso de cualquier inquietud relacionada con la investigación, usted puede contactarse con:

Nazly Viviana Montoya Garzón. Celular 3138298895.

Autorización

Yo _____, identificada con la cédula de ciudadanía _____, obrando en nombre propio me permito declarar que se me ha informado acerca de los objetivos de la investigación, así como también de mi participación en ella que no representa riesgo alguno en mi integridad física, psicológica o moral y consiento que mi participación es voluntaria.

Firma participante o representante legal

Firma Investigador

Nombre participante o representante legal

Nombre investigador