

La transgresión a la norma 0459 de atención integral en salud con enfoque forense

The transgression of standard 0459 of comprehensive health care with a forensic approach

Mercedes Salcedo-Cifuentes¹, Laura Margarita Bello-Alvarez², Christian Mendez³, Carolina Quiroz⁴, Amparo Bermudez⁵

Resumen

Introducción. Un examen médico forense oportuno y de alta calidad puede potencialmente validar y abordar el delito. **Objetivos.** Evaluar el cumplimiento de los criterios forenses del protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de agresión sexual según la Resolución 0459 de 2012 en cuatro hospitales del suroccidente de Colombia. **Metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo, se diseñó una lista de chequeo con base en la Resolución 0459 de 2012 para evaluar los criterios forenses del proceso de atención de las víctimas de agresión sexual en instituciones hospitalarias de baja y mediana complejidad. Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y relativas, se utilizó Z score test con un valor de $p < 0,05$ como significancia estadística. **Resultados.** Se documentaron 131 casos de agresión sexual atendidos en los servicios de urgencias de instituciones de baja y mediana complejidad. El 87% de los casos ocurrieron en mujeres y el 50,4% en personas menores de 14 años. En la mayoría de los casos no se cumplieron criterios de interés forense de la norma de atención integral a víctimas de agresión sexual. **Conclusiones.** El proceso de atención integral con enfoque forense en Colombia es deficiente; vulnera los derechos de las víctimas, transgrede la política de equidad de género y la resolución 0459 de 2012. Estas situaciones podrían

1. Facultad de Salud de la Universidad del Valle. Grupo de investigación CEDETES. Escuela de Salud Pública. Cali, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9681-6893>.

2. Grupo de investigación de Salud Sexual y Reproductiva. Facultad de Salud de la Universidad del Valle.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7285-5150>.

4. Comunicador Social y periodista. Psicólogo (Trabajo de grado). Grupo de investigación CEDETES, Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2841-4988>.

4. Grupo de investigación CALIMET. Facultad de Salud de la Universidad del Valle.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2148-7383>.

5. Grupo de investigación CEDETES. Escuela de Salud Pública de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4636-2392>.

Correspondencia: mercedes.salcedo@correounivalle.edu.co

estar impactando de manera significativa en la administración de justicia, la restitución de derechos de las víctimas y la impunidad del delito.

Palabras claves: Delitos sexuales, violencia de género, política de salud, atención integral de salud.

Abstract

Introduction. A high-quality and timely medical forensic examination can potentially validate and address the crime to restore victims' rights, minimize the trauma they may experience, and promote healing. **Aim.** To evaluate compliance with the forensic criteria of the comprehensive health care protocol for victims of sexual assault according to resolution 0459 of 2012 in four hospitals in southwestern Colombia. **Methods.** Retrospective descriptive study, a checklist based on Resolution 0459 of 2012 was used to evaluate the process of care for victims of sexual assault in hospital institutions of low and medium complexity. Descriptive analysis of the data was performed. Categorical variables were presented as absolute and relative frequencies, a Z score test was used with a value of $p < 0.05$ as statistical significance. **Results.** 131 cases of sexual assault treated in the emergency services of low and medium complexity institutions were documented. 87% of the cases occurred in women and 50.4% in people under 14 years of age. In most cases, the standard of comprehensive care for victims of sexual violence was not met. **Conclusion.** The comprehensive care process with a forensic approach in Colombia is deficient; It violates the rights of victims, transgresses the gender equity policy and resolution 0459 of 2012. These situations could be having a significant impact on the administration of justice, the restitution of victims' rights and the impunity of the crime.

Keywords: Sex offenses, gender based violence, health policies, comprehensive healthcare.

Introducción

La agresión sexual (AS) se define como cualquier tipo de contacto o comportamiento sexual que ocurre sin el consentimiento explícito del destinatario de la actividad sexual no deseada. Este delito puede incluir coerción psicológica, el uso de la fuerza, la

amenaza o encontrarse en una situación de poder desigual (1).

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), casi un tercio (30%) de las mujeres que alguna vez han tenido pareja han experimentado violencia física y/o sexual de su parte, y alre-

dedor del 7% de las mujeres de 15 años o más también han sido víctimas de agresión sexual por parte de un conocido. En 2014, Stoltenberg *et al.* (3) informaron que el 8% de los niños y aproximadamente el 18% de las niñas durante su infancia habían sufrido abuso sexual. Además, un análisis multinivel en 10 países europeos mostró tasas de victimización sexual a lo largo de la vida del 20,4% y el 10,1% para mujeres y hombres jóvenes belgas de 16 a 27 años, respectivamente (4).

La OMS (WHO por sus siglas en inglés) recomienda que los sobrevivientes reciban un tratamiento integral inmediato y un seguimiento de hasta seis meses tras la ocurrencia del hecho. El tratamiento implica la atención a lesiones físicas, trauma psicológico y la prevención de embarazos no deseados, VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (2). El seguimiento se debe considerar a largo plazo porque las víctimas corren un mayor riesgo de contraer ITS, tener abortos, ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, ideación suicida y uso de sustancias psicoactivas (5).

Un examen médico forense oportuno y de alta calidad puede potencialmente validar y abordar las preocupaciones de las víctimas de agresión sexual, minimizar el trauma que experimentan y promover su curación. Al mismo tiempo, puede aumentar la probabilidad de que la evidencia física (EF) y elementos materiales probatorios (EMP),

recuperados durante su atención ayuden en la investigación de casos penales para el restablecimiento de los derechos vulnerados, la rendición de cuentas por parte de los perpetradores y la prevención de más violencia sexual (6).

Para adelantar este proceso de atención de manera sistemática y estandarizada y articular la asistencia en salud con el proceso judicial, se han elaborado diferentes protocolos que dan pautas de cómo abordar los casos de sobrevivientes de AS con enfoque forense. En un estudio realizado por el Gobierno de Escocia se identificaron diferentes estrategias diseñadas a nivel internacional para el abordaje de las personas víctimas de violencia sexual, i) centros únicos de atención con servicios coordinados que brindan asistencia psicológica, de salud, forense y legal; ii) centros no coordinados en donde las víctimas deben acudir a diferentes sedes; iii) centros integrados mediante los cuales los servicios asistenciales para mujeres que han sido sexualmente agredidas, entre otras estrategias que se integran a los servicios como líneas de ayuda o apoyo interdisciplinar desde instituciones fuera del sector salud (7).

En Colombia, la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social (8), adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual como una herramienta de atención integral en salud el cual involucra

15 pasos que articulan el proceso de asistencia en salud y el forense, en puntos en

donde se recolectan los EF o EMP y su respectiva cadena de custodia (*ver Figura 1*).

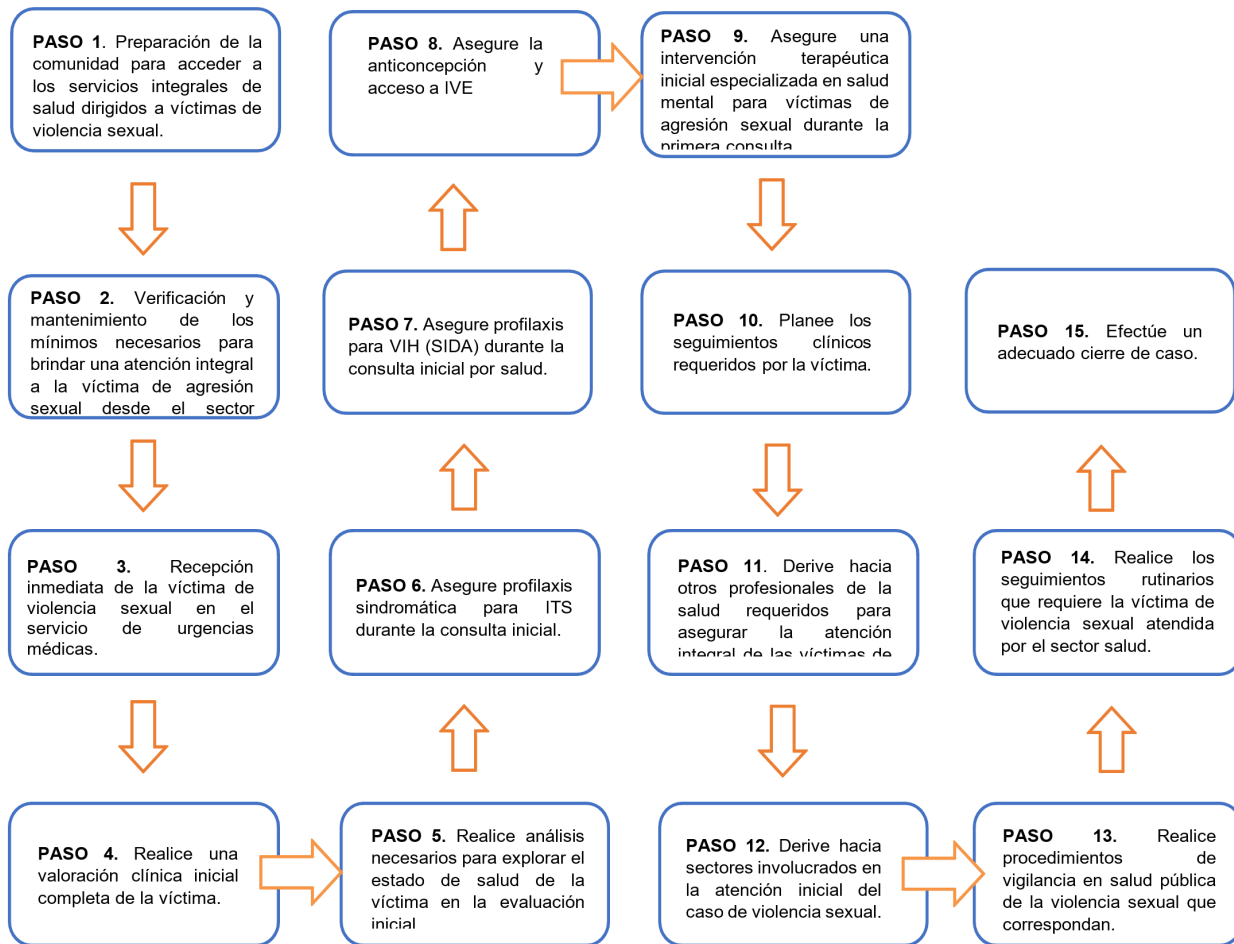


Figura 1. Pasos del modelo de atención integral para víctimas de violencia sexual.

Fuente: Adaptado a partir de la resolución 0459 de 2012.

El modelo de atención está en proceso de ajustes a través de un proyecto de Resolución que se encuentra en consulta pública desde el 2021 (9). Si bien la resolución 0459 debía ser evaluada cada cuatro años, a la fecha son pocas las publicaciones que den cuenta de su cumplimiento en diferentes instituciones de salud (10). Adicionalmente, existe poca información a nivel local y nacional que permita establecer con que fre-

cuentemente se identifican pacientes víctimas de AS en los servicios de urgencias. En Cartagena, un estudio revisó las atenciones a servicios de urgencias y documenta que 1,2% de los casos de urgencias están asociados a hechos violentos, sin embargo no discriminan por tipo de violencia (11). Consecuentemente, el objetivo del estudio consistió en evaluar el cumplimiento de los criterios de interés forense de la resolución

0459 de 2012 en el marco de atención en salud de sobrevivientes de agresión sexual que consultaron a cuatro hospitales ubicados al suroccidente de Colombia en un periodo de tres años.

Materiales y métodos

Tipo de estudio y muestra

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo que incluyó todos los registros de sobrevivientes de AS que acudieron con orden judicial para su valoración en los servicios de urgencias entre el 2014 y el 2016 en los hospitales de municipios ubicados al suroccidente de Colombia.

Características de estudio

Se definió como sobreviviente aquel usuario que llegó al servicio de urgencias con orden judicial para ser valorado por AS. Se consideraron características individuales (edad, género), características del contexto de atención en salud (el nivel de complejidad del hospital y la ciudad de ubicación) y los requisitos de interés forense del marco normativo en Colombia, Resolución 0459 de 2012, es decir requisitos relacionados con los pasos 4 al 8 y 10 a 12 (*ver figura 1*).

Ubicación de los hospitales fuentes de información

El trabajo se llevó a cabo en cuatro hospitales, dos de baja complejidad ubicados en el

departamento del Cauca y dos de mediana complejidad del departamento del Valle del Cauca.

Plan de análisis

Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión según los resultados de la prueba de normalidad. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y relativas. Se usó la prueba de Z score para evaluar si existían diferencias significativas entre las proporciones de cumplimiento y no cumplimiento según nivel de complejidad de los hospitales fuente de información o grupo etéreo de las o los pacientes valorados por AS durante el periodo en estudio. Se consideró un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas:

La investigación fue aprobada por el comité institucional de ética de la Universidad Libre Seccional Cali previo aval de las instituciones fuentes de información. De acuerdo con la normatividad para investigaciones en Colombia, está se consideró con un riesgo menor que el mínimo (12).

Resultados

Durante el periodo seleccionado para el estudio se recibieron en los servicios de urgencias de los cuatro hospitales 131 sobrevivientes que llegaron con orden judicial

para su valoración por AS: 42 y 25 en los dos municipios del Valle del Cauca; 17 y 47 en los dos municipios del Cauca.

La media de edad de las víctimas fue 13 años, con dos casos extremos de 4 años y 78 años. Se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar el número de víctimas <14 años con los ≥14

años (Test Z, $p=0,048$). Se presentaron 7 casos de mujeres por cada hombre. De los 131 registros revisados, 10 no contaban con el registro de hora de ingreso y atención, en el resto de los casos no se identificó evidencia de atención diferencial prioritaria por edad y en su mayoría fueron atendidos en un rango de tiempo entre 5 y 6 horas, para triage 3 (ver Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los casos según grupos de edad y sexo

	Edad < 14 años	Edad ≥ 14 años	Total
Municipios			
Municipios 1 del Valle del Cauca	25 (59,5%)	17 (40,5%)	42 (32,1%)
Municipio 2 del Valle del Cauca	8 (32%)	17 (68%)	25 (19,1%)
Municipio 1 del Cauca	13 (76,5%)	4 (23,5%)	17 (12,9%)
Municipio 2 del Cauca	20 (42,5%)	27 (57,5%)	47 (35,9%)
Total	66 (50,4%)	65 (49,6%)	131 (100%)
Sexo de la víctima			
Femenino	68 (59,6%)	46 (40,4%)	114 (87%)
Masculino	16 (94,1%)	1 (5,9%)	17 (13%)
Total	64 (64,1%)	47 (35,9%)	131 (100%)
Clasificación de Triage al Ingreso a Urgencias			
Triage 1	6 (33,3%)	12 (66,6%)	18 (13,7%)
Triage 2	5 (55,6%)	6 (44,4%)	9 (6,9%)
Triage 3	54 (57,4%)	40 (42,6%)	94 (71,8%)
Total	65 (53,7%)	56 (46,3%)	121 (100%)*

* Se documentan menos casos en el total, ya que sólo en 121 de los casos fue posible recuperar este dato.

Por otra parte, se identificaron fallas en la recolección del relato de los hechos (datos no mostrados) en el cual la víctima describe en detalle: consumación del hecho, forma como fue accedida (vía vaginal/oral/anal); si el perpetrador eyaculó; si usó condón; si empleó armas o hizo uso de la fuerza para someterle; si hubo uso de drogas o licor para colocar a la sobreviviente en incapacidad de resistir; el número de agresores, entre otros.

Al evaluar cómo se distribuían los hallazgos de cumplimiento en relación con el no cumplimiento según el nivel de complejidad de las instituciones incluidas en el estudio, se evidenció que la descripción de la

EF, los EMP y la trazabilidad en su cadena de custodia no se cumplía en instituciones de baja complejidad, excepto en uno de los hospitales de baja complejidad ubicado en el departamento del Cauca en donde los registros estuvieron muy similares a los de uno de los hospitales de mediana complejidad ubicado en el Valle del Cauca, resaltando que en este municipio la mayoría de los casos fueron <14 años. Adicionalmente, la evidencia demostrativa (gráficas, fotos, radiografías entre otros) presentó debilidades en casi todos los registros revisados al igual que la toma o recolección de muestras para estudios complementarios que pueden significar agravantes dentro del delito según marco normativo colombiano (*ver tabla 2*).

Tabla 2. Variables empleadas para evaluar los registros revisados discriminados por nivel de complejidad.

Requisitos	Hospitales de baja complejidad	Hospitales de mediana complejidad	Total	Prueba z valor de p
Registro en HC de recolección o no de EMP o EF				
Cumple	41 (48,2%)	44 (51,8%)	85 (64,9%)	0,992
No cumple	23 (50%)	23 (50%)	46 (35,1%)	
Total	64 (48,9%)	67 (51,1%)	131 (100%)	
Registro en HC una descripción detallada del tipo de EMP o EF recolectado				
Cumple	30 (41,7%)	42 (58,3%)	72 (55%)	0,096
No cumple	34 (57,6%)	25 (42,4%)	59 (45%)	
Total	64 (48,9%)	67 (51,1%)	131 (100%)	

Requisitos	Hospitales de baja complejidad	Hospitales de mediana complejidad	Total	Prueba z valor de p
Registra en la HC de donde se recolectan los EMP o EF				
Cumple	30 (42,9%)	40 (57,1%)	70 (53,4%)	0,191
No cumple	34 (55,7%)	27 (44,3%)	61 (46,6%)	
Total	64 (48,9%)	67 (51,1%)	131 (100%)	
Registra en la HC una descripción detallada del tipo de lesión y su ubicación en la región genital y paragenital				
Cumple	15 (28,3%)	38 (71,7%)	53(40,5%)	0,0001
No cumple	49 (62,8)	29 (37,2%)	78 (59,5%)	
Total	64 (48,9%)	67 (51,1%)	131 (100%)	
Registra en la HC una descripción detallada del tipo de lesión y su ubicación en la región extragenital				
Cumple	14 (45,2%)	17 (54,8%)	31 (23,7%)	0,79
No cumple	50 (50%)	50 (50%)	100(76,3%)	
Total	64 (48,9%)	67 (51,1%)	131 (100%)	
Registra en la HC una descripción detallada del tipo de lesión y su ubicación en la región anal y perianal				
Cumple	15 (28,3%)	38 (71,7%)	53 (40,5%)	0,0001
No cumple	49 (62,8%)	29 (37,2%)	78 (59,5%)	
Total	64 (48,9%)	67 (51,1%)	131 (100%)	
Registra y adjunta a la HC evidencia demostrativa el tipo de lesión (fotos, gráficas, radiografías)				
Cumple	6 (75%)	2 (25%)	8 (6,1%)	0,246
No cumple	58 (47,2%)	65 (52,8%)	123 (93,9%)	
Total	64 (48,9%)	67 (51,1%)	131 (100%)	

Requisitos	Hospitales de baja complejidad	Hospitales de mediana complejidad	Total	Prueba z valor de p
Registra en la HC la presencia o no de signos de posible infección de transmisión sexual				
Cumple	4 (19%)	17 (81%)	21 (16%)	0,004
No cumple	60 (54,5%)	50 (45,5%)	110 (84%)	
Total	64 (48,9%)	67 (51,1%)	131 (100%)	
Registra en la HC la solicitud o no de toma de muestra para estudio alcoholemia				
Cumple	4 (66,6%)	2 (33,3%)	6 (4,6%)	0,636
No cumple	60 (48%)	65 (52%)	125 (95,4%)	
Total	64 (48,9%)	67 (51,1%)	131 (100%)	
Registra en la HC la solicitud o no de estudio de sustancias psicoactivas				
Cumple	4 (66,6%)	2 (33,3%)	6 (4,6%)	0,636
No cumple	60 (48%)	65 (52%)	125 (95,4%)	
Total	64 (48,9%)	67 (51,1%)	131 (100%)	
Registra y adjunta a la HC la obtención del consentimiento informado				
Cumple	0	0	0	-
No cumple	64 (48,9%)	67 (51,1%)	131 (100%)	
Total	64 (48,9%)	67 (51,1%)	131 (100%)	

Estas variables hacen referencia a los hallazgos clínicos y recolección de evidencia

El estudio finalizó con una valoración global de la proporción de registros que cumplieron con los criterios forenses del proceso de atención de acuerdo a la Resolución 0459 de 2012 discriminando entre los < 14 años y los \geq 14 años. Los resultados mos-

traron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos considerando el indicador “presencia de datos relacionados con el abordaje forense del caso”, es decir la descripción de las lesiones, el tipo de EF o EMP recolectado y la prioridad en la

atención (triage). En relación con los otros indicadores: cadena de custodia de EF o EMP, la presencia de datos relacionados con la identificación del agresor y el registro de datos relacionados con las acciones

en salud posteriores a la atención de urgencias, no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos etarios (*ver tabla 3*).

Tabla 3. Indicadores de calidad en el cumplimiento de la resolución 0459 de 2012 discriminada por rango edad de las víctimas.

Grupo de variables	Edad < 14 años (%)	Edad ≥ 14 años (%)	Prueba Z Valor de p
Datos relacionadas con el abordaje con enfoque forense del caso	60,0	41,8	0,01
Datos que contribuyen a la identificación del agresor y la forma como se cometió la AS	19,5	22,0	0,65
Datos que hacen referencia a los hallazgos y recolección de evidencia	9,7	8,4	0,74
Datos relacionadas con las acciones posteriores a la atención en urgencias	20,8	21,1	0,95

Discusión

Los profesionales de la salud que brindan atención a sobrevivientes de AS tienen el deber de facilitar la atención médica integral, una respuesta sensible al intenso trauma, la documentación forense completa de los hallazgos de lesiones en la sobreviviente, la recopilación de EF o EMP, la planificación del apoyo y seguimiento a las sobrevivientes y el suministro del testimonio de los relatos entregados por estas e incluso del personal que ha tenido que ver con el proceso de asistencia integral (1).

Para orientar este proceso de atención en salud, múltiples instrumentos (protocolos) y lineamientos internacionales se han dise-

ñado (7, 13). En Colombia, la Resolución 0459 de 2012 (8) presenta un protocolo en donde se especifica las condiciones mínimas que se deben cumplir para realizar un adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento a estas sobrevivientes que acuden a los servicios de urgencias. Estudios que den cuenta del cumplimiento de estos lineamientos son pocos y limitados a muestras pequeñas (10, 14, 15).

Este es un estudio que reporta cómo fue el manejo de los criterios forenses (descripción de hallazgos de lesiones, la recolección de EF y EMP, la prioridad de la atención en crisis entre otros) en 131 casos de personas víctimas de violencia sexual. Un número similar de registros fue incluido en el es-

tudio de Caballero *et al.* (15) en un hospital universitario pediátrico de cuarto nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá. En esta misma ciudad se identificó otro estudio realizado en tres hospitales de segundo, tercero y cuarto nivel de complejidad en donde se revisaron 23 registros. Vale la pena resaltar que este estudio revela la situación de los casos de AS conocidos en servicios de salud en municipios pequeños, con hospitales locales que son el referente para toda la población urbana, suburbana y rural que les rodea.

Los resultados muestran la edad temprana como una característica relevante durante el periodo de estudio, hallazgos consistentes con los de Salcedo-Cifuentes *et al.* (16); Mwangi *et al.* (17) y Haider *et al.* (18), quienes identificaron como grupo más vulnerable a niños, niñas y adolescentes (NNA) del sexo femenino. En este mismo sentido, la encuesta nacional de violencia contra NNA en Colombia mostró que un alto porcentaje de los encuestados fueron víctimas de AS antes de cumplir 18 años (44,0%) (19). Resultados similares a estos se reportan para las Américas, donde menores de 17 años han experimentado abuso físico, sexual o emocional, lo que corresponde a más de 99 millones de niños en América Latina y el Caribe y más de 40 millones en América del Norte (20).

El reporte de la hora de llegada y hora de atención de las víctimas de AS en las histo-

rias clínicas de las instituciones hospitalarias de baja complejidad, donde no hay un registro alterno de triage para la priorización de los casos que acuden al servicio de urgencias es fundamental. Los resultados de este estudio muestra que menos del 10% de las historias revisadas documentaron estos datos y contrario a lo que se espera según el marco normativo en Colombia, la mayor proporción, según la diferencia de hora de atención en relación con la hora de llegada al servicio de urgencias, se atendieron bajo triage 3. Sin embargo, resalta que uno de los hospitales de baja complejidad ubicado en el departamento del Cauca, institución que atendió el mayor número de casos de AS en < 14 años, valoró bajo triage 1 todos los casos. Los protocolos internacionales e incluso el protocolo de la Resolución 0459 de 2012 de Colombia coinciden en la prioridad en la atención. Esta atención prioritaria con enfoque forense busca prevenir la pérdida de EF o EMP disponibles al momento del conocimiento de los hechos y aumentar las posibilidades de esclarecer lo ocurrido e identificar a los responsables. Además de contribuir en la disminución de los efectos revictimizantes en el proceso penal (21).

Una atención prioritaria dentro de las primeras 72 horas post-asalto para la recuperación de EF o EMP es lo que demandan la mayoría de los protocolos; sin embargo, hay que tener presente que este proceso no descartar la posibilidad de recuperar semen o espermatozoides en muestras más allá

de este tiempo incluso hasta los 3 días. La persistencia de espermatozoides permite la obtención de ácido desoxirribonucleico (ADN) para los estudios genéticos forenses (15, 22, 23).

Por otra parte, el tiempo transcurrido entre el hecho y la valoración médica es muy importante dado su impacto en la presencia de lesiones físicas en el caso de menores de 5 años, en quienes después de las 72 horas se debe buscar evidencia traza que vincule al agresor (24). Además, en estos casos, si hay lesiones, la mayoría se curan sin hallazgos residuales. No obstante, los estudios son claros en indicar que la ausencia de hallazgos físicos en niñas y niños que alegan AS no excluye esta agresión y es de hecho lo que se esperaría dada la naturaleza del proceso de cicatrización de heridas (25).

Las fallas en la recolección del relato de los hechos fue frecuente, razón por la cual no se procedió a discriminar el tipo de preguntas que se deben hacer de acuerdo a la edad (8, 26). Procurar una declaración completa de las sobrevivientes reduce las posibilidades de que sea necesario contactarlas para una declaración posterior que pueda conllevar a su revictimización. Además, estas nuevas declaraciones pueden traer impresiones o contradicciones con el registro deficiente del relato de los hechos en las historias clínicas, lo cual no significa que estén mintiendo. Aquí se debe tener en cuenta que la memoria de hechos traumáticos puede ser afectada por la gravedad del

daño, el paso del tiempo o la etapa del ciclo vital en que se encuentra la sobreviviente. Por otra parte, el relato es clave para la criminología puesto que permite identificar el *modus operandi* o precisar comportamientos misóginos del agresor (28).

Un bajo cumplimiento en la descripción del tipo de EMP y EF y del aporte (o registro) de la evidencia demostrativa (fotos, imágenes o gráficas de las lesiones a nivel genital, paragenital y extragenital) entre los profesionales de servicios de salud de baja complejidad en comparación con los de mediana complejidad fue una debilidad marcada. Esto puede ser el resultado de factores como 1) no contar con recurso humano con disponibilidad específica para la atención integral con enfoque forense de esos casos; 2) vacíos en los diagnósticos, registros y la orientación interdisciplinaria entre profesionales asistenciales con pocas oportunidades de actualización y 3) las condiciones de contratación temporal, la presencia de profesionales en servicio social obligatorio con baja experiencia, sumado al desconocimiento de la responsabilidad que tienen tanto los profesionales como las instituciones de asistencia en salud en relación con la atención integral con enfoque forense de estos casos a pesar que este tipo de hechos ya son reconocidos como eventos prioritarios en salud desde el 2010 (10,1).

En este mismo sentido Amin *et al.* (26) encontraron en su estudio que si bien los médicos indican que sus roles son claves en

el cuidado de los sobrevivientes de AS, se presentan varias barreras de distinto tipo durante su proceso de atención en servicios de urgencias: personales, como la incomodidad con el tema de AS; de comunicación, con referencia a la relación médico-paciente y obstáculos del sistema, por ejemplo, prioridades en urgencias que compiten por el tiempo de atención de la víctima de AS dificultando su capacidad para cumplir a cabalidad con los roles del profesional asistencial e interpersonales como son apoyar a la víctima y actuar como defensor de sus derechos en un sistema complejo. Algo similar relacionado con el conocimiento del manejo de estos casos fue reportado por Faronbi *et al.* (27) quienes también revelan que el 73,91% de los trabajadores de la salud incluidos en su estudio no han recibido capacitación en el manejo de los casos de violencia sexual o son cursos insipientes.

Una debilidad en todos los registros incluidos en el estudio fue la ausencia física del consentimiento informado o la no mención de su obtención en las historias clínicas de las sobrevivientes valoradas. Subramanian & Green (1) recomiendan obtener el consentimiento informado para la evaluación médica, la recolección de EMP/EF y el tratamiento según la política del hospital. Así mismo Mendoza *et al.* (29) resalta que el consentimiento informado no es solo la firma de un documento, es un proceso de ilustración continuada al paciente, reconociendo su plena autodeterminación, libre

desarrollo de la personalidad y voluntad propia, conforme comprenda los beneficios, riesgos y alternativas que ha de prestar el talento humano en atención a los derechos fundamentales de las víctimas.

El personal de salud debe ponderar cada condición en la cual se encuentra la víctima, su capacidad de comprensión y el impacto psicológico y social, para así pasar a los procedimientos tanto clínicos como forenses de modo que esta pueda rechazar alguno e incluso escoger el profesional que la atiende durante la valoración (28, 30). El uso del consentimiento informado al momento de abordar a la víctima para su exploración física, recolección de EMP/EF o la recogida de los datos y su debida atención integral, como expresiones de normas institucionales y códigos deontológicos deben ser asumidos con seriedad y compromiso por los profesionales de la salud (31). Estas normas y códigos exhortan al personal de salud a actuar de tal modo que la atención a sobrevivientes de AS se realice considerando que son personas semejantes en su condición de ser humano, que no se aborden estos casos siempre como un fin y nunca como medio, instrumentalizando a los sobrevivientes como objeto de diagnóstico y de recolección de pruebas de obligatorio cumplimiento en su quehacer.

Fue bajo el porcentaje de registros en donde se evidenció la orden de solicitud de estudios complementarios para buscar enfermedades de transmisión sexual (ETS),

consumo alcohol o psicoactivos. Dentro de las ETS que se diagnostican con mayor frecuencia y se vinculan con las AS son *Chlamydia* y *Neisseria gonorrhoeae*. Sin embargo, dado los periodos de ventana requeridos para el desarrollo de la enfermedad, la literatura científica no puede proporcionar datos estimados confiables sobre el riesgo de transmisión considerando además otras ETS como herpes, hepatitis B o infección por VIH a causa de la AS, razón por la cual los estudios en sobrevivientes son obligatorios con el fin de descartar infecciones previas que lleven a decisiones erradas por parte del ente acusador y del mismo juez o establecer nexo causal con la AS (32). Aunque hay evidencia científica que da cuenta de un mayor riesgo de ETS en personas víctimas de violencia intrafamiliar, ya sea sexual, física o psicológica (33).

Por otra parte, el registro de indagación por el posible suministro de alcohol o sustancias psicoactivas y el registro de la solicitud de estudios que confirmen la presencia de estos compuestos estuvo ausente en la mayoría de los casos revisados, esto hace que se dificulte la prueba del agravante punitivo “puesto en incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia”. Vale la pena resaltar que en ninguno de los registros se evidenció el reporte de alguna víctima de AS en condición de discapacidad. Esta condición de la víctima, conlleva a otro agravante del delito pues involucra a una persona en condiciones de inferioridad psíquica que

le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento.

Otro agravante que no se logró confirmar su consideración en los registros evaluados es el embarazo producto de la AS. Las altas tasas de embarazo en < 15 años se asocian, en gran medida, a situaciones abusivas, violencia sexual y vulnerabilidad por falta de acceso a servicios de salud y protección de derechos efectivos así como deficiencias en su prevención a través de la provisión de anticoncepción de emergencia como está establecido en la norma (34). El riesgo de embarazo producto de violencia sexual es más alto en mujeres victimizadas al interior de las relaciones de pareja abusivas, en donde como forma de victimización se evidencia, además, la restricción de acceso a métodos anticonceptivos y/o servicios de salud sexual y reproductiva (35).

En Colombia, la Sentencia C-355 de 2006 (36) y la Sentencia C-055 de 2022 (37), reconocen el derecho de la interrupción voluntaria del embarazo, pero no obliga, cuando este ha sido producto de una violación. La víctima puede optar por la interrupción voluntaria del embarazo, con lo cual se ratifican los derechos a la autonomía y la autodeterminación reproductiva. Por ello, es relevante que en los registros de atención de las víctimas de AS se deje la evidencia que se dio la asesoría en varias opciones. En este sentido, se le debe informar a la sobreviviente que aun estando inmersas en un proceso penal pueden optar por continuar

la gestación y asumir la maternidad o dar el producto de la gestación en adopción o recibir anticoncepción de emergencia (8,9).

El análisis del estudio finalizó con una evaluación de cómo se llevó a cabo el manejo de los casos con enfoque forense con base en las problemáticas jurídicas detectadas. Según los hallazgos de este estudio hay un mejor manejo de los casos cuando se trata de menores de 14 años. En este sentido se documenta mejor las lesiones, se considera recolectar EMP y EF y la atención prioritaria. Estos resultados con diferencias significativas según grupo etario contrastaron con los datos que definieron los otros tres indicadores como fueron los que permiten identificar al agresor, los que hacen referencia a la evidencia demostrativa de los hallazgos así como los que permiten evidenciar si el profesional que abordó el caso tuvo en cuenta los análisis de seguimiento o monitoreo luego de su asistencia en el servicio de urgencias. Reporte similar fue hecho por Sampedro-Arrubla, Suelst-Cock, Quiñones-Camargo y Coronado-Díaz (28), quienes identificaron dificultades relacionadas con 1) preparación y aptitudes del personal que interviene en el proceso de atención, aludiendo a la ínfima capacitación y la falta de sistemas adecuados encargados de supervisar el abordaje realizado por personal en estos casos; 2) las instalaciones utilizadas para la atención de las víctimas, donde se reconocen fallas en las características del lugar: tamaño, iluminación, higiene, no proporciona la privacidad suficiente para la atención;

3) la implementación de políticas públicas en la materia que, a pesar del compromiso demostrado por el Estado Colombiano con la protección a las víctimas de delito sexual, denota camino por recorrer en términos de la aplicación y ejecución de protocolos para la atención de las sobrevivientes, programas de capacitación financiados enfocados en mejorar la asistencia de las mismas, y campañas de socialización de los derechos que tienen y las rutas de atención a las cuales podrían acudir; 4) los servicios prestados a las sobrevivientes, que hacen referencia a la prestación de una asistencia integral (física, psicológica, jurídica), que cuente además con un seguimiento permanente; y 5) la evocación de los hechos; relacionada con la fatiga y angustia producida por la evocación reiterada de los hechos que se le solicita a la sobreviviente. Estos resultados fueron consistentes con los de Barragán-Gamba & Rojas-Rodríguez (14) y el de Moreno *et al.* (10) quienes de manera conjunta identificaron barreras actitudinales y administrativas, las cuales terminan revictimizando a las sobrevivientes y vulnerando sus derechos. En general, no se evidenció la aplicación de manera oportuna y efectiva de todos los procedimientos establecidos en el protocolo de atención en salud integral para víctimas de violencia sexual, no se evidenció el manejo de casos por parte de un equipo interdisciplinario, la falta de entrenamiento del personal y una deficiente coordinación intersectorial. Todas estas barreras contribuyen a transgredir el marco normativo en Colombia, que por el contrario busca el restablecimiento

de los derechos de las sobrevivientes de AS y su atención integral para mitigar todos los eventos adversos asociados posteriores al delito e incluso el proceso judicial.

Conclusiones

Las normas operan como matrices simbólicas y penales de restablecimiento de los derechos de las sobrevivientes de AS, los cuales no alcanzan a ser cubiertos por los procesos y procedimientos internos del sistema de salud que es reiterativo en transgredir aquellas que están bajo su tutela y que configuran graves consecuencias en materia del derecho penal.

En este sentido, el manejo de los casos con perspectiva forense y la cadena de custodia de los EMP/EF así como su respectiva oportunidad de recolección de acuerdo a como se consumaron los hechos muestran debilidades, lo que deja al descubierto actuaciones no conformes según el marco legal en Colombia para prevenir, investigar y sancionar las agresiones sexuales como reza la Resolución 0459 de 2012 (8).

Considerando que la violación es un fenómeno de fuerte impacto en la vida de niños, niñas, adolescentes y personas adultas, su testimonio no sólo debe tomarse como un dato o un hecho que configura un tipo de registro formal, estos relatos son episodios de sufrimiento y de riesgo crónico en salud mental y social, lo cual eleva la obli-

gatoriedad del personal de la salud en no transgredir la norma la cual opera como un dispositivo de norma sustancial que demanda cumplimientos interinstitucionales e interdisciplinarios. La no documentación de los datos que se esperan encontrar en los relatos de los hechos que rinden las víctimas, ponen en evidencia el desconocimiento de la importancia de estos no solo para el proceso de investigación judicial sino para mitigar la revictimización como lo menciona el marco normativo que debe aplicar el personal sanitario de todo municipio, sea cabecera o periferia.

La crisis del sistema sanitario en materia del rol del personal, se inscribe en una crisis de ética profesional, bioética y formación humanística, donde el estado y las instituciones son responsables de la salud y la calidad de vida psicosocial de las víctimas. Los riesgos crónicos padecidos por las sobrevivientes de AS son dispositivos claros de violación de las normas y un desafío que convoca a repensar el diseño de la atención sanitaria en su política de implementación y cualificación del personal de salud.

El estado colombiano debe ser garante en la vigilancia de la implementación de las políticas y normatividad que protegen los derechos de las niñas, niños, adolescentes y mujeres en particular cuando se trata de violaciones a la vida y a la integridad de la persona, como bien se evidencian en los registros de atención de cuatro hospitales que corresponden a municipios que tienen

población étnica, afrodescendiente, indígena y mestiza, con alta vulnerabilidad social, donde tratados internacionales, establecen obligaciones especiales en favor de estos sectores.

Agradecimientos

A todos los directivos de las instituciones que fueron fuente de información y apoyaron el desarrollo de los diferentes trabajos que permitieron consolidar este documento.

Conflicto de interés: Ninguno

Fuente de financiación: Propia

Referencias

1. Subramanian S, Green, JS. The General Approach and Management of the Patient Who Discloses a Sexual Assault. *Mo Med.* 2015; 112(3):211-7. PMID: 26168593.
2. WHO. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2014.
3. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van IJzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review.* 2015; 2015(24):37-50. Available from <https://doi.org/10.1002/car.2353>
4. Krahé B, Berger A, Vanwesenbeeck I, Bianchi G, Chliaoutakis J, Fernández-Fuertes AA, *et al.* Prevalence and correlates of young people's sexual aggression perpetration and victimisation in 10 European countries: a multi-level analysis. *Cult Health Sex.* 2015;17(6):682-99. doi: 10.1080/13691058.2014.989265.
5. Stockman JK, Hayashi H, Campbell JC. Intimate Partner Violence and its Health Impact on Ethnic Minority Women [corrected]. *J Womens Health (Larchmt).* 2015; 24(1):62-79. doi: 10.1089/jwh.2014.4879
6. Hoehn EF, Overmann KM, Fananapazir N, Simonton K, Makoroff KL, Bennett BL, *et al.* Improving Emergency Department Care for Pediatric Victims of Sexual Abuse. *Pediatrics.* 2018; 142(6):e20181811. doi: 10.1542/peds.2018-1811.
7. Kanan Y, Taskforce for the Improvement of Services for Victims of Rape and Sexual Assault. Overview and comparison of international models of service provision for victims of sexual assault Final Report. 2018. Overview and comparison of international models of service provision for victims of sexual assault.
8. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución de 0459 de 2012 por medio de la cual se adopta el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual. (06 de Marzo de 2012) Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>
9. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución en convocatoria pública del año 2021 por medio de la cual se actualiza el Protocolo de Atención en salud para Víctimas de Violencia Sexual. Disponible en: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2020/12/Actualizacion-Protocolo-de-Atencion-en-salud-para-Victimas-de-Violencia-Sexual.pdf>
10. Moreno SP, Barreto M, Sanabria P, Gonzalez LA & Pinzon A. Evaluación de la atención de la violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública.* 2013; 31(2), 195-201. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000200005&lng=en&tlng=es
11. Bedoya E. Atención de urgencias en Cartagena, Colombia. *NOVA.* 2017; 15(27):91-101.
12. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (4 de Octubre de 1993) <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
13. Slade N, Insights MSD, Ministry of Social Development. Literature review on international best court support models for victim survivors of sexual violence. Wellington: Ministry of Social Development; 2020. Available from <https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/literature-reviews/literature-review-on-international-best-court-support-models-for-victim-survivors-of-sexual-violence.pdf>

14. Barragán-Gamba D, Rojas-Rodríguez LD. Atención en salud a las mujeres víctimas de violencia sexual en un municipio de Colombia. *Magna Scientia UCEVA*. 2021;1:1, 43-51. <https://doi.org/10.54502/msuceva.v1n1a7>
15. Caballero VA, Gomez P, Narvaez CM. Cumplimiento del Protocolo para la Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual, en un Servicio de Pediatría en Bogotá (Colombia). *Acad. Nal. de Med*. 2019; 41(4): 322-338.
16. Salcedo-Cifuentes M, Pino AL, Cortés L. Caracterización de los casos de violencia sexual atendidos en dos instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Palmira-Valle Del Cauca, Colombia. *Rev. Méd. de Risaralda*. 2018; 24(1), 9–14. Available from <https://doi.org/10.22517/25395203.14941>
17. Mwangi MW, Kellogg TA, Brookmeyer K, Buluma R, Chiang L, Otieno-Nyunya B, *et al.* Perpetrators and context of child sexual abuse in Kenya. *Child Abuse Negl*. 2015; 44: 46–55. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.03.011.
18. Haider A, Sohail K, Jahanzeb K, Shemaila S. A Study of Female Sexual Offences in the Year 2013 at DHQ Hospital Dera Ismail Khan. *Ann. Pak. Inst. Med. Sci*. 2014; 10(4);187-192.
19. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta de Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes en Colombia, 2018. Bogotá, Colombia: Gobierno de Colombia; 2019.
20. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079. doi: 10.1542/peds.2015-4079.
21. Colombia, Fiscalía general de la Nacional. Resolución 01774 por medio de la cual se adopta el protocolo de investigación de violencia sexual y se establecen medidas para su implementación y evaluación. (14 de Junio de 2016) Disponible en <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/wp-content/uploads/Resoluci%C3%B3n-01774-003.pdf>.
22. Casey DG, Domijan K, MacNeill S, Rizet D, O'Connell D, Ryan J. The Persistence of Sperm and the Development of Time Since Intercourse (TSI) Guidelines in Sexual Assault Cases at Forensic Science Ireland, Dublin, Ireland. *J Forensic Sci*. 2017;62(3):585-592. doi: 10.1111/1556-4029.13325.
23. Gingras F, Paquet C, Bazinet M, Granger D, Marcoux-Legailu K, Fiorillo M, *et al.* Biological and DNA evidence in 1000 sexual assault cases. *Forensic Sci Int Genet*. 2019;2:138–40. Available from <https://doi.org/10.1016/j.fsigs.2009.09.006>
24. Tozzo P, Ponzano E, Spigarolo G, Nespeca P, Caenazzo L. Collecting sexual assault history and forensic evidence from adult women in the emergency department: a retrospective study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):383. doi: 10.1186/s12913-018-3205-8.
25. Miziara ID, Miziara CSMG, Salguero Aguiar L, Alvez B. Physical evidence of rape against children and adolescents in Brazil: Analysis of 13,870 reports of sexual assault in 2017. *SAGE Open Medicine*. 2022;1-9. doi:10.1177/20503121221088682
26. Amin P, Buranosky R, Chang JC. Physicians' Perceived Roles, as Well as Barriers, Toward Caring for Women Sex Assault Survivors. *Womens Health Issues*. 2017;27(1):43-49. doi: 10.1016/j.whi.2016.10.002.
27. Faronbi JO, Olabisi OI & Grace EO. Perception, Knowledge, and Management of Sexual Violence among Health Workers in a Tertiary Hospital in Nigeria. *International Journal of Caring Sciences*. 2021; 14(2): 972-982. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/18_faronbi_original_14_2.pdf
28. Sampedro-Arrubla JA, Suelst-Cock V, Quiñones-Camargo C, Coronado-Díaz, JD. Proyecto de Atención a Víctimas de Violencia Sexual en el Consultorio Jurídico de la Pontificia Universidad Javeriana. *Vniversitas*. 2014; (119):217-317. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.VJ129.pavv>
29. Mendoza-Villa JM, Herrera-Morales LA. El consentimiento informado en Colombia. Un análisis comparativo del proyecto de ley 24 de 2015 con el código vigente y otros códigos de ética. *Revista CES Derecho*. 2017; 8(1):156-171. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192017000100009&lng=en&tlng=es
30. Rahnavardi M, Shahali S, Montazeri A, Amadi F. Health care providers' responses to sexually abused children and adolescents: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2022; 22(441). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07814-9>
31. Ricœur, P. Amor y justicia. Colección Esprit Número 5. Madrid, España: Caparrós Editores; 2000.

32. Sachs CJ, Ladd M, Thomas B. Sexual Assault Infectious Disease Prophylaxis. [Updated 2022 Apr 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482239/#>
33. Andrade RF, Araújo MA, Vieira LJ, Reis CB, Miranda AE. Intimate partner violence after the diagnosis of sexually transmitted diseases. *Rev Saude Pública.* 2015;49:3. doi: 10.1590/s0034-8910.2015049005424.
34. Organización de Estados Americanos. Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia en las Américas. 2007 Disponible en <https://www.cidh.oas.org/women/acceso07/cap1.htm>.
35. World Health Organization. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Ginebra. 2014. Available from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112325/WHO_RHR_14.11_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=yIntimate partner violence after the diagnosis of sexually
36. República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-355/06. Disponible en <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
37. República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia 055/02. Disponible en <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/C-055-22.htm>