

IDENTIFICAR LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO RELACIONADA CON LA
IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL EN LOS MUNICIPIOS DE LIBORINA Y YARUMAL DEL
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA – 2015.

Por:

Margarita Maria Ochoa Saldarriaga

Lina Maria Bedoya Castañeda

Paula Andrea Ángel Higueta

Lina Maria Giraldo Henao

Maria Patricia Lopera Ossa

Juan Pablo Robayo Orozco

LUISA EMILIA NOVOA

Asesor Metodológico

HECTOR MANUEL QUIROS ARANGO

Asesor Científico

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

MEDELLIN

2015

DEDICATORIA

A Dios: por habernos permitido llegar hasta este punto, por darnos salud y sabiduría para lograr nuestras metas. Además por darnos la paciencia necesaria para continuar a pesar de todas las adversidades.

A nuestros padres. Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, la motivación constante que nos ha permitido ser unas personas de bien, por los ejemplos de perseverancia, pero más que nada, por su amor.

A nuestros cónyuges y compañeros. Por habernos apoyado en todo momento, sacrificando nuestros espacios, por su paciencia y amor incondicional.

A mis amigos. Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Lina Maria Giraldo, Lina Maria Bedoya, Margarita Maria Ochoa, Paula Andrea Ángel, Maria Patricia Lopera y Juan Pablo Robayo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores del presente, expresamos un profundo agradecimiento primeramente a Dios por permitirnos realizar un sueño más en nuestras vidas, a la Sra. Adriana María Maya Gallego, Alcaldesa del Municipio de Liborina y a el Sr. Miguel Ángel Peláez Henao, Alcalde del Municipio de Yarumal, quienes gentilmente permitieron y apoyaron la ejecución del proyecto en sus localidades. Igualmente a las entidades e instituciones de éstos municipios, Policía, Fiscalía, SIJIN, Ministerio Público, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Organizaciones de Mujeres , Personerías municipales, Instituciones educativas y hospitalarias: ESE San Juan de Dios del Municipio de Yarumal y ESE San Lorenzo del Municipio de Liborina y a sus gerentes.

A nuestro Coordinador y maestro Dr. Héctor Manuel Quiroz y a nuestra asesora Luisa Emilia Novoa y en general a todos los docentes, quienes orientaron de manera rigurosa, académica y objetiva el proceso de formación durante la especialización.

A la Universidad Cooperativa de Colombia, por su generosidad de acogernos como propios y su compromiso con el conocimiento y la investigación.

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es una problemática mundial que en las últimas décadas ha sido reconocida como una violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos que vulnera la dignidad humana, la integridad, libertad, igualdad y autonomía, entre otros. Se constituye en una problemática de salud pública por su magnitud y las afectaciones que produce en la salud física, mental y social.

La violencia sexual tiene repercusiones en el bienestar y la salud física, mental y social de las víctimas y sus familias, así como de la sociedad en general.

En Colombia desde los años 90, se han producido avances relevantes frente a la violencia sexual en materia legislativa, su reconocimiento como una problemática de salud pública, el establecimiento de los derechos de las víctimas y la adopción de guías y protocolos de atención, sin embargo las estadísticas muestran que sigue siendo un problema creciente teniendo en cuenta que su prevención y atención es un trabajo intersectorial que reúne a diferentes actores.

Ministerio de Salud y Protección Social emite el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual a las instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales y equipos interdisciplinarios como una herramienta de atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual, acorde con el “Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”, construido y financiado en el marco del Convenio 620 de 2010 celebrado por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Dicho protocolo comprende 15 pasos a seguir para la atención de las víctimas de violencia sexual

Es por eso que este trabajo tiene como finalidad ilustrar el estado actual , manejo e implementación de la ruta de atención sexual en los municipios de Yarumal y Liborina, del departamento de Antioquia, pretende brindar información útil que permita realizar intervención oportuna por instancias estatales mediante argumentos basados en resultado de información, que permitan lograr cambios a favor de más y mejores garantías de protección, de acceso a la justicia y de reparación a víctimas de violencia sexual. Mediante aplicación de instrumento de verificación de ruta que sea de utilidad para otros municipios en identificación de puntos críticos y permita generación de conocimiento.

En la parte inicial se presenta las características del problema de violencia sexual en población de ambos municipios en la segunda parte se realiza una revisión detallada del el marco normativo de nuestro país que tienen como objetivo reglamentar la atención a las víctimas de violencia sexual de manera integral y se exponen estadísticas de presentación, en la tercera parte se aplica el instrumento de verificación como prueba piloto para dos municipios y finalmente la cuarta parte de este trabajo se enfoca en los resultados arrojados por el instructivo aplicado que nos permite mediante los hallazgos realizar recomendaciones para una correcta aplicación de ruta.

ABSTRACT

Sexual violence is a global problem that in recent decades has been recognized as a violation of human rights, sexual and reproductive violation of human dignity, integrity, freedom, equality and autonomy, among others. It constitutes a public health problem because of its magnitude and the effects it has on physical, mental and social health.

Despite the many campaigns that have been conducted at the global, national and local level, figures show a high degree of impact on the population, being most vulnerable children and women. Besides sexual violence it has implications for the well-being and physical, mental and social health of the victims and their families as well as society in general.

That is why this paper aims to illustrate the current status, management and implementation of the path of sexual attention in the municipalities of Yarumal and Liborina, Antioquia department, aims to provide useful information that permits timely intervention by state agencies by arguments based on outcome of information, which can effect change in favor of more and better guarantees of protection, access to justice and reparations for victims of sexual violence. By application of tool path verification to be of use to other municipalities in identifying critical points and allow knowledge generation.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN	4
ABSTRACT.....	6
GLOSARIO	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....	14
2. RESEÑA Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA.....	20
2.1 MUNICIPIO DE YARUMAL ANTIOQUIA.....	20
2.2 MUNICIPIO DE LIBORINA ANTIOQUIA.....	22
3. MARCO TEÓRICO	24
4. OBJETIVOS.....	62
4.1 Objetivo General	62
4.2 Objetivos Específicos.....	62
5. METODOLOGÍA.....	63
5.1 TIPO DE ESTUDIO	63
5.2 POBLACIÓN.....	63
5.3 MUESTRA Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	63
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	63
5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	63
5.6 PLAN DE RECOLECCIÓN	64
5.7 PLAN DE ANÁLISIS.....	64
6. CRONOGRAMA	65
7. PRESUPUESTO GLOBAL DEL PROYECTO.....	66
8. COMPONENTE ÉTICO DEL ESTUDIO	71
9. RESULTADOS	72
10. DISCUSIÓN	77
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
12. ANEXOS	82
13. BIBLIOGRAFÍA	106

GLOSARIO

- 1. ABUSO:** es el mal uso del poder a través del cual la persona atacante consigue control o ventaja sobre la persona sujeta al abuso, usando y causando daño físico o psicológico, o incitando a tener miedo de ese daño¹.
- 2. ABUSO SEXUAL:** aprovechamiento, por parte del sujeto activo del delito o agresor, de circunstancias que lo ubican en una situación ventajosa frente a la víctima².
- 3. ACOSO SEXUAL:** El que en beneficio suyo o de un tercero realiza, persecución, hostigamiento o asedio física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona, valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica².
- 4. ACCESO CARNAL VIOLENTO:** El que realice acceso carnal con otra persona mediante violencia³.
- 5. AGRESIÓN:** todo acto por el cual se lesiona a otro o a sí mismo⁴.
- 6. AVENIMIENTO:** Consiste legalmente en un acuerdo de partes por el cual se ponen fin a sus diferencias, terminando el litigio⁵.

- 7. ATACANTE:** es una persona, grupo o institución que directamente inflinge, apoya y condona la violencia u otra forma de abuso en contra de una persona o grupo de personas¹.
- 8. CONOCIMIENTO:** es un conjunto sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje del ser humano⁶.
- 9. DERECHOS HUMANOS:** hace referencia a las libertades, reivindicaciones y facultades propias de cada individuo por el sólo hecho de pertenecer a la raza humana. Esto significa que son derechos de carácter inalienable (ya que nadie, de ninguna manera, puede quitarle estos derechos a otro sujeto más allá del orden jurídico que esté establecido) y de perfil independiente frente a cualquier factor particular (raza, nacionalidad, religión, sexo, etc.)⁷.
- 10. EXPLOTACIÓN SEXUAL:** violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la cosificación de la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente. consiste en el ejercicio de dominio o propiedad sobre el cuerpo de otro ser humano, utilizado para provecho o beneficio¹.
- 11. EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL:** Hace referencia a la violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la cosificación de la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente. Se define explotación como “el obtener provecho económico o cualquier otro beneficio para sí o para otra persona⁸.”

12. ESCLAVITUD SEXUAL: es el ejercicio de propiedad que ostenta una o varias personas sobre las víctimas, para que realicen uno o más actos de naturaleza sexual. El ejercicio del derecho de propiedad se ve materializado en actos de compraventa, préstamo o trueque del cuerpo y de la integridad sexual de la víctima o que se desarrolle a través de un tipo de privación de la libertad o autonomía¹.

13. FAMILIA: grupo de personas emparentadas entre sí que poseen un grado de parentesco y viven juntas en el mismo hogar⁹.

14. GERENCIA DEL CONOCIMIENTO: es el proceso de administrar continuamente conocimiento de todo tipo para satisfacer necesidades presentes y futuras, para identificar y explotar recursos de conocimiento tanto existentes como adquiridos y para desarrollar nuevas oportunidades¹⁰.

15. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL: son INFECCIONES causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral¹¹.

16. INTEGRIDAD SEXUAL: es la libertad sexual de los mayores de 18 años y el desarrollo sexual de los menores, nadie puede introducirse en la esfera sexual de otra persona sin capacidad para consentir o sin su consentimiento¹².

17. MANOSEOS: acción y efecto de manosear, de acariciar o toquetear una persona repetidamente con las manos¹³.

18. MUTILACIÓN GENITAL: resección parcial o total de los genitales externos y otras lesiones de los órganos genitales por motivos no médicos¹⁴.

19. PROSTITUCIÓN FORZADA: acto a través del cual el agresor obliga a una o más personas a realizar actos de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza o mediante coacción, como la causada por temor a la violencia, la intimidación, la detención, la opresión psicológica o el abuso de poder o aprovechando un entorno coercitivo o la incapacidad de las víctimas de dar su libre consentimiento, para de esta manera obtener o esperar obtener ventajas pecuniarias o de otro tipo a cambio de los actos de naturaleza sexual o en relación con ellos¹.

20. TRATA DE PERSONAS CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL: es una manifestación de esclavitud que va en detrimento de la dignidad humana al equipar a los seres humanos a la condición de objetos y someterlos a diferentes formas de explotación y violencia¹.

21. VIOLACIÓN: es una forma de violencia sexual en la que el agresor utiliza la fuerza o la amenaza de usarla como mecanismo para realizar cualquier tipo de acto sexual con la víctima¹⁵.

22. ASALTO SEXUAL: cualquier acto de naturaleza sexual no deseado como besos, caricias, sexo oral o anal, penetración vaginal, que es impuesto a una persona con violencia¹.

23. VIOLENCIA: es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones¹⁶.

24. VIOLENCIA DE PAREJA: es un proceso en el que los comportamientos y actos violentos son ejercidos por un compañero o cónyuge actual o anterior, con el fin de someter a su pareja¹⁷.

25. VIOLENCIA FISICA: acciones no accidentales que buscan agredir el cuerpo de la mujer. Empujones, zamarreos, bofetadas, puntapiés, tirones de cabello, combos, estrangulamiento, quemaduras, ataques con objetos, armas o sustancias químicas⁸.

26. VIOLENCIA PSICOLOGICA: Psicológica: insultos verbales y gestuales, chantaje emocional; amenazas, descalificaciones, imposición de gustos, ideas o credos. Control de los actos cotidianos de la mujer, escenas de celos y amenazas, culpar a la víctima de la violencia. Ridiculización en público; limitar, prohibir o impedir a la mujer elegir libremente amistades, mantener vínculos sociales, participar en actividades sociales, el

menoscabo a través de la internet; el acoso por teléfono o e-mail o presencial en la calle, trabajo, lugar de estudio o cualquier otro lugar de actividad de la mujer⁸.

27. VIOLENCIA SEXUAL: cualquier acto sexual o tentativa de consumarlo, sin que sea consentido. Incluye desde insinuaciones sexuales hasta la consumación de actos de invasión y agresión, mediante la coacción, amenazas, fuerza o intimidación. Violación, incesto, abuso sexual, esterilización y embarazo forzado; prostitución forzada, matrimonio o cohabitación forzosa; esclavitud sexual, la trata de mujeres, explotación sexual, acoso sexual; no permitir a la mujer adoptar protección de las enfermedades de transmisión sexual⁸.

Es todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona¹.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

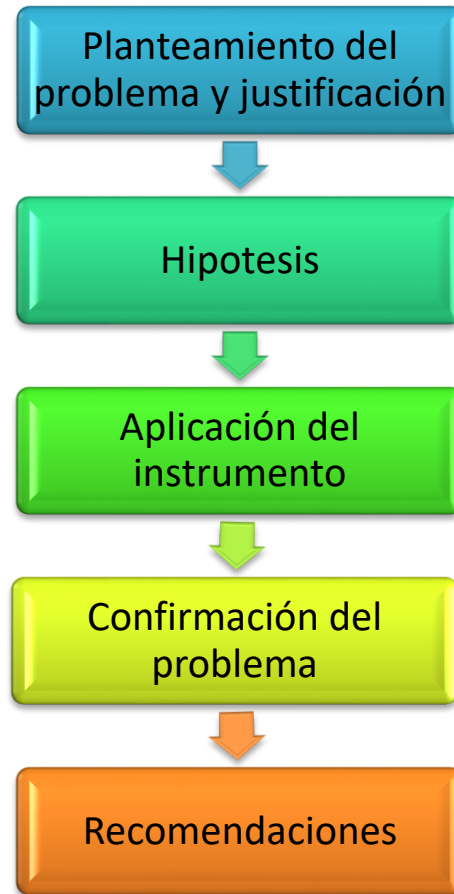


Fig. 1 Esquema del planteamiento del trabajo

La gestión del conocimiento, ha sido aplicada en todas las áreas a través de los tiempos y en la actualidad trae consigo grandes impactos, convirtiéndose en un elemento fundamental en toda gestión administrativa y social; pues ha permitido generar estrategias para fortalecer las diferentes entidades en todos sus niveles, llevándolas a estandarizar procesos y procedimientos, permitiendo el uso eficiente de los recursos humanos, físicos, intelectuales, de infraestructura, entre otros recursos importantes.

Según Canals (2002), en los países desarrollados las organizaciones han mostrado interés por la capacitación y el desarrollo de los modelos propios, para la administración o gerencia del conocimiento, y así incrementar su capacidad innovadora y la instauración de ventajas competitivas¹⁸.

Debido a los grandes vacíos que aún existen en la gestión del conocimiento, en un estudio realizado por Cesar Bernal en el 2011, se orientó fundamentalmente a dar respuesta al siguiente interrogante: “¿Cuáles son los componentes y características de un modelo integral de gerencia o de administración basada en el conocimiento pertinente a las particularidades de las organizaciones y el entorno local, nacional y global?”¹⁸, respondiendo con el diseño de un modelo integral y holístico de la administración basada en el conocimiento, donde es importante los aspectos generales pero también las necesidades y condiciones únicas de las organizaciones en su entorno, además de integrar factores que fortalezcan el proceso integral de administración y así permitir que las organizaciones construyan una ventaja competitiva y sostenible con beneficio para los diferentes grupos¹⁸.

De acuerdo con Navas y Guerras (2002), si se quiere garantizar ventajas competitivas, requiere que las organizaciones pongan atención a los recursos y capacidades, preferente a identificarlas y desarrollarlas. Por otro lado, Benavides y Quintana (2003) reconocen la importancia del conocimiento como determinante en las organizaciones para mejorar su capacidad competitiva¹⁸.

En este sentido, según Grant (1996) y Bollinger y Smith (2001), para una que una organización sea competitiva debe tener mecanismos para capturar, sistematizar, socializar, crear y usar el conocimiento. Por ello, para Kogut y Zander (1992), invertir en conocimientos y capacidades en las organizaciones, posibilitan llevar a cabo estrategias competitivas y así responder a las

exigencias de los retos del nuevo orden mundial. Así, para Nonaka y Takeuchi (1998), en la nueva sociedad las organizaciones cambian y se transforman rápidamente y solo serán las organizaciones competitivas si crean un nuevo modo de conocimiento¹⁸.

En la actualidad en el país se evidencia un gran interés por generar y desplegar el conocimiento de temas prioritarios en diferentes áreas, especialmente en salud pública; uno de ellos es la violencia que genera grandes dificultades a nivel social y que aún con sub-registro, presenta altos índices a nivel mundial la cual se manifiesta de diferentes formas, una de ellas es la violencia sexual, donde las víctimas que sobreviven a esta y su grupo familiar se ven afectadas con graves problemas físicos y psicológicos a corto y a largo plazo. Además se evidencia un costo económico y social elevado tanto para el estado como para la víctima y su entorno familiar.

El departamento de Antioquia no es ajeno al problema de salud que representa la violencia sexual en municipios donde se han presentado casos como Liborina, que está ubicado en la sub-región del Occidente Antioqueño y Yarumal ubicado en la región norte.

A pesar de que a nivel Nacional existen normas y protocolos de atención para esta población la falta de conocimiento de estos protocolos, hacen que la atención de las víctimas de violencia sexual tenga falencias. En el municipio de Yarumal se ha identificado que hay falencias al momento de la atención de esta población víctimas de violencia sexual por el desconocimiento que tienen algunos actores responsables de la atención frente a los protocolos, además se presenta una rotación del personal asistencial que trabaja en la ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal, ya que la contratación del personal se hace por medio de empresas contratistas. Por otro lado, la falta de conocimiento de la comunidad en cuanto que hacer cuando se identifican

casos de violencia sexual, ya que no hay una socialización con esta y solo los actores involucrados son los conoedores.

En el municipio de Liborina, se evidencia que la falta de un modelo de atención a nivel municipal, la articulación que debe de haber entras las instituciones municipales y la alta rotación de personal asistencial que atiende en el hospital, hace que la ruta tenga falencias y poca operativa.

Se pretende identificar el conocimiento que tienen los diferentes actores que intervienen en el proceso de atención a la población víctima de violencia sexual, sobre la adecuada implementación del modelo de atención integral a personas de violencia sexual, ya que desde una perspectiva de algunos actores, hay una desarticulación y falta de conocimiento entre las diferentes entidades a quienes les corresponde la atención de estas víctimas en los municipios de Liborina y Yarumal, traduciéndose en retrasos en el manejo integral de los pacientes, lo cual lleva a plantear la inquietud de *¿Cómo permita identificar la gestión del conocimiento relacionada con la implementación del modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual en los municipios de Liborina y Yarumal?*

Debido a la preocupación que genera la adecuada atención integral de una víctima de violencia sexual, para todos los escenarios municipales, surge la necesidad de realizar el presente trabajo de investigación con miras a identificar la gestión del conocimiento a nivel municipal con relación a la norma del modelo de atención de víctimas de violencia sexual según el Ministerio de Salud y Protección Social y la resolución 459 de 2012, que permita un manejo integral al problema de la violencia sexual siendo justificado por su alta frecuencia, como por las

consecuencias devastadoras a corto y a largo plazo, que ocasiona en la vida sexual, afectiva, emocional y social de las víctimas.

La violencia sexual disminuye el poder individual, familiar y social de la víctima en habilidades, necesidades e intereses, generando retrasos en la atención y no permitiendo una atención integral a las víctimas de la violencia, la familia, victimario y comunidad en general.

El identificar el conocimiento que tienen las personas en las diferentes entidades a nivel municipal que participan en la atención integral a personas víctimas de violencia sexual, permite una interrelación de todos, por medio de la capacitación y sensibilización del personal en cuanto a la violencia sexual, para mejorar la atención a las víctimas de este tipo de delito y así unificar criterios y minimizar el riesgo de incumplir algunas actuaciones indispensables y re-victimizar a la víctima y su núcleo familiar, generando más problemas sociales.

Esta generación de conocimiento sobre el modelo de atención integral llevará a tener organizaciones más empoderadas y funcionales frente a un tema tan complejo como es el de la violencia sexual y llevara a prácticas seguras y atenciones más oportunas y eficaces, lo que se traduce en mejora de la calidad de vida de las víctimas, las familias y la sociedad en general.

Por otro lado, varios estudios muestran que las mayores cifras de violencia sexual se presentan hacia la mujer. Según una publicación realizada por ONU Mujeres el 70% de las mujeres sufren violencia física y/o sexual a lo largo de su vida a manos de una pareja, haciendo que esta violencia tenga un alto costo no solo para el estado sino para la víctima, la familia, el victimario

y la sociedad en general. Por ejemplo en Estados Unidos en el 2003, la agresión por la pareja de la víctima asciende a 5.800 millones de dólares¹⁹.

En la actualidad, se evidencia como a nivel mundial se le da una gran importancia a todo lo que se refiere con violencia sexual, ya que las cifras muestran que de cada 10 personas, 8 son mujeres, y 7 de cada 10 son menores²⁰; lo que prende las alarmas a nivel mundial y se comienzan a generar campañas como He for She de ONU Mujeres. Se percibe que los hombres no denuncian por el miedo a ser señalados. Es por esto que se decide realizar una investigación sobre el modelo de atención a estas víctimas, para dignificar, no re-victimizar y generar la suficiente confianza a la víctima.

2. RESEÑA Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA

2.1 MUNICIPIO DE YARUMAL ANTIOQUIA

Municipio de Colombia, localizado en la subregión Norte del departamento de Antioquia. Limita al norte con el municipio de Valdivia, al oriente con los municipios de Campamento y Angostura, al Noroeste con el municipio de Briceño, al occidente con el municipio de San Andrés de Cuerquia y al sur con el municipio de Santa Rosa de Osos.



Fue fundado el 29 de Marzo de 1787 y la construcción del municipio fue el 13 de Abril de 1911. El nombre actual, Yarumal, proviene de la especie vegetal de nombre yarumo, de la familia Urticaceae, muy abundante en la región por los días de la fundación y conocida en el lenguaje botánico latino como *Cecropia peltata* L. El municipio también es llamado la Ciudad Retablo, la Estrella del Norte, la Sultana del Norte y mundialmente llamado Jumanji.

Cuenta con vías terrestres y aéreas, el estado de las vías de acceso al municipio son buenas, las vías a veredas y corregimientos son destapadas lo que dificultan el acceso a las mismas. Hay transporte diario a cada una de las veredas y corregimientos, lo que permite a los habitantes el desplazamiento entre cabecera municipal y la zona rural del municipio. El tiempo de

desplazamiento de la cabecera municipal a la capital del departamento la ciudad de Medellín es de 150 minutos aproximadamente.

De acuerdo con las cifras del SISBEN de Yarumal con corte al 30 de Julio, Yarumal cuenta con 46 865 habitantes (2015), de los cuales, 30 515 (64.50%) vive en la zona urbana y unos 16 350 (35.50%) residen en la zona rural. El municipio cuenta con una densidad poblacional de aproximadamente 56.26 habitantes por kilómetro cuadrado. Del total de la población, el 46,8% de sus habitantes son hombres y el 53,2% son mujeres.

El crecimiento poblacional de Yarumal, ha estado influenciado por una serie de factores tales como; desplazamientos por la violencia, incrementos de cultivos andinos, ubicación geoestratégica, intereses laborales, entre otros. Este crecimiento ha generado que el municipio sea uno de los más poblados en la región, dinámica que se refleja en el desequilibrio entre el rápido incremento poblacional y el desacelerado desarrollo urbanístico.

La tasa de alfabetismo en la población mayor de 5 años de edad es del 88.1%. Los servicios públicos tienen alta cobertura, ya que el 96,7% de las viviendas cuenta con servicio de energía eléctrica, el 84,4% tiene servicio de acueducto y el 76,2% cuenta con comunicación telefónica.

Para la prestación de los servicios de salud cuenta con la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Yarumal, que presta servicios de primer y segundo nivel de atención en Urgencias, consulta externa de medicina general, odontología y medicina especializada así: oftalmología, otorrinolaringología, urología, anestesia, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y fisioterapia; también cuenta con servicio de optometría, laboratorio clínico , endoscopia digestiva, ecografía y todos los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad bajo los estándares de habilitación actuales. Del Hospital regional dependen a su vez 7 centros de salud en áreas rurales que están abiertos de 8:00 am a 4:00 pm de Lunes a Viernes y

los días Sábado de 8:00 am a 12:00 m. Además cuenta también con dos IPS que atienden primer nivel a los usuarios del régimen contributivo (SURA, Coomeva y Saludcoop) de la región²¹.

2.2 MUNICIPIO DE LIBORINA ANTIOQUIA

Liborina es un municipio de Antioquia, Colombia, localizado en la subregión Occidente del departamento de Antioquia. Limita por el norte con los municipios de Sabanalarga, San Andrés de Cuerquia y San José de la Montaña; por el este con los municipios de San José de la Montaña y Belmira, por el sur con el municipio de Olaya, y por el



Su cabecera dista 92 kilómetros vía Sopetrán y 83 kilómetros vía Santa Fe de Antioquia (sólo vehículos pequeños y motocicletas), de la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia. Tiene una extensión de 217 kilómetros cuadrados. Se comunica por carretera con los municipios de Sabanalarga, San José de la Montaña, Belmira, Olaya y Buriticá.

Población Total: 9 535 hab. (2015)

- Población Urbana: 1 761
- Población Rural: 7 774
- Alfabetismo: 85,6% (2005)

- Zona urbana: 90,6%
- Zona rural: 84,4%

Las tierras que hoy componen este municipio estuvieron habitadas al momento de la conquista por comunidades Nutabes y Tahamíes, que se defendieron furiosamente de los invasores españoles.

Liborina se fundó el 7 de marzo de 1832, el 25 de septiembre del mismo año se realizaron los trámites para la creación de la parroquia y su escisión de Sacaojal. Fue erigido municipio en el año de 1833, cuando el entonces gobernador de Antioquia Juan de Dios Aranzazu, ordenó la creación del municipio en los terrenos del actual Liborina, para honrar la memoria del ex presidente de Colombia Liborio Mejía, héroe de la independencia de estas tierras.

Dedicada a la agricultura y a la ganadería, sus productos principales el café, caña de azúcar, frutales y frijol. Cuenta también con ingenios paneleros.

La atención en salud está a cargo de la Empresa Social del Estado Hospital San Lorenzo de primer nivel de atención con servicios de urgencias consulta médica general y de odontología y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad habilitados, ubicada en la zona urbana del municipio. Adicionalmente cuenta con 4 centros de salud rurales en cada uno de los corregimientos del municipio prestando sus servicios de lunes a sábado de 7:00 am a 4:00 pm. No cuenta con otras IPS que presten servicios de salud en el municipio.

3. MARCO TEÓRICO

Actualmente a nivel mundial, se están trabajando dos temas de suma importancia, la gestión del conocimiento y la violencia sexual. Si bien sabemos que son dos mundos grandes y con mucha literatura, aún faltan muchos de documentos e instrumentos de verificación, por descubrir, que solo serán posibles si a partir de un tema se genera conocimiento para dar pasos dentro de una organización, una institución educativa, un grupo de investigación o simplemente para nuestras propias vidas. El marco teórico de esta investigación se divide en varias partes, una primera parte donde se habla de toda la gestión del conocimiento, una segunda parte donde se aborda la violencia sexual y una tercera parte donde se unen los dos conceptos que son el objetivo de este estudio.

Cuando se habla de generar y fortalecer el conocimiento, no se refiere a cualquier tipo de conocimiento, sino a aquel que permita desplegar competencias esenciales o las capacidades esenciales²².

A través de los tiempos se venía desarrollando la gestión del conocimiento, sin saber que años más tarde este término tomaría posición en todas las áreas del conocimiento y que todo lo aplicable giraría en torno a la gestión del conocimiento. Si vamos a la literatura, podremos encontrar varios significados. En una presentación publicada en la página web del Ministerio de Educación Nacional, define la gestión del conocimiento según Davenport como: “el proceso de captura, distribución y uso efectivo del conocimiento dentro de una organización”²³.

Otra definición dada en el manual de la gestión del conocimiento de las naciones unidas, se puede decir que es: “una disciplina emergente que se va afirmando con la aparición de nuevos paradigmas en los sistemas económicos nacionales e internacionales” (Peluffo & Contreras, 2002). Sin embargo, a pesar de las múltiples definiciones que se pueden encontrar en la literatura, aun no hay una definición unificada de este concepto, pero lo que sí es claro es que la gestión del conocimiento es usar efectivamente el conocimiento adquirido y transmitirlo según las áreas del conocimiento que se tengan.

El conocimiento informal, siempre ha existido, sin embargo, la formalización del conocimiento, ha permitido una mejor comunicación, conociendo amenazas, oportunidades, fortaleza y debilidades, para tomar las acciones correctivas a tiempo y así mantener una buena competitividad²⁴. Gestionar el conocimiento significa reconocer y gobernar actividades y elementos que resultan esenciales para contribuir a la organización y a sus integrantes la capacidad de aprender²⁵.

La gestión estratégica del conocimiento es una disciplina que tiene como objetivo generar, compartir y utilizar el conocimiento tácito y explícito existente en un determinado espacio y así dar respuestas a las necesidades de los individuos y de las comunidades en progreso y determinar sus planes estratégicos de desarrollo en el mediano y largo plazo. El motivo que causó la aparición de la Gestión de Conocimiento fue la poca habilidad en las prácticas gerenciales para administrar eficientemente el conocimiento tácito y a su vez cambiarlo a explícito²⁶.

Los resultados muestran que la gestión del conocimiento influye en factores tanto operativos, como financieros y de innovación. Si bien es cierto que a mayor grado de gestión del conocimiento, mayor trabajo en equipo, incrementando así el empoderamiento y flexibilizando la toma de decisiones. Sin embargo, este se complementa con el aprendizaje organizativo que se

mide como la eliminación de conocimiento obsoleto y creación de nuevo conocimiento (Hedberg, 1981)²⁷.

En la gestión del conocimiento, se pueden identificar algunos objetivos fundamentales que se deben de cumplir para alcanzar un buen conocimiento²²:

- Formular estrategias exitosas organizacionales para el desarrollo, adquisición y aplicación del conocimiento.
- Implementar estrategias orientadas al conocimiento buscando el apoyo a las condiciones influyentes de la organización.
- Promover el mejoramiento continuo de los procesos.
- Monitorear y evaluar los logros obtenidos a través del conocimiento.

Es importante también señalar que en Colombia se han preocupado por el tema centrado básicamente en factores tales como las herramientas tecnológicas. Diferentes investigaciones realizadas en empresas localizadas en la ciudad de Bogotá, se enfocan a indagar sobre la importancia que tiene la gerencia del conocimiento en la implementación de estrategias de negocio¹⁸.

Por otro lado, no se puede desconocer que el trabajo en equipo es parte fundamental en cualquier ámbito laboral, social o académico. Es por esto que si hablamos de ámbito laboral, los esfuerzos organizativos permiten gestionar los procesos y actividades asociadas al conocimiento y esto es llamado “gestión del conocimiento”. Según Múnera y Franco (2002), existen dos partes básicas del conocimiento: a) los recursos humanos que intervienen en los procesos y b) la información

manejada en dichos procesos, que invita al recurso humano a incrementar su formación o habilidades para el desarrollo de sus tareas. De igual manera, crear un proceso de transformación cultural acerca del trabajo en equipo, es un trabajo largo que requiere de tiempo, para así tener una fuerte plataforma de pensamientos, conocimientos y modelos que permitan generar, almacenar, transferir y utilizar conocimiento constantemente entre el mismo equipo de trabajo. Esto aumenta la motivación y satisfacción de los trabajadores, eleva los niveles de productividad, mejora la comunicación, genera compromiso individual y comunitario en cuanto a metas comunes, flexibiliza la estructura organizativa y garantiza el desarrollo de competencias profesionales. Además los subprocesos se ven favorecidos, ya que la necesidad de comunicación dentro del equipo y entre los equipos, los obliga a transformar su conocimiento tácito en explícito, enriqueciendo el conocimiento interno, el aprendizaje y el conocimiento externo²⁸.

Así pues, se puede identificar desde la gestión del conocimiento, la gran falencia en el desconocimiento de rutas de atención en desplazamiento forzado, violencia, entre otros. Al identificar esto, la violencia contra la mujer especialmente la violencia sexual, es uno de los casos donde las personas y las instituciones no conocen la ruta de atención y muchas de las mujeres no denuncian por diferentes motivos.

Es por esto que se realiza una revisión de literatura para encontrar la mayor cantidad de conceptos, cifras y detalle sobre la violencia sexual a nivel mundial, nacional y municipal, y así abordar la mayoría de aspectos que se requieren.

La violencia sexual tiene sus orígenes en un problema social, que enmarca la desigualdad de género y en relaciones de poder entre hombres y mujeres. A nivel social, se evidencia como factor central la falta de apoyo de la comunidad donde vive la mujer, de instituciones

municipales importantes como los organismos encargados de garantizar el cumplimiento de la ley y los servicios de salud, lugares de trabajo y escuelas, pero también de su familia.

Según la OMS la violencia contra la mujer se puede definir como: "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"²⁹.

Existen varias formas de violencia: física, sexual, psicológica, matrimonial y económica que se definirán a continuación:

La violencia física: "Golpizas, agresiones con objetos o líquidos que puedan hacer daño, los encierros, las sacudidas, los estrujones y otras conductas que busquen hacer daño a las mujeres"³⁰.

La violencia sexual: "Violencia, abuso sexual, tocamientos, manoseos, prostitución forzada, la trata de personas, los matrimonios precoces y los actos violentos contra la integridad sexual de la mujeres"³⁰.

La violencia psicológica: "Uso de palabras soeces, chantajes, frases que buscan desconocer el valor de otras personas, los celos, el control del tiempo y las relaciones personales, entre otras que afectan el bienestar emocional"³⁰.

La violencia patrimonial: "Ocasiona pérdida, sustracción, destrucción o retención de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores o derechos económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer"³⁰.

La violencia económica: “Acciones u omisiones orientadas al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a una persona por razón de su condición social, económica o política”³⁰.

Para muchas personas algunas de estas violencias son desconocidas, pero sin duda alguna la violencia sexual y física son las más conocidas y denunciadas en nuestro medio.

De acuerdo con las normas internacionales y nacionales, es responsabilidad del estado frente a estos tipos de casos, el restablecer los derechos que han sido vulnerados y garantizar la reparación del daño en un pronto y eficaz proceso judicial. Cabe resaltar que se considera abuso sexual, todo acto que atente contra la dignidad y la libertad de una persona mediante el uso de fuerza física, psíquica o moral, con el fin de imponer una conducta sexual en contra de su voluntad³¹.

Existen entidades que deben velar por una buena atención de estas víctimas y así contribuir a la dignidad de la persona³¹:

- Fiscalía General de la Nación.
- Inspecciones de Policía.
- Comisarías de familia.
- Instituciones de Salud.
- ICBF.
- Policía Judicial.
- Medicina legal.
- Personerías Distritales o M/pales.
- Defensoría del Pueblo.

- Procuraduría General de la Nación.

Es importante recordad que para la atención de estos casos existe una cadena de custodia (*la cadena de custodia es un procedimiento por medio del cual se recopilan unos elementos que sirven como evidencias o pruebas en el proceso de investigación*), para lo cual se diligencia un formato (FPJ – 08) y así realizar la identificación, documentación y registro de continuidad de los elementos de materia de prueba o evidencia (Ver anexos)³².

Según estadísticas, en el mundo una de cada 3 mujeres ha sufrido violencia física o sexual³³, según un estudio realizado por la OMS en 10 países en desarrollo en mujeres entre 15 a 49 años, se observó que en Japón el 15% de ellas y el 71% en Etiopía referían haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja y entre un 0,3% y un 11,5% referían haber sufrido violencia sexual después de cumplidos 15 años y en muchos casos la primera experiencia sexual había sido forzada¹⁴. Por otro lado la OMS, apoyado en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas, observó que en más de 80 países, el 35% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o por terceros³³.

Además la OMS reporta hojas informativas donde relacionan los datos sobre la violencia contra la mujer, estas son el primer componente de la Organización Mundial de la Salud y La Organización Panamericana de la Salud, para relacionar la prevalencia, características, consecuencias y factores de riesgo de la violencia contra la mujer³⁴. Existen acuerdos internacionales que han reconocido el derecho humano fundamental de las mujeres a vivir una vida libre de violencia³⁵.

En Colombia según la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia (ENDS) del 2005 evidenció que el 6% de las mujeres entre los 15 y 49 años fueron forzadas a tener relaciones sexuales por parte de personas distintas a sus esposos o compañeros. El 47% de los casos, las mujeres fueron violadas por primera vez antes de los 15 años y en un 76% de los casos, por una persona conocida. El grupo de mujeres entre 20 a 39 años tiene los porcentajes más altos de mujeres violadas. En las mujeres casadas o con unión libre se encontró que el 11.5% de violaciones sexuales y agresiones físicas provenían del compañero o esposo. En el año 2009 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, realizó 21.612 exámenes sexológicos, de estos el 84.25% le fueron practicados a mujeres y el 15.75% a hombres. La cifra total de exámenes sexológicos se ha incrementado año a año, evidenciando el incremento en los grupos poblacionales de 5-9 años y de 10-14 años³⁶. Para el 2013, los exámenes sexológicos fueron de 20.739 casos, de los cuales 17.512 fueron realizados a mujeres³⁷.

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF, cada hora 9 mujeres sufrieron agresiones sexuales en el país, en su mayoría niñas y adolescentes menores de 18 años (84% de los casos). Los principales actores vinculados a este tipo de violencia fueron los familiares en el 36% de los casos, otros conocidos 37%, los desconocidos 16% y finalmente en el 11% se carece de información sobre el actor³⁵.

La violencia sexual sigue ocurriendo de forma sistemática y/o generalizada, sin embargo, el Estado en la prevención y en la sanción de estos delitos ha sido insuficiente y las mujeres aun ven vulnerados sus derechos; según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en su boletín de Julio de 2013; la violencia intrapersonal es la más frecuente con 158.798 casos,

seguido de la violencia intrafamiliar con 68.230 casos, lesiones en accidentes de transporte 41.823 personas y en exámenes medico legales por presunto delito sexual 20.739³⁵.

En el municipio de Liborina, para el año 2013, se realizaron 6 exámenes medico legales por presuntos delitos sexuales, con una tasa de 179 por 100.000 habitantes, lo que nos indica una baja tasa de denuncia³⁸. En el municipio de Yarumal, en lo que va de Enero a Junio de 2015, se han reportado 27 casos por el sistema SIVIGILA.

Esta violencia ocurre en diferentes ámbitos tanto públicos como domésticos y los agresores pueden ser familiares, allegados o personas extrañas y a su vez estos pueden suceder aisladamente o de manera reiterada. Adicionalmente en el marco del conflicto armado la violencia sexual es utilizada como estrategia para el dominio de las comunidades involucradas en el mismo. En el país no existe un registro oficial que recopile los datos específicos de la cantidad de víctimas de violencia sexual en este conflicto, pues el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, añadió hace poco esta categoría a su recolección de datos. En un estudio realizado por el gobierno nacional que recopila 9 años (2001-2009), se realizó una campaña llamada: “Violaciones y otras violencias: Saquen Mi Cuerpo de la Guerra”³⁹. La mayoría de las víctimas son mujeres y niñas, lo que identifica una forma de violencia de género de grandes magnitudes.

Cuando las personas víctimas de violencia sexual al fin deciden buscar ayuda en los servicios, casi siempre buscan apoyo del sector salud o del sector jurídico; sin embargo, se encuentran con una cantidad de respuestas deficientes, que muchas veces se da por el desconocimiento de las guías de atención y los respectivos pasos a seguir, otras dificultadas que se presentan es por la

falta de infraestructura básica necesaria para recibir una adecuada atención integral, y a esto se suma la actitud y conductas discriminatorias por parte de las personas prestadoras de servicios, que en muchas ocasiones justifican las acciones de los abusadores y culpan a las víctimas, generado así una re-victimización. La incapacidad de los servicios para proteger a las personas y evitar que su victimario el ataque de nuevo, la falta de privacidad y confidencialidad y los problemas estructurales, haga que las personas no denuncie.

En el caso de violencia sexual, el sistema de salud público y privado, está en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a las víctimas y a sus familias, a través de profesionales y servicios especializados, sin importar su condición de beneficiario o no de un aseguramiento en salud. En el año 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social, elabora el Instructivo Para El Uso Del Kit De Profilaxis Post Exposición Para VIH, ITS Y Anticoncepción de Emergencia en Víctimas de Violencia Sexual, el cual pretende brindar a pacientes expuestos, una atención integral post exposición para evitar los riesgos de infecciones y embarazo y así disminuir el riesgo de la víctima⁴⁰.

En la Vega de Cáchira, Norte de Santander, zona bajo el control de las FARC, varias mujeres fueron violadas por guerrilleros de esta agrupación, en 1997.

“Tenía 15 años, vivía en la Vega de Cáchira, Norte de Santander. Enero de 1997, sucedió en unas veredas del pueblo. Las veredas se llamaban las Cuadras y el Filo, además de mí otras 15 mujeres fueron abusadas por la Guerrilla, eran las 10:00 p.m. y llegaron a la casa tocando y diciendo que tenían hambre y los hombres y las mujeres se levantaron a cocinarles y matar las gallinas para darles de comer, luego que se les dio la comida empezaron a abusar de nosotras y mataron a los esposos y a otros los amarraron porque se metieron a defendernos. Ellos atropellaban y mataban a cualquiera porque éramos informantes del ejército, porque ellos

pasaban y nos pedían agua y nosotros les dábamos. [...] En el pueblo el problema era que no había policía, ellos eran la Ley”⁴¹

Por otro lado, el Diagnóstico definitivo solo puede ser la finalidad de un trabajo en equipo multidisciplinario, el cual inicialmente solo debe informar que se atiende a un niño, niña o adolescente con Sospecha de Abuso Sexual. En estos casos, los niños, niñas y adolescentes nunca relatarán el abuso, porque desean proteger al agresor o agresora y así perder el vínculo afectivo. El relato es un proceso que se da por etapas y en algunas ocasiones es muy estructurado, solo que depende del niño, niña o adolescente que sufrió el abuso⁴².

Hay una principales utilidades para realizar el diagnóstico como: la edad del niño, niña o adolescente, el nexos con el agresor o la agresora, la cronicidad del abuso, las amenazas con respecto a la denuncia, el manejo del develamiento por la familia, entre otros. Este diagnóstico es producto de un trabajo multidisciplinario, ya que en la mayoría de los reconocimientos médicos, en el abuso sexual no encuentran ninguna lesión física y la mayoría de las pruebas físicas desaparecen en menos de una semana, además el abuso sexual infantil siempre se acompaña del “fenómeno del silencio”⁴².

Dentro de los síntomas de Abuso Sexual a niños, niñas o adolescentes se encuentran los indicadores Físicos, emocionales y comportamentales, como⁴²:

- Dificultades para caminar o para sentarse, dolores abdominales o pélvicos, dolor o ardor en la zona vaginal o anal, infecciones en zonas genital y/o urinaria, hemorragia vaginal en niñas pre-púberes, cicatrices, desgarramiento del himen, lesiones, desgarramientos.

- Además contusiones, erosiones o sangrado en los genitales externos (vulva, vagina, pene) o en el ano, hemorragia rectal. Dificultades manifiestas en la defecación, pérdida de tonicidad del esfínter anal, enfermedades de transmisión sexual (HIV, Sífilis, Gonorrea, Condilomas, etc.), trastornos alimentarios (anorexia, bulimia).

Si bien sabemos que este tema es importante, para el Gobierno colombiano, a través de sus instituciones y con el apoyo de las organizaciones no gubernamentales y los organismos de cooperación internacional, desarrolla programas y proyectos encaminados a garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes, para prevenir su vulneración y asegurar su restablecimiento. Para dar respuesta a estas necesidades, se cuenta con el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006), que tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de niños, niñas y adolescentes. Además de dar cumplimiento a los derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en la Constitución Política, la cual establece que la responsabilidad de proteger a los niños/as o adolescentes es compartida entre la familia, la sociedad y todas las entidades del Estado⁴³.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Cooperación Italiana, y con el apoyo técnico de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), unió esfuerzos técnicos y financieros en favor de la niñez y la familia, creando la Guía de atención para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Su objetivo es favorecer a las entidades que atienden delitos sexuales contra menores con una herramienta técnica, para fortalecer el trabajo de estas instituciones y llevar a cabo el objetivo de prevenir la vulneración y restablecer los

derechos de la niñez y la adolescencia colombiana. La evaluación psicológica se realiza con la colaboración de la Policía Judicial, que participa activamente, orientando el interrogatorio. Los informes que surgen de estas acciones son utilizados para solicitar la orden de captura de los denunciados a los jueces de garantías y finalmente, los menores de edad son vinculados a un tratamiento terapéutico especializado para lograr su recuperación emocional y la de sus familias.

Así pues, el Código de Infancia y Adolescencia prevé en su artículo 198 que “El Gobierno nacional, departamental, distrital, y municipal, bajo la supervisión de la entidad rectora del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, diseñará y ejecutará programas de atención especializada para los niños, las niñas y los adolescentes víctimas de delitos que respondan a la protección integral, al tipo de delito, a su interés superior y a la prevalencia de sus derechos”⁴³.

Por otro lado, las mayores cifras están en mujeres, por lo cual en el 2012, la ciudad de Bogotá contó con una ruta de atención para las mujeres víctimas de violencia con el fin de brindar orientación en el proceso de atención y recepción de denuncias de cualquier tipo de violencia: física, psicológica, sexual y económica/patrimonial; así mismo la ruta informa sobre las medidas de protección, los derechos de las mujeres víctimas y los mecanismos para garantizar el acceso a los servicios. Además recordemos que se entiende como violencia contra la mujer cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado. Según la Ley 1257 de 2008, artículo 2°, la ruta de atención a mujeres víctimas de violencia es una guía que contiene los pasos que deben seguir para una oportuna atención donde se incluyen

las instituciones que brindan asesoría jurídica, atención médica y psicológica, denuncia, dictámenes médico-legales, entre otras⁴⁴.

Si revisamos las estadísticas de violencia que viven las mujeres en Bogotá, se observa que en relación con los delitos considerados de alto impacto, y aquellos que ocurren dentro de relaciones afectivas, bien sea en el espacio público y/o privado, las mujeres representan entre el 52% y el 56% de las víctimas durante los años 2007 a 2010, lo cual sigue siendo un porcentaje alarmante. Además en el primer semestre de 2012, 1.052 mujeres han sido víctimas de violencia sexual en Bogotá, según Medicina Legal⁴⁴.

A continuación, se puede apreciar una tabla, donde nos muestra las cifras en 2011 de violencias y delitos de alto impacto desagregado por sexo⁴⁴.

Violencias y delitos de alto impacto desagregado por sexo. Bogotá 2011

Tipo de Violencia	Mujeres	Porcentaje	Hombres	Porcentaje	Total
Homicidio	135	8,3	1497	91,7	1632
Hurto	4409	34,3	8437	65,7	12846
Lesiones Personales	3426	39,7	5200	60,3	8626
Violencia Física de Pareja	9639	84,2	1811	15,8	11450
Maltrato Infantil	1830	53,5	1589	46,5	3419
Violencia Sexual	3580	81,5	810	18,5	4390
Total	23019	54,3	19344	45,7	42363

TABLA N°1

Al ver los altos índices de violencia sexual, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con OIM, desarrollaron un instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual. La prescripción de este KIT de es mandatorio si la persona expuesta consulta al servicio médico dentro de las 72

horas después de ocurrido el evento y pretende prevenir infecciones de transmisión sexual incluyendo al VIH y embarazos como consecuencia del abuso sexual⁴⁵.

En el riesgo de infecciones de transmisión sexual, los factores que influyen en la adquisición secundaria al abuso sexual son: la prevalencia de estas enfermedades en la población adulta, el número de agresores, el tipo y la frecuencia de contacto físico entre el agresor y la víctima, la susceptibilidad de la víctima a la infección y la administración o no de tratamiento profiláctico oportuno y adecuado⁴⁵.

El riesgo de transmisión del VIH después de un único contacto sexual en el que existe intercambio de secreciones y/o sangre estimado, por episodio de exposición sexual receptiva pene-ano es entre el 0,1% y el 3% y en caso de exposición sexual vaginal receptiva entre el 0,1 y el 0,2 %⁴⁵.

Además el instructivo da a conocer las obligaciones que toda Institución Prestadora de Servicios de Salud, pública o privada, en todos los niveles de atención, debe⁴⁵:

- 1. Garantizar la primera atención a la víctima de violencia sexual.*
- 2. Definir quién da aviso inmediato a la Policía Judicial, ante la llegada de un caso de violencia sexual.*
- 3. Conocer y aplicar la ruta básica de la localidad: mecanismos y teléfonos para contactar como mínimo a: - Policía Judicial. - Protección: Comisaría de Familia o Instituto*

Colombiano de Bienestar Familiar. - Referente Red del Buen Trato. - Laboratorios para referenciar muestras clínicas.

- 4. Contar con los mecanismos para que todo el personal de la institución esté capacitado de forma permanente en la atención a realizar desde su cargo: administrativo, de atención en salud, seguridad, servicios generales y otros (como parte de la capacitación al ingreso a laborar en la institución y como educación continuada periódica).*
- 5. Garantizar de forma permanente la disponibilidad de elementos para la toma, embalaje y rotulado adecuado de evidencias, así como los formatos de registro básicos: historia clínica, hoja de registro de cadena de custodia, y formatos de ficha SIVIM si existieren.*
- 6. Definir y garantizar el eficaz trámite a los laboratorios de las muestras solicitadas en la búsqueda de embarazo e infecciones de transmisión sexual, y los mecanismos para su envío rápido, oportuno y adecuado; la recepción de resultados y la adecuada forma de hacer llegar los reportes a la víctima, al médico tratante y al Sistema de Justicia.*
- 7. Designar un lugar adecuado para el almacenamiento transitorio de los elementos materia de prueba o evidencias.*
- 8. Definir claramente los responsables de estos almacenes.*
- 9. Definir rutas de comunicación claras con la Policía Judicial, para que esta institución haga la recepción pronta y oportuna de las evidencias.*
- 10. Realizar comunicación con Vigilancia Epidemiológica, esta notificación es muy importante en la articulación para la continuidad del proceso integral de atención y para la garantía de derechos.*
- 11. Asegurar la remisión adecuada y efectiva para que se haga la continuidad terapéutica que requiera el caso.*

12. Garantizar la continuidad del proceso de atención bio-psicosocial.

PASO A PASO DEL USO ADECUADO DE LOS KIT PARA PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN DE VIH, ITS Y ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL (KIT PEP)⁴⁵.

Este se resume en 4 pasos:

1. Asesoría previa a las pruebas.
2. Realización de pruebas de laboratorio urgentes para decidir la prescripción médica de medicamentos profilácticos.
3. Inicio de la profilaxis post exposición.
4. Seguimiento clínico y paraclínico.

Cabe recordad, que en caso de abuso sexual, el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público y privado, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral, en salud a las víctimas, a través de profesionales y servicios especializados. (Ley 1146 del 2007)⁴⁵.

Por otro lado las UPGD'S deben de hacer la notificación escrita y digital, al programa SIVIGILA, de los casos de violencia sexual en el contexto territorial. Esta notificación llega a los entes territoriales municipales, quienes a su vez la envían a los entes territoriales departamentales y así por tener un registro de estos casos y realizar un seguimiento. (Se anexa ficha).

De igual forma, cuando una mujer es violentada sexualmente, y esta queda en estado de gestación, tiene el derecho a decidir sobre su cuerpo; es decir, si quiere practicarse una interrupción voluntaria del embarazo lo puede hacer. En la ciudad de Medellín, la alcaldía promueve una campaña de una línea IVE, que tiene por objeto resolver dudas relacionadas con el tema, desde la aplicación de la sentencia C-355 en toda su parte jurídica hasta el cómo asesorar a la mujer para la toma de decisiones⁴⁶.

Por otro lado, al reconocer que las mujeres son las más afectadas, no solo en la parte sexual sino en otros ámbitos, nace la Política Pública Nacional de Equidad de Género, reconoce el aporte que las mujeres hacen a la producción y reproducción de nuestra sociedad, contribuyendo así al desarrollo del país en todos los ámbitos, sin embargo, aún persisten diversas formas de discriminación que aún las afectan y que impiden el ejercicio de sus derechos y la ampliación de sus capacidades⁴⁷.

Sin embargo, el país tiene una brecha considerable entre el reconocimiento de derechos y el ejercicio de éstos para la mayoría de mujeres, especialmente para aquellas que enfrentan situaciones de especial vulnerabilidad o aquellas que evidencian la intersección de múltiples discriminaciones, generándoles una afectación desproporcionada y una relación inequitativa. EL objetivo de esta política plantea estrategias de intervención sectorial y multisectorial, el fortalecimiento institucional y la transformación cultural que permitan en conjunto la superación de las inequidades de género que afectan a las mujeres y les garanticen igualdad de oportunidades. Además reconoce el aporte del movimiento social de mujeres⁴⁷.

El Gobierno Nacional materializará en un documento CONPES, la Política y el Plan integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias y realizará una amplia concertación con las instituciones competentes del Estado para que se implemente con el presupuesto adecuado para alcanzar los objetivos trazados⁴⁷.

De igual manera, el Estado preocupado por la situación actual de la violencia sexual, genera la Resolución 459 del 6 de Marzo de 2012, por la cual se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, quien en su introducción plantea que la violencia sexual es una problemática mundial, que ha sido reconocida como una violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, vulnerando así la dignidad humana, la integridad, la libertad, la igualdad, la autonomía, entre otros; es considerada como una problemática de salud pública por su magnitud y las afectaciones que produce en la salud física, mental y social².

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, presenta el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual a las instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales y equipos interdisciplinarios como una herramienta de atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual, acorde con el “Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”, construido y financiado en el marco del Convenio 620 de 2010 celebrado por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas².

Este documento se describe, a través de quince pasos prácticos, los lineamientos a seguir para la atención de las víctimas de violencia sexual por el personal del sector salud a lo largo de los siguientes tópicos de acción²:

1. *La preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual.*
2. *La verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud.*
3. *La recepción inmediata a la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas.*
4. *La valoración clínica inicial de la víctima.*
5. *La toma de las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial.*
6. *La profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud.*
7. *La profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud.*
8. *La anticoncepción de emergencia y el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.*
9. *La intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta.*
10. *Los seguimientos clínicos requeridos.*
11. *La derivación hacia otros profesionales de la salud para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual.*
12. *La derivación hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual.*

13. Los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan.

14. Los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud.

15. El adecuado cierre de caso. El Protocolo no se centra en los aspectos de detección, sino en la atención en salud de las víctimas, una vez detectadas.

Por otro lado, las cifras hablan por sí solas, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), en 2010, realizó 20.142 exámenes sexológicos, de los cuales el 84% correspondió a mujeres y el 16% a hombres. Teniendo en cuenta la edad, el 86% de los dictámenes se realizaron a niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. Entre los principales agresores se encuentran: familiares (padrastrros, padres y tíos/as) con un 34,86%, otros conocidos (vecinos y los amigos) con un 32,53%, personas desconocidas en un 19,69% y la pareja o ex pareja con un 6,12% de los casos y el sitio más común de ocurrencia de los hechos de violencia sexual fue la vivienda (59% de los casos). Por su parte, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 encontró que el 9,7% de las colombianas alguna vez unidas han sido violadas por su compañero o esposo².

La ENDS 2010 también evidenció que el 5,7% de las mujeres encuestadas entre los 15 y 49 años fueron violadas por una persona diferente al cónyuge. Según algunas características socioeconómicas, los grupos de mujeres más afectados por la violación perpetrada por alguien diferente al esposo o compañero, son las mujeres entre los 30 y los 39 años de edad, las que tienen unión libre y las que estuvieron unidas anteriormente y que tienen los niveles más bajos de educación².

Par nadie es un desconocimiento que el conflicto armado profundiza y exacerba las discriminaciones y violencias que histórica y culturalmente han afectado a las mujeres, niñas y niños, así como población indígena y afrodescendiente. La encuesta de prevalencia de violencia sexual en el contexto del conflicto armado durante 2001-2009, publicada por OXFAM en 2010, encontró que un 17,58% de las mujeres de 15 a 44 años habitantes en las zonas encuestadas (un total de 489.687 mujeres), fueron víctimas directas de violencia sexual en esos 9 años, lo cual indica que un promedio de seis mujeres cada hora fueron víctimas directas de diferentes tipos de violencia sexual como violación, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada, acoso sexual, servicios domésticos forzados que incluyeron actividades sexuales y regulación de la vida social³¹. “Aunque no existen estadísticas exactas se calcula que en Colombia hay más de 30.000 menores de edad víctimas de explotación sexual. Esta cifra se incrementó de manera dramática en los últimos años debido, entre otros factores, al aumento del número de familias desplazadas hacia los centros urbanos, a la agudización del conflicto armado que se desarrolla en el país y a los altos índices de pobreza que se han calculado corresponden al 63% de la población total”. Según Unicef se calcula que hay 35.000 niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual, y cada vez son más y las edades de vinculación, son más tempranas².

Dentro de las normas nacionales tenemos la ley 294, Por lo cual se desarrolla el Artículo 42 de la Constitución Política de Colombia se dictan las normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar, *la cual define a la familia como el vínculo natural o jurídico de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por voluntad responsable, además define a los integrantes de la familia, a los cónyuges o compañeros permanentes, el padre y madre aunque no vivan en el mismo hogar, los ascendientes o descendientes de estos y sus hijos adoptivos y todas las personas que de manera permanente estén integrados a la unidad doméstica*⁴⁸.

Además la ley reconoce los siguientes principios para estas víctimas⁴⁸:

- *Primacía a la familia como institución básica de la sociedad y que bajo la sentencia C-029.09 se aplica en igualdad a las parejas del mismo sexo.*
- *Dicta que toda forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y será prevenida, corregida y sancionada por las autoridades públicas.*
- *Se generara una oportuna atención a las personas que en el contexto de familia sean víctimas de otro integrante de la unidad familiar.*
- *Igualdad de derechos y oportunidades del hombre y la mujer.*
- *Definir los derechos fundamentales de los niños*
- *Expresa que los derechos de los niños prevalecen sobre los demás*
- *Preserva la unidad de la familia mediante conciliación*
- *Aplica eficientemente los procedimientos contemplados en la ley*
- *Respetar la intimidad y buen nombre en el trámite de resolución de conflictos familiares.*

Cuando leemos la norma, en su Título II, define las medidas de protección para estas personas⁴⁸:

- *Medidas de protección inmediata ante cualquier forma de violencia en el contexto de familia*
- *Medida definitiva de protección: desalojo del agresor de la residencia que ocupa con la víctima, obligación de acudir a un tratamiento reeducativo y terapéutico del agresor, obligación de pago del agresor de gastos médicos, psicológicos y psiquiátricos a la víctima y si la violencia reviste gravedad y repetida se protegerá a la víctima por parte de las autoridades de policía en su domicilio y en su lugar de trabajo si lo tuviere.*

Si alguna de estas medidas de protección se incumplen, son sancionados con multas económicas determinadas por la ley y el arresto ante el incumplimiento de la misma o la recurrencia de los actos violentos en los primeros dos años luego de ocurrido el fallo inicial⁴⁸. Además, el victimario, puede presentar descargos antes de la audiencia final y solicitar pruebas.

Por otro lado, su Título V define los delitos contra la armonía y la unidad de familia⁴⁸:

- *Violencia intrafamiliar: la persona que maltrate física, síquica o sexualmente a cualquier miembro de su núcleo familiar, incurrirá en la prisión de uno (1) a dos (2) años.*
- *Maltrato constitutivo de lesiones personales: la persona que mediante violencia física o síquica, trato cruel o intimidatorio o degradante, cause daño en el cuerpo o en la salud psicológica a un integrante de su grupo familiar, incurrirá en la pena privativa de la libertad prevista para el respectivo delito, aumentada de una tercera parte a la mitad.*
- *Maltrato mediante restricción a la libertad física: la personas que mediante la fuerza y sin causa razonable restrinja la libertad de locomoción a otra persona mayor de edad perteneciente a su grupo familiar, incurrirá en arresto de uno (1) a seis (6) meses y en multa de uno (1) a dieciséis (16) salarios mínimos mensuales, siempre y cuando este hecho no constituya delito sancionado con pena mayor.*
- *Violencia sexual entre cónyuges: El que mediante violencia realice acceso carnal o cualquier acto sexual con su cónyuge, o quien cohabite o haya cohabitado, o con la persona que haya procreado un hijo, incurrirá en prisión de seis (6) meses a dos (2) años. La acción penal por este delito sólo procederá por querrela de la víctima.*

Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social, revisó los indicadores definidos en el CONPES 140 de 2011: “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015” y el informe entregado por el Departamento Nacional de Planeación en el año 2010, relacionados con el objetivo tres: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres⁴⁹.

Esta revisión, se realiza en el marco de la entrega del informe del año 2011, en el cual el Ministerio de Salud y Protección Social con apoyo de otras instituciones, se analizó los indicadores relacionados con el objetivo tres, para incorporar avances y acciones adelantadas durante 2011. Con el análisis que se obtuvo, el Ministerio de Salud y Protección Social realiza las siguientes puntualidades⁴⁹:

- 1. Realizar análisis comparativo durante los 10 últimos años a indicadores 1,2 y 3 de la encuesta nacional de demografía 2000-2005 y 2010.*
- 2. Incluye grupos etareos por quinquenios.*
- 3. En el informe 2010, el indicador relacionado con el porcentaje de mujeres entre 13 y 49 años que han experimentado violencia sexual por una persona diferente a su esposo, es del 13,45%*
- 4. El tercer indicador, porcentaje de mujeres que alguna vez unidas, han experimentado violencia física por parte de su esposo o compañero, es de 27,4%.*
- 5. Recalcan la importancia en el estudio de las implicaciones éticas y el manejo de las fuentes de información como soporte y evidencia para la implementación de políticas*

públicas, utilizando fuentes oficiales para reducir los riesgos del manejo y calidad de la información.

Si se realiza una comparación de los años 2005 – 2010 con los indicadores de EDS y la línea de base del año 2000, se observa una disminución del 1,8% de mujeres que han sido forzadas por sus esposos o compañeros a tener relaciones sexuales, ya que la cifra inicial fue de 11%⁴⁹.

A continuación se presentan los porcentajes encontrados en el análisis del objetivo 3 de los objetivos del milenio.

Porcentaje de mujeres que han sido forzadas físicamente por su esposo o compañero a tener relaciones o actos sexuales: *se puede observar, que el porcentaje de mujeres forzadas físicamente por su esposo o compañero, a tener relaciones o actos sexuales, en las edades de 15 a 19 años, disminuyó en el año 2010 a un 9.7%, comparado con los años 2000 y 2005, donde el porcentaje fue de 11.0%. En las edades de 20 a 24 años, la situación es similar, el porcentaje registrado durante los años 2000 y 2005, fue de 8% y disminuyó para el año 2010 a 6.8%, 3,3 decimales menos. Entre 30-34 años hay reporte de incremento del 12,7% con relación a la encuesta del 2010. Entre 35 y 39 años incremento un 13%⁴⁹.*

Porcentaje de mujeres que han sido forzadas físicamente por otra persona diferente a su esposo y pareja a tener relaciones o actos sexuales: *la población general entre las edades de 15 a 49 años, se puede observar que para el año 2000, el indicador registró un porcentaje 6,6%, para el año 2005, decremento en un 6.1% y para el año 2010 solo se registró en un 5.7% de las mujeres encuestadas⁴⁹.*

Porcentaje de mujeres según rango de edad que han experimentado alguna violencia física por una persona diferente al esposo o compañero: *Se registró un decremento en el porcentaje de las mujeres que fueron agredidas físicamente por personas diferentes a sus parejas y compañeros, por ejemplo, en el 2000 se reportó un porcentaje de 19,9% y para el 2010 este porcentaje se redujo 13,9% entre el total de mujeres encuestadas entre las edades de 15 a 49 años de edad*⁴⁹.

Porcentaje de mujeres alguna vez unidas según rango de edad que han experimentado alguna violencia física por parte del esposo o compañero: *para el año 2000 el porcentaje registrado en la población total de mujeres encuestadas entre 15 a 49 años fue de 30,1% y para el año 2010 el porcentaje se registró en 27,7%, 3,4 decimales menos. En las edades de 20 a 24 años el porcentaje paso en el año 2000 al 2010 fue de 32,6% al 29,6%, al igual que en las edades de 40 a 44 años que paso de 27,1% a 25,8% respectivamente*⁴⁹.

Tasa de Violencia de Pareja Colombia 2008-2010-2011: *En cuanto a los reportes de los exámenes sexológicos realizados por el Instituto Nacional de Medicina Legal se puede observar el incremento en la tasa y en el número de casos de un año a otro, lo cual, puede estar relacionado con mayor empoderamiento de las mujeres para denunciar los actos de violencia sexual y continuar con las acciones establecidas en la ruta de atención para el restablecimiento de sus derechos de aquellas mujeres que han sido víctimas de violencia, aunque, muchas de ellas abandonan el proceso legal ante las barreras de acceso en los sectores de salud, justicia y protección*⁴⁹.

Tasa de informes periciales sexológicos en Colombia 2008-2010-2011: Para el 2011 las tasas de dictámenes sexológicos que incrementaron en comparación al 2010 se registraron en las edades de 0 a 5 años, 6 a 12 años, 13 a 17 años y 27 a 45 años. En el grupo de edad en la que más se incrementó, fue en las edades de 6 a 12 años, 38, 3 puntos y 32 puntos en las edades de 13 a 17 años de edad. En las edades de 0 a 5 años y 60 y más las tasas se mantuvieron igual al año 2010. Al igual que en la violencia de pareja, la tasa se incrementó al compararla con la línea de base del año 2008⁴⁹.

Al ver la importancia de proteger a la víctimas de violencia, el Concejo de Bogotá, en el 2009 aprueban el Acuerdo 421, por el cual se ordena la creación del sistema distrital de protección integral a las mujeres víctimas de violencia y se dictan otras disposiciones, el cual consta de 6 artículos, dentro de estos esta la creación del Sistema Distrital de Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia, como escenario de articulación interinstitucional para la protección integral a las mujeres víctimas de violencia en el espacio público y privado y los objetivos del sistema⁵⁰:

-Generar una estrategia Interinstitucional que permita atender de manera prioritaria y con enfoque de género a las mujeres víctimas de violencias de género en Bogotá, incluyendo la garantía de la atención médica y psicológica, el acompañamiento institucional y la asesoría jurídica en todas y cada una de las localidades de Bogotá.

- Propender por la restitución prioritaria de los derechos vulnerados a las mujeres y la garantía del ejercicio pleno de su ciudadanía.

- Diseñar y desarrollar una estrategia de prevención de las violencias contra las mujeres, en las escuelas o instituciones educativas distritales y los medios de comunicación distrital y local.

La implementación de este sistema se realizó a los 6 meses de su aprobación para ponerlo en marcha, además de utilizar estrategias de comunicación con un lenguaje común para todas las entidades del Distrito trabajen conjuntamente en la prevención y atención de las manifestaciones de las violencias de género⁵⁰.

Teniendo en cuenta que cada ser humano tiene derechos que son innegables, la sentencia 355 de la Corte Constitucional, declara que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres han sido finalmente reconocidos como derechos humanos, por lo tanto es un derecho constitucional y además de su consagración, su protección y garantía, parten de la base de reconocer que la igualdad, la equidad de género y la emancipación de la mujer y la niña son esenciales para la sociedad y por lo tanto, constituyen una de las estrategias directas para promover la dignidad de todos los seres humanos y el progreso de la humanidad en condiciones de justicia social⁵¹.

La decisión de la Corte Constitucional, mediante la cual se amplió la posibilidad de despenalizar el aborto, es fundamental para la historia jurídica de Colombia. En el caso de la sentencia, C-355/06, la Corte expreso que la prohibición penal del aborto en todas las circunstancias, violaba los derechos fundamentales de la mujer. Esto con el fin de derogar los tipos penales que atenúan el delito de aborto, considerando que no deben ser causales de disminución de la sanción penal, sino causales de exoneración de una consecuencia desfavorable a quien este incurso en alguna de ellas⁵¹.

La providencia judicial determino que las causales de exoneración del delito de aborto son⁵¹:

- *Cuando la continuación del embarazo supone un riesgo para la vida o para la salud física o mental de la mujer.*
- *Cuando existen serias malformaciones que hacen que el feto sea inviable.*
- *Cuando el embarazo es consecuencia de un acto criminal de violación, incesto, inseminación artificial involuntaria o implantación involuntaria de un óvulo fecundado.*

Esta sentencia, abriga a las personas que son víctimas de violencia sexual y que por uno u otro motivo quieren realizar una interrupción voluntaria del embarazo.

El protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial para las personas víctimas del conflicto armado en Colombia, de acuerdo a la ley 1448 del 2011, fija una nueva institucionalidad y un sistema de atención a víctimas del conflicto armado que involucra no solo al Gobierno Nacional sino también a los organismos de control , para promover la participación efectiva de las en la formulación ejecución, seguimiento y control de las políticas que lo regulan⁵².

La ley 1448 del 2011, incluye dentro de las medidas de atención integral la “rehabilitación”, que consiste en una serie de estrategias de carácter médico, jurídico, odontológico, psicológico y social dirigidas a restablecimiento de dicha víctima y dentro de esto se crea el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral con enfoque Psicosocial a víctimas del conflicto armado (PAPSIVI), programa adscrito al Ministerio de la Protección Social⁵².

La violencia sexual es una problemática a nivel mundial, es por esto que en Chile en 2011, realizo la publicación de un libro llamado: “La violencia tiene mil caras”, donde varias organizaciones se reunieron para desarrollar una guía a todos los medios de comunicación y trabajo de comunicación, para contribuir a la creación de opción pública y de educación a la población en el tema de violencia contra la mujer, ya que sabemos que es la población más afectada¹⁷.

La violencia contra las mujeres, es un problema de derechos humanos, por lo tanto impide el goce de estos, impidiendo vivir una vida libre de violencia. La violencia causa daños en el desarrollo económico, político, social y cultural de las sociedades. Esta violencia comprende cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. Estas violencias pueden causar enfermedades psicosomáticas, depresión, crisis de pánico, ideación e intentos de suicidio, estrés postraumático, trastornos del sistema nervioso central¹⁷.

Según este estudio que realizaron, la violencia tiene un costo, generando un impacto económico-sociales y en sectoriales. Se pueden clasificar en¹⁷:

Costos directos: *valor de bienes y servicios usados en el tratamiento o prevención de la violencia, financiados por el Estado, por privados y por las propias víctimas: gastos en salud, servicios sociales, policiales, justicia, vivienda y costos de prevención y capacitación de personal calificado, habilitación laboral de las mujeres y servicios sociales a sus hijos/as.*

Costos indirectos: *valor de los bienes y servicios perdidos a causa de la violencia: ausentismo laboral, baja productividad, pérdida de oportunidades laborales, personales y familiares.*

Incluye el femicidio en pérdida de años de vida laboral e ingresos de las víctimas, pérdida por suicidio de los autores y muerte de hijas e hijos como víctimas directas o colaterales.

Costos intangibles: *pérdidas de largo plazo en las víctimas, sus hijas/os, familias y sociedad: secuelas físicas y psicológicas, aumento de la dependencia de alcohol y drogas, ausentismo escolar; pérdida de redes sociales, mayor inseguridad, reproducción de la violencia en hijas/os.*

En Colombia, según el protocolo de Vigilancia en Salud Pública, durante el 2013, se notificaron al SIVIGILA 43.093 casos de Violencia Contra la Mujer, Violencia Sexual y Violencia Intrafamiliar. Además se observa que las niñas son predominantemente vulnerables a la violencia sexual a la edad de 10 a 14 años en un 57,2% (4.604/8.052) seguido de las niñas entre los 15 y 19 años con un 17%. En el marco del Plan de Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, en su componente de prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos, se enuncia como objetivo específico “Garantizar la atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual, con enfoque de derechos, género y diferencial, mediante el fortalecimiento institucional, la coordinación y articulación intersectorial y la gestión del conocimiento”¹⁵.

Se evidencia además en un estudio realizado en África, que hay un aumento de las mujeres que han sufrido inequidad en su relación y la violencia de género aumenta el riesgo de VIH. Dado que los hombres, que han sido violentos son más propensos a ser infectados⁵³.

El cómo cambiar las identidades de género y la construcción de la equidad de género para prevenir las infecciones de VIH, se debe de realizar desde la infancia; sin embargo, la

experiencia de muchos países nos enseña que es posible avanzar hacia la equidad de género, alineando los diferentes actores e instituciones de prevención del VIH⁵³.

En la actualidad, la Ley de feminicidios, Ley 1761 del 06 de Julio de 2015, “Por medio de la cual se crea el tipo penal de Femicidio como un delito autónomo”, que tiene como objeto: *“tipificar el feminicidio como un delito autónomo, para garantizar la investigación y sanción de las violencias contra las mujeres por motivos de género y discriminación, así como prevenir y erradicar dichas violencias y adoptar estrategias de sensibilización de la sociedad colombiana, en orden a garantizar el acceso de las mujeres a una vida libre de violencias que favorezca su desarrollo integral y su bienestar, de acuerdo con los principios de igualdad y no discriminación”*⁵⁴. El feminicidio es un delito autónomo en el cual una persona causa la muerte a una mujer, por su condición de ser mujer o por motivos de su identidad de género.

Este delito puede incurrir en prisión de doscientos cincuenta (250) meses a quinientos (500) meses. Además la ley habla de la adopción de un Sistema Nacional de Estadísticas sobre Violencia Basada en Género, en conjunto con el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE), el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), para recopilar los hechos relacionados con la violencia de género en el país⁵⁴.

Por último la constitución política, en sus artículos 44, 48, 49 y 50 tienen los componentes de derecho sexual y reproductivo, derecho a la salud, teniendo en cuenta la violencia sexual, el abuso entre otros⁵⁵.

ARTICULO 44. *Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.*

Artículo 48. *La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.*

ARTICULO 49. *Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

ARTICULO 50. *Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.*

Por otro lado, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, tiene varios enfoques, por los cuales se trabajaran los próximos 4 años: el enfoque de derechos; el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos) y el enfoque de Determinantes Sociales de Salud (DSS), con el fin de acabar con las inequidades en salud⁵⁶.

No es un desconocimiento que las mujeres son una parte fundamental de la sociedad que a pesar de la cultura que aún persiste, las mujeres traspasan muchas fronteras, rompen paradigmas, producen ingresos y aportan a los procesos de participación social y política. Sin embargo,

persisten brechas de género que es necesario reducir, en especial las referidas a las mujeres y la eliminación de múltiples formas tanto de discriminación como de violencia, sobre todo las violencias sexuales, que se ejercen en su contra por el simple hecho de ser mujeres⁵⁶.

En el plan de decenal, se proponen unas metas que debe de ser cumplidas a 2021, algunas de ellas son⁵⁶:

- Mantener por debajo de 185 por 100.000 habitantes la tasa de casos notificados por violencia intrafamiliar.

- Para el año 2022, el 80% de los municipios desarrollan procesos intersectoriales para garantizar la atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales dentro y fuera del conflicto armado, con participación de los sectores de justicia, protección, salud, y demás instituciones responsables de las medidas de reparación integral.

- Para el año 2022, el 100% de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales identificadas reciben una atención integral de los sectores de salud, protección y justicia para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.

- Para el año 2022, el 100% de las EAPB en coordinación con las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, cuentan con una red integrada de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales, de acuerdo a las guías y protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad vigente.

- Para el año 2022, el 100% de las instituciones formadoras del recurso humano de los sectores de salud, protección, justicia y educación, incluyen en sus planes de formación, estrategias de

capacitación y actualización permanente sobre la ruta de atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde un enfoque de derechos, género y diferencial.

El código fucsia que implemento Metrosalud como pionero, tiene como objetivo ofrecer una atención integral a las víctimas de violencia y abuso sexual, garantizando el acceso a los servicios de salud, justicia y protección, asumiéndolo como un evento prioritario de urgencia en salud. Esta experiencia que ha mostrado Metrosalud, ha dado resultados como⁵⁷:

- El 100% en el cumplimiento del protocolo de atención establecido
- 98% de cumplimiento en notificaciones de los casos en el sistema de vigilancia epidemiológica
- Seguimiento posterior a la atención con revisión de resultados y realización de controles médicos y exámenes al 50% de los casos.
- Referenciación interna con las otras 8 unidades hospitalarias de Metrosalud, el centro de salud Santo Domingo y el HICM.
- Referenciación externa con la ESE Hospital Santa Margarita de Copacabana, ESE Hospital de la Ceja y, Hospital la Candelaria de Guarne.

Por otro lado, se cuenta con unos formatos de instructivo de implementación de este código, listas de chequeo y fichas técnicas, para así realizar el seguimiento a este proceso, y realizar planes de mejora de ser necesario.

Además que si no se apoyan estas iniciativas, se tendrá un déficit en los procesos, generando revictimización, la no denuncia, entre otros. La trata de personas según el Protocolo de Palermo es la acción de captar, transportar, acoger o recibir personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza, con fines de explotación. El cual debe de tener 3 componentes fundamentales para identificarlo: captación, movilidad y explotación⁵⁸.

La explotación sexual se puede dar de diversas formas como: prostitución forzada / explotación comercial, pornografía, turismo sexual y matrimonio servil. Esta trata de personas puede afectar cualquier persona de nuestras comunidades, desde los niños y niñas hasta los adultos mayores⁵⁸.

Así pues, después de todo el recuento que se ha realizado, y de una exhaustiva investigación sobre la violencia sexual, no solo a nivel mundial sino a nivel municipal, nos dimos cuenta de la importancia de crear un instrumento de evaluación a la atención de estas personas, ya que cada actor es fundamental, sus funciones son fundamentales, para no re-victimizar a las personas víctimas y que tengan un proceso tranquilo y confiable. Además no se han encontrado estudios donde hablen de un instrumento de evaluación, por lo tanto, el instrumento construido es el único que se ha podido documentar y se quiere llevar a otras instancias para su conocimiento y fines pertinentes.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Diseñar y aplicar una herramienta que permita identificar la gestión del conocimiento relacionada con la implementación del modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual en los municipios de Liborina y Yarumal.

4.2 Objetivos Específicos

- Elaborar una herramienta de auditoría que considere en el marco normativo de nuestro país.
- Identificar el conocimiento que tienen los actores responsables de la atención integral a víctimas de violencia sexual en los municipios de Liborina y Yarumal.
- Analizar los resultados obtenidos en la herramienta para formular las recomendaciones respectivas en cada municipio de acuerdo a los hallazgos.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, exploratorio, cuantitativo y transversal.

5.2 POBLACIÓN: Actores interinstitucionales responsables de la implementación del modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual.

5.3 MUESTRA Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

La selección de la muestra fue no probabilístico, esta se seleccionó dependiendo del contexto territorial de cada municipio.

En el Municipio de Liborina se tiene una muestra de 5 actores responsables de la implementación del modelo de atención a víctimas de violencia sexual.

En el Municipio de Yarumal se tiene una muestra de 9 actores responsables de la implementación del modelo de atención a víctimas de violencia sexual.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Actores responsables de la implementación del modelo de atención a víctimas de violencia sexual.

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Personas que no son responsables de la implementación del modelo de atención a víctimas de violencia sexual.

5.6 PLAN DE RECOLECCIÓN:

- Herramienta de auditoria

Herramienta de auditoria diseñada por el grupo de 6 estudiante de la especialización de gerencia de la calidad y auditoria en salud de la cohorte 49, conforme a la normatividad vigente para evaluar el conocimiento sobre el modelo de atención y la articulación de los actores responsables de la implementación del modelo de atención a víctimas de violencia sexual.

5.7 PLAN DE ANÁLISIS:

Los resultados obtenidos fueron introducidos a una base de datos realizada en Microsoft Office Excel 2007, y la información obtenía fue analizada y los resultados será presentada mediante gráficos y tablas.

6. CRONOGRAMA

No	Actividad	Meses											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Revisión bibliográfica	X	X	X	X								
2	Clasificación bibliográfica		X	X	X								
3	Análisis bibliográfico			X	X								
4	Diagnóstico organizacional en referencia a un modelo de gestión de conocimiento		X	X	X								
5	Lineamientos para la formulación de planes estratégicos.					X	X						
6	Prospectiva organizacional en la perspectiva del modelo de gestión del conocimiento					X	X						
7	Entrega de avances de investigación								X				
8	Diseño y aplicación de encuesta								X				
9	Modelamiento y estructura del proceso de gestión del conocimiento							X	X	X			
10	Ajustes										X		
11	Cierre y entrega del producto										X		

7. PRESUPUESTO GLOBAL DEL PROYECTO

RUBROS	FUENTES			TOTAL
	autofinanciado	CONADI	UCC	
REC HUMANO	\$4.017.009,60		\$4.800.000	\$8.817.009,60
EQUIPOS	\$360.000			\$ 360.000
MATERIALES	\$ 50.000			\$ 50.000
TOTAL	\$6.694.399.9		\$12.720.000	\$19.414.399

DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS EN PERSONAL

NOMBRE DEL INVESTIGADOR	FUNCIÓN EN EL PROYECTO	DEDICACIÓN horas/semana	COSTO		TOTAL				
María Patricia Lopera Ossa	Investigadora principal	6 hs semanales/24 hs mes Hora : \$ 2.789,59	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">autofinanciado</td> <td style="width: 50%;">UCC</td> </tr> <tr> <td>\$ 669.501,60</td> <td></td> </tr> </table>		autofinanciado	UCC	\$ 669.501,60		\$ 669.501,60
autofinanciado	UCC								
\$ 669.501,60									

			10 meses		
Lina Maria Bedoya	Investigadora principal	6 hs semanales/2 4 hs mes Hora : \$ 2.789,59 10 meses		autofinanciado \$ 669.501,60	UCC \$ 669.501,60
Lina Maria Giraldo	Investigadora principal	6 hs semanales/2 4 hs mes Hora : \$ 2.789,59 10 meses		autofinanciado \$ 669.501,60	UCC \$ 669.501,60
Paula Andrea Ángel Higueta	Investigadora principal	6 hs semanales/2 4 hs mes Hora : \$ 2.789,59 10 meses		autofinanciado \$ 669.501,60	UCC \$ 669.501,60

Margarita Maria Ochoa	Investigadora principal	6 hs semanales/2 4 hs mes Hora : \$ 2.789,59 10 meses	<table border="1"> <tr> <td>autofinanciado</td> <td>UCC</td> </tr> <tr> <td>\$ 669.501,60</td> <td></td> </tr> </table>	autofinanciado	UCC	\$ 669.501,60		\$ 669.501,60
autofinanciado	UCC							
\$ 669.501,60								
Juan Pablo Robayo Orozco	Investigador principal	6 hs semanales/2 4 hs mes Hora : \$ 2.789,59 10 meses	<table border="1"> <tr> <td>autofinanciado</td> <td>UCC</td> </tr> <tr> <td>\$ 669.501,60</td> <td></td> </tr> </table>	autofinanciado	UCC	\$ 669.501,60		\$ 669.501,60
autofinanciado	UCC							
\$ 669.501,60								
Luisa Emilia Novoa	Asesor metodológico	2 hs / 8 hs mes Hora: \$30.000 10 meses	<table border="1"> <tr> <td>autofinanciado</td> <td>UCC</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$ 2.400.000</td> </tr> </table>	autofinanciado	UCC		\$ 2.400.000	\$ 2.400.000
autofinanciado	UCC							
	\$ 2.400.000							
Héctor Manuel Quirós	Asesor científico	2 hs / 8 hs mes	<table border="1"> <tr> <td>autofinanciado</td> <td>UCC</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$ 2.400.000</td> </tr> </table>	autofinanciado	UCC		\$ 2.400.000	\$5.760.000
autofinanciado	UCC							
	\$ 2.400.000							

		Hora: \$30.000 10 meses						
Total		10 meses.	<table border="1"> <tr> <td>autofinanciado</td> <td>UCC</td> </tr> <tr> <td>\$ 4.017.009,60</td> <td>\$4.800.000</td> </tr> </table>	autofinanciado	UCC	\$ 4.017.009,60	\$4.800.000	\$ 8.817.010
autofinanciado	UCC							
\$ 4.017.009,60	\$4.800.000							

DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES

EQUIPO	JUSTIFICACIÓN	COSTO		TOTAL						
Computador	<p>Equipo utilizado para realizar documentos, encuestas, entre otras actividades requeridas en el proyecto.</p> <p>6hs / 24 hs mes</p> <p>Hora internet: \$1.500</p> <p>10 meses: \$ 360.000</p>	<table border="1"> <tr> <td>autofinanciado</td> <td>UCC</td> </tr> <tr> <td>\$ 360.000</td> <td></td> </tr> </table>	autofinanciado	UCC	\$ 360.000			\$360.000		
autofinanciado	UCC									
\$ 360.000										
Bolígrafos	Instrumento necesario para realizar	<table border="1"> <tr> <td>autofinanciado</td> <td>CONADI</td> <td>UCC</td> </tr> <tr> <td>\$6.000</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	autofinanciado	CONADI	UCC	\$6.000				\$6.000
autofinanciado	CONADI	UCC								
\$6.000										

	<p>anotaciones en las reuniones y para prestar a los participantes de la encuesta cuando la realizan.</p> <p>6 bolígrafos</p> <p>c/u: \$ 1.000</p>								
Resma de papel	<p>Material necesario para la confección del proyecto y encuestas.</p> <p>2 resmas</p> <p>Cada una: \$ 12.000</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>autofinanciado</th> <th>CONADI</th> <th>UCC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$24.000</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	autofinanciado	CONADI	UCC	\$24.000			\$24.000
autofinanciado	CONADI	UCC							
\$24.000									
Fotocopias/impresión	<p>Herramienta:\$10.000</p> <p>Trabajo:\$10.000</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>autofinanciado</th> <th>CONADI</th> <th>UCC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$ 20.000</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	autofinanciado	CONADI	UCC	\$ 20.000			\$ 20.000
autofinanciado	CONADI	UCC							
\$ 20.000									
TOTAL			\$ 50.000						

8. COMPONENTE ÉTICO DEL ESTUDIO

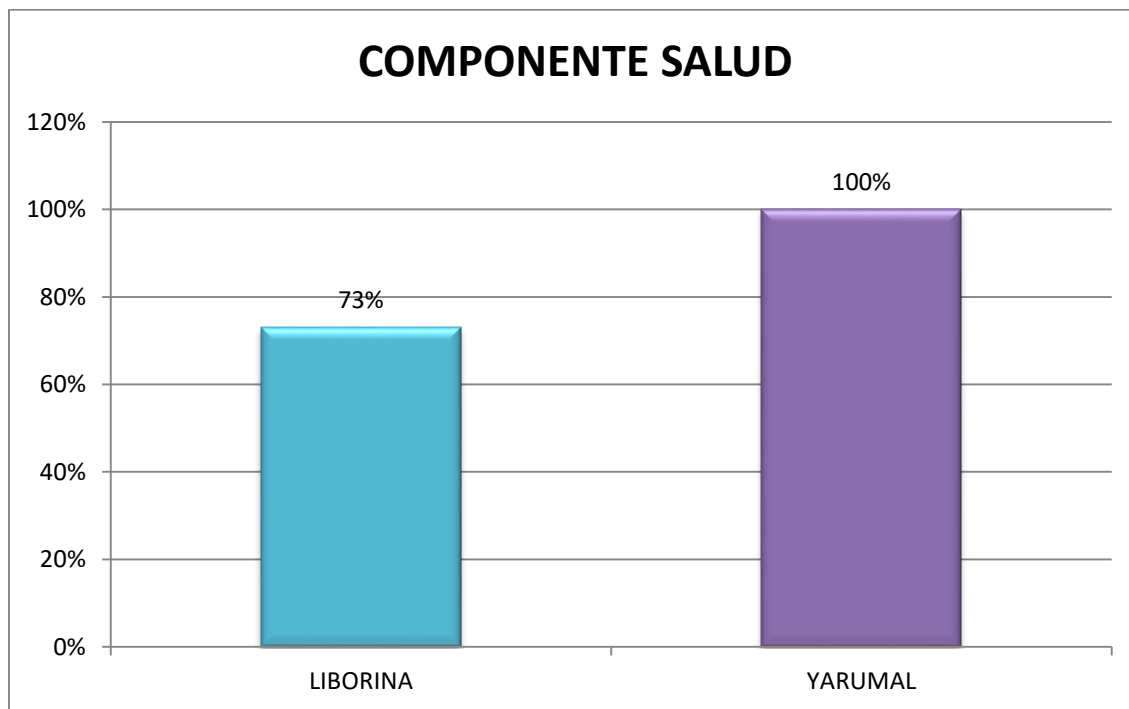
Según el artículo 11 de la resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia⁵⁹, la presente investigación está clasificada como un estudio sin riesgo, por lo que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, sino que la información se obtendrá a partir de una herramienta de auditoria y sus artículos 8, 20, 21 y 22. Basados en la declaración de Helsinki⁶⁰ donde el principio básico es el respeto por el individuo su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas. El Código de Núremberg el cual adoptó 10 puntos Entre ellos, se incluye el consentimiento informado y la ausencia de coerción; la información se obtendrá a partir de una herramienta de auditoria. La información se presentará de manera general y con fines académicos e investigativos. Se respeta la confidencialidad, porque solo se toman datos.

9. RESULTADOS

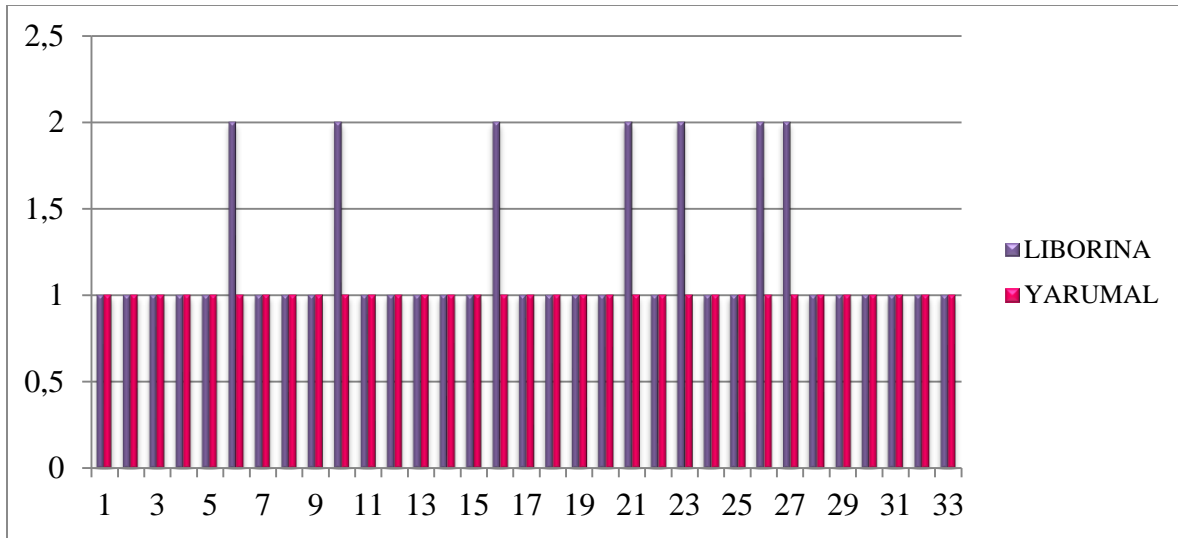
Se aplicó un instrumento de verificación de la implementación del modelo de atención a víctimas de violencia sexual en los municipios de Liborina y Yarumal, dicho instrumento fue ponderado para evaluar el porcentaje de implementación y conocimiento del modelo de atención.

Los instrumentos arrojaron los siguientes resultados:

- **COMPONENTE DE SALUD:** institución prestadora de servicios de salud

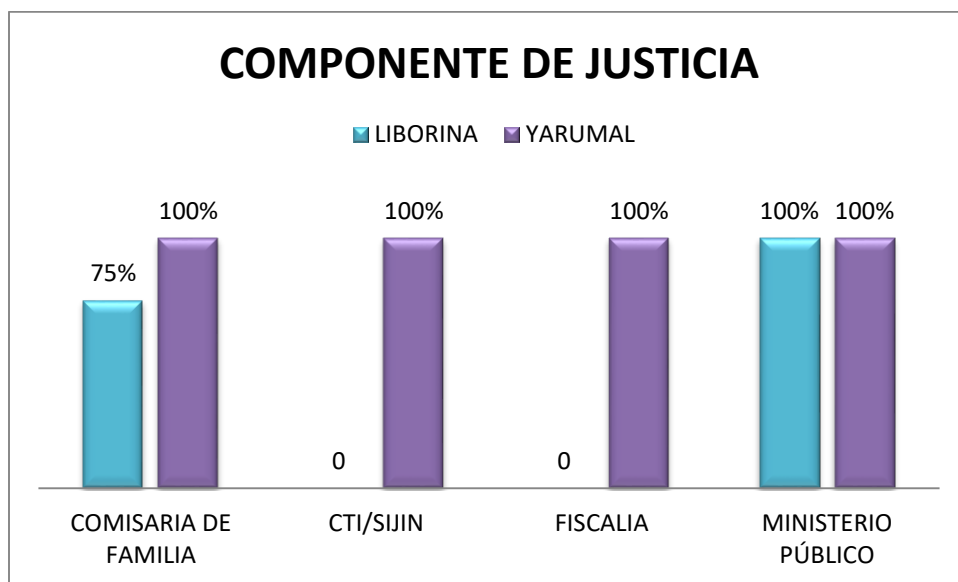


Al momento de aplicar el instrumento, con 33 parámetros evaluados en el área de la salud, el municipio de Liborina cumplió en un 73%, es decir, de 33 parámetros 9 son afirmativos. Por otro lado el municipio de Yarumal cumplió en un 100%.

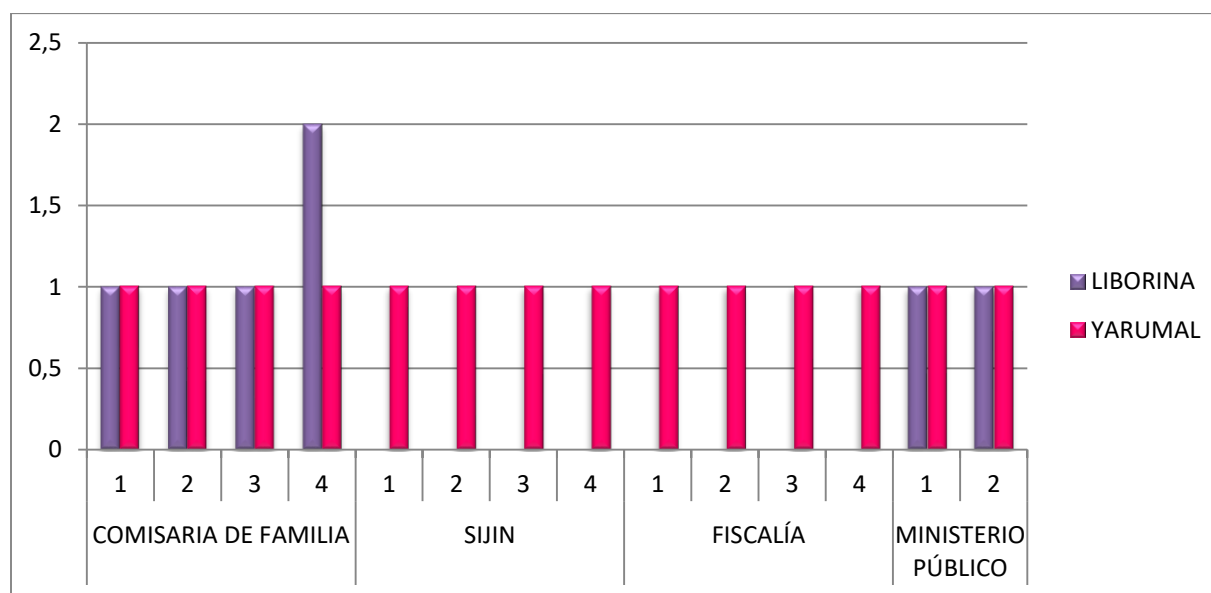


La diferencia en cuanto a las preguntas, se encontró que el municipio de Liborina, tiene falencia en las preguntas 6, 10, 16, 21, 23, 26 y 27, mientras que en el municipio de Yarumal no se encontraron falencias.

- **COMPONENTE JUSTICIA:** comisaria de familia, CTI/SIJIN, Fiscalía y Ministerio Público.



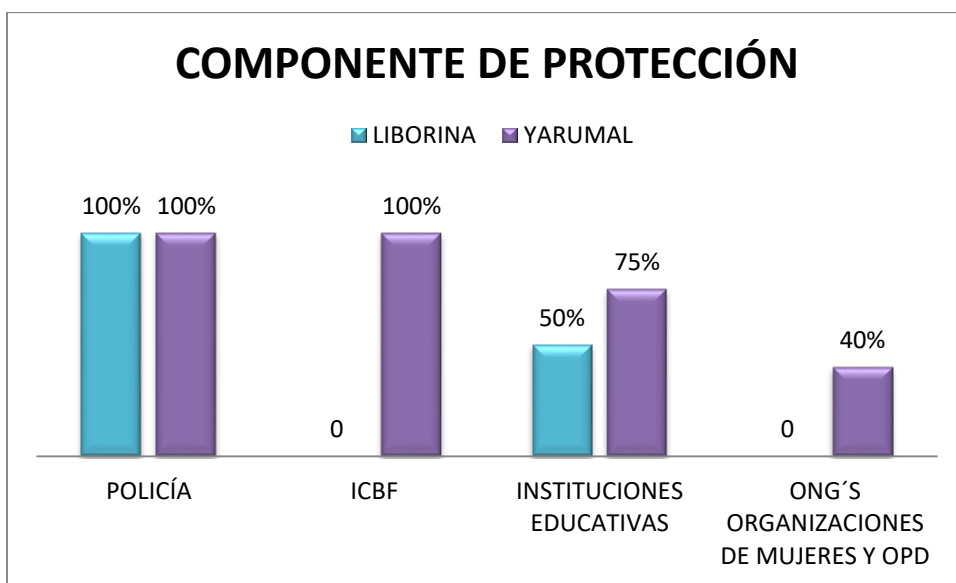
- **COMISARIA DE FAMILIA:** se evaluaron 4 parámetros, de los cuales el municipio de Liborina cumplió con 3, es decir, un 75%; mientras que el municipio de Yarumal cumplió con los 4 parámetros es decir el 100%.
- **CTI/SIJIN:** se evaluaron 4 parámetros de los cuales el municipio de Yarumal cumplió en un 100%, mientras que en el municipio de Liborina no se cuenta con esta institución.
- **FISCALÍA:** se evaluaron 4 parámetros de los cuales el municipio de Yarumal cumplió en un 100%, mientras que en el municipio de Liborina no se cuenta con esta institución.
- **MINISTERIO PÚBLICO:** se evaluaron 2 parámetros de los cuales ambos municipios obtuvieron el 100%.



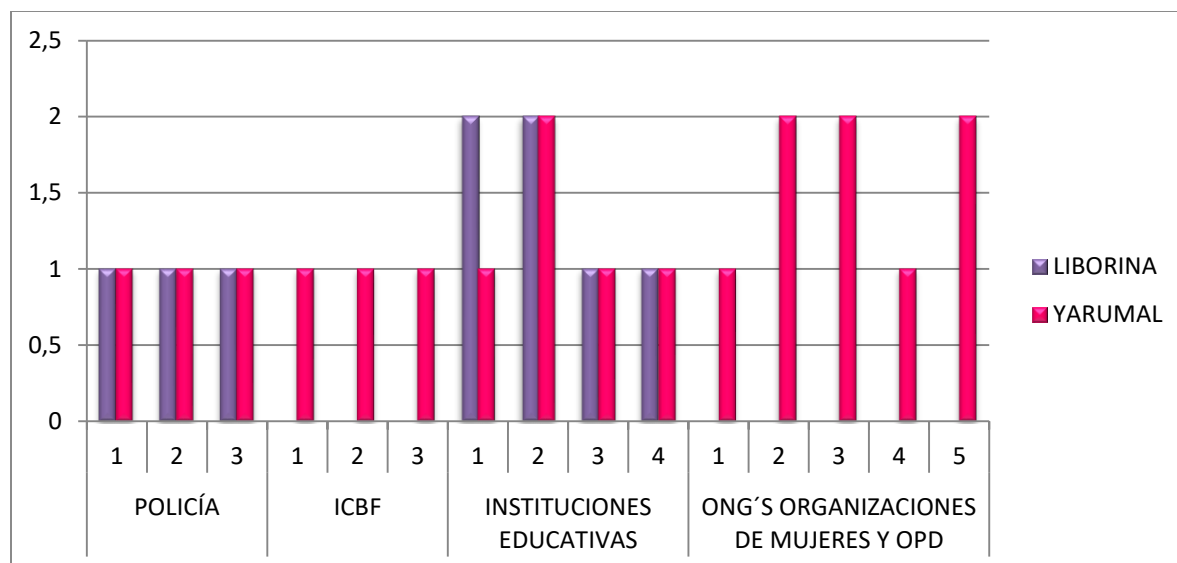
En la gráfica se puede observar que el municipio de Liborina, tuvo falencias en la pregunta 4 de la comisaria de familia, además se observan SIJIN y Fiscalía sin ponderación, ya que en este

municipio no se cuenta con estas instituciones. Por otro lado, el municipio de Yarumal cumplió en un 100% con las preguntas.

- **COMPONENTE DE PROTECCIÓN:** policía, ICBF, Instituciones Educativas, ONG'S Organizaciones de mujeres y OPD.



- **POLICÍA:** Se evaluaron 3 parámetros de los cuales ambos municipios obtuvieron el 100%.
- **ICBF:** Se evaluaron 3 parámetros de los cuales el municipio de Yarumal obtuvo el 100%, mientras que en municipio de Liborina no se cuenta con esta institución.
- **INSTITUCIONES EDUCATIVAS:** Se evaluaron 4 parámetros de los cuales del municipio de Liborina cumple con el 50%, es decir, con dos parámetros. Por otro lado el municipio de Yarumal cumplió con un 75%, es decir cumplió con 3 parámetros.
- **ONG'S Organizaciones de mujeres y OPD:** Se evaluaron 5 parámetros de los cuales el municipio de Yarumal cumple con 2 parámetros, es decir, con el 40%, y el municipio de Liborina no cuenta con estas Organizaciones.



En cuanto a protección se refiere, el municipio de Liborina, mostro falencia en las preguntas 1 y 2 a las Instituciones Educativas, algo similar con el municipio de Yarumal, que tuvo falencia en la pregunta 2. En el municipio de Yarumal, se evidencio que las ONG´S organizaciones de mujeres y OPD, tuvieron falencia en las preguntas 2,3 y 5. Es importante aclarar que en el municipio de Liborina no se cuenta con ICBF, ni con ONG´S organizaciones de mujeres y OPD.

Al final de la aplicación del instrumento, el municipio de Liborina arrojó un resultado de cumplimiento total del 87.4%, teniendo falencias en salud, comisaria de familia e instituciones educativas. Por otro lado el municipio de Yarumal cumplió en un 93%, teniendo falencias en las instituciones educativas y en las ONG´S Organizaciones de mujeres y OPD.

Finalmente, al indagar del como suple la falta de algunos actores en el municipio de Liborina, se pudo evidenciar las remisiones que se realizan de estos casos a las regionales de cada entidad más cerca del municipio.

10. DISCUSIÓN

En la actualidad no hay estudios que revelen la adecuada implementación del modelo de atención a víctimas de violencia sexual, por lo tanto, no se puede comparar los resultados obtenidos en este estudio con otro, sin embargo, en la discusión haremos énfasis en las estadísticas encontradas durante el trayecto de esta investigación.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia (ENDS) del 2005, el 65% de las mujeres entre los 15 y 49 años fueron forzadas a tener relaciones sexuales por parte de personas distintas a sus compañeros. El 47% de los casos reporta que las mujeres fueron abusadas sexualmente por primera vez antes de los 15 años y en un 76% por una persona conocida. Con respecto al actor involucrado se reporta que un 36% de victimarios son familiares y 37% son conocidos³⁷

Varios estudios muestran que las mayores cifras de violencia sexual se presentan hacia la mujer. Según una publicación realizada por ONU Mujeres el 70% de las mujeres sufren violencia física y/o sexual a lo largo de la vida a manos de su pareja, haciendo que esta violencia tenga un alto costo no solo para el Estado sino para la víctima, la familia, el victimario y la sociedad en general. Por ejemplo en Estados Unidos en el 2003, la agresión por la pareja de la víctima asciende a 5.800 millones de dólares.

A nivel mundial actualmente se le da gran importancia a todo lo relacionado con violencia sexual, dado que las cifras muestran que de cada 10 víctimas, 8 son mujeres y 7 de cada 10 son menores⁶¹; lo que prende las alarmas a nivel mundial y generando así campañas como He for She de ONU Mujeres. Se percibe que los hombres no denuncian por el miedo a ser señalados.

En el contexto de identificar la gestión del conocimiento relacionada con la implementación del modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual en los Municipios de Liborina y Yarumal ubicados en el departamento de Antioquia, se decide realizar una investigación sobre la aplicación del modelo de atención a estas víctimas, elaborando una herramienta que permita evaluar la implementación adecuada de este modelo que sea efectiva para generar planes de mejora en los actores involucrados con el fin de dignificar, no re-victimizar y generar la suficiente confianza en estos casos.

En la elaboración de la herramienta se consideró el marco normativo de nuestro país, teniendo en cuenta el Modelo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual que elabora el Ministerio de Salud bajo la resolución 0459 de 2012. Se identificó el conocimiento que tienen los actores responsables de la atención integral a víctimas de Violencia Sexual en ambos municipios, con las diferencias del contexto territorial, resaltando que el municipio de Liborina cuenta con un hospital de primer nivel para la atención de una población total de 9.535 habitantes, en zona urbana se ubican tan solo 1,761 (18,4%) y en el área rural 7,774 (81,5%) y el Municipio de Yarumal por su parte cuenta con un hospital regional de segundo nivel y una población de 46.865 habitantes, de los cuales 30.515 (64%) viven en zona urbana y 16.350 (35.5%) en zona rural, lo que implica diferencias en el acceso a los servicios de salud en ambos municipios a víctimas de violencia sexual.

En la actualidad tanto a nivel mundial como en Colombia, se evidencia un gran interés por generar y desplegar el conocimiento de temas prioritarios en diferentes áreas, especialmente en salud pública, siendo la violencia sexual generadora de grandes dificultades a nivel social y que aún con sub-registro presenta altos índices.

Por otro lado, identificar el conocimiento en las diferentes entidades que a nivel municipal participan en la atención integral, permite una articulación de todos, por medio de la capacitación y sensibilización del personal en cuanto a la violencia sexual, mejorando la atención a las víctimas de este tipo de delito, unificando criterios y minimizando el riesgo de incumplir algunas actuaciones indispensables y re-victimizar a la persona afectada y a su núcleo familiar, generando problemas sociales. La generación de conocimiento por medio de la herramienta llevará a las organizaciones a ser más empoderadas y funcionales frente a un tema tan complejo que llevara a prácticas seguras, atenciones más oportunas y eficaces, lo que se traduce en mejora de la calidad de vida de las víctimas y la sociedad en general.

Se concluye que la principal fortaleza fue la utilidad de la herramienta para evaluar el conocimiento de los actores involucrados en la implementación del modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual, además del interés que mostraron frente a esta herramienta y los aportes realizados para mejorar la atención.

.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✚ Cada uno de los actores conoce sus competencias frente a un caso de violencia sexual
- ✚ Algunos actores que fueron entrevistados dan recomendaciones al grupo de investigación sobre la herramienta y como se podría mejorar la articulación entre las instituciones.
- ✚ Ambos municipios tienen grandes diferencias, comenzando desde el número de habitantes hasta el nivel de atención del hospital, por lo cual, consideramos que la herramienta elaborada es confiable tanto para un municipio pequeño como Liborina y un municipio grande como Yarumal.
- ✚ La mayor fortaleza encontrada en ambos municipios fue el interés de los diferentes actores con la herramienta, pues consideran que es necesaria para identificar el conocimiento que tienen los diferentes profesionales sobre como brindar la atención y establecer acciones de mejora, los cuales fortalecen las instituciones y la atención de las víctimas.
- ✚ La mayor debilidad encontrada fue la falta de seguimiento por parte de los actores que intervienen en el proceso de atención a estas víctimas, pues cada uno realiza su función pero no van más allá, para garantizar que no se presente la re-victimización y se garantice las acciones de resocialización con el victimario.
- ✚ Algunos factores condicionantes de los resultados del estudio fueron: el tamaño de la muestra, el conflicto armado, la ubicación geográfica, la ausencia de algunas instituciones en el municipio con menos habitantes.
- ✚ En el concepto del grupo de investigación, la herramienta es de gran utilidad, pues actualmente no se cuenta con un instrumento que pueda evaluar cada uno de los aspectos

contemplado en el modelo de atención a víctimas de violencia sexual del Ministerio de Salud, por lo cual se recomienda utilizar la herramienta en cualquier municipio.

- ✚ Este estudio corresponde a una Política Nacional intersectorial, que lidera el sector salud, pero que es responsabilidad de cada uno de los actores involucrados.

12. ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE AUDITORIA - LIBORINA

INSTRUMENTO DE VERIFICACION EN EL MODELO DE ATENCION PARA CASOS DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

FECHA	08/10/2015	SISTEMA DE VALORACIÓN	
MUNICIPIO	Liborina	S	SÍ CUMPLE con el parámetro
VERIFICADOR /AUDITOR	Paula Andrea Ángel Higuita	N	NO CUMPLE con el parámetro
CARGO	Hospital San Lorenzo	NA	El parámetro NO APLICA

ENTIDAD	CO D.	PARAMETRO	CUMPLE	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACION
SALUD	Institución Prestadora de Servicios de Salud	1.1	s		N.A
		1.2	s		
		1.3	s		
		1.4	s		Consultorio con áreas delimitadas
		1.5	s		
		1.6	n		Profesional que están de turno
		1.7	n		Consentimiento informado

		sexual?			
1.8		La institución cuenta con consentimiento informado para los procedimientos legales en la atención a víctimas de violencia sexual?	n		Consentimiento informado
1.9		La institución cuenta con consentimiento informado para los exámenes de VIH/SIDA a pacientes Víctimas de Violencia Sexual ?	s		Consentimiento informado
1.10		La institución tiene medidas o barreras para evitar la revictimización a víctimas de violencia sexual?	n		Protocolo
1.11		Los profesionales de la institución conocen las preguntas básicas que deben hacerle a las víctimas de violencia sexual?	s		Protocolo
1.12		El software de historia clínica de la institución está adecuado para diligenciar correctamente la historia clínica en caso de atención de Víctimas de Violencia Sexual ?	s		Interrogar al profesional y/o verificar socialización a profesionales del correcto diligenciamiento de la historia clínica
1.13		El personal asistencial conoce el adecuado diligenciamiento de la historia clínica para la atención de Víctimas de Violencia Sexual?	s		
1.14		El personal asistencial realiza un adecuado diagnóstico en la historia clínica en los casos de atención de Víctimas de Violencia Sexual ?	s		Protocolo
1.15		El personal asistencial aplica la cadena de custodia en casos atendidos a Víctimas de Violencia Sexual ?	s		Formato de información del paciente
1.16		La institución cuenta con el servicio de toma de muestras para pruebas diagnósticas que permitan descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de atención de Víctimas de Violencia Sexual ?	n	Solo algunos	N.A
1.17		La institución cuenta con laboratorio propio o contratado para realizar estudios de las muestras para descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de atención de VVS?	s		

1.18	La institución cuenta con un protocolo de profilaxis para ITS a los pacientes víctimas de violencia sexual?	s		
1.19	La institución cuenta con un protocolo de profilaxis para VIH a víctimas de violencia sexual?	s		
1.20	La institución cuenta con un protocolo de profilaxis para anticoncepción de emergencia para víctimas de violencia sexual?	s		
1.21	La institución cuenta con los medicamentos y dispositivos médicos para aplicar los protocolos de profilaxis para ITS, VIH y anticoncepción de emergencia a las víctimas de violencia sexual??	n	Faltan algunos	N.A
1.22	El personal asistencial de la IPS conoce los protocolos de profilaxis para ITS, VIH y anticoncepción de emergencia para víctimas de violencia sexual?	n	Faltan algunos	N.A
1.23	La institución cuenta con un protocolo de interrupción voluntaria del embarazo IVE para víctimas de violencia sexual?	s		Cuenta con protocolo
1.24	Conoce el personal asistencial el protocolo para el IVE ?	S		No todos
1.25	El personal asistencial de la IPS aplica el protocolo IVE para los casos requeridos para las Víctimas de Violencia Sexual?	s		Cuenta con protocolo
1.26	La institución cuenta con una ruta establecida para la notificación y remisión a los diferentes actores que intervienen en la ruta de atención para víctimas de violencia sexual?	n		
1.27	La institución cuenta con una ruta establecida para el acceso a la protección?	n		
1.28	La institución cuenta con médicos entrenados para la atención de Víctimas de Violencia Sexual?	s		
1.29	La institución dispone de médicos entrenados las 24 horas para la atención de Víctimas de Violencia Sexual ?	s		
1.30	El médico realiza la valoración médica de las Víctimas de Violencia Sexual ?	s		
1.31	El médico remite para la valoración legal de las Víctimas de Violencia Sexual ?	s		

		1.3 2	El médico realiza o apoya la toma de muestras de sangre para realizar los exámenes de laboratorio respectivos a las Víctimas de Violencia Sexual ?	s		
		1.3 3	El médico y la institución garantizan la cadena de custodia para el manejo de Víctimas de Violencia Sexual ?	s		
JUSTICIA	Comisarí a de Familia	2.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	s		
		2.2	El municipio cuenta con comisaría de familia? De no tenerlo se remite a la víctima de violencia sexual al ente que recibe el caso.	s		
		2.3	La comisaría de familia promueve medidas de protección y atención a las Víctimas de Violencia Sexual ?	s		
		2.4	Las medidas son conocidas por todo el personal de la institución	n		N.A
	CTI/SIJIN	3.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	na		
		3.2	El municipio cuenta con CTI/SIJIN	na		
		3.3	La entidad recibe las denuncias de las víctimas de violencia sexual?	na		
		3.4	La oportunidad recepción de denuncias de Víctimas de Violencia Sexual es adecuada?	na		
	Fiscalía	3.5	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	na		
		3.6	El municipio cuenta con fiscalía? De no tenerlo se remite a la victima de violencia sexual al ente que recibe el caso.	na		
		3.7	Es oportuno el tiempo para investigar el caso de Víctimas de Violencia Sexual?	na		
		3.8	Es oportuna el tiempo para judicializar una persona en caso de comprobar que es culpable Violencia Sexual?	na		
	Ministeri o Público	4.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	s		
		4.2	El municipio cuenta con defensoría del pueblo, procuraduría o personería? De no ser así remitirse a la víctima de violencia sexual a la entidad que realiza dichas funciones	s		

PROTECCIÓN	Policía	5.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	s		
		5.2	El municipio cuenta con comando de policía?	s		
		5.3	El personal encargado da cumplimiento a medidas de protección a Víctimas de Violencia Sexual ?	s		
	ICBF	6.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	na		
		6.2	El municipio cuenta con dependencia ICBF?De no ser así remitirse a la entidad que realiza dichas funciones	na		
		6.3	El personal del ICBF vela por el restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes victimas de violencia sexual?	na		
	Instituciones Educativas	7.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	n		
		7.2	Las instituciones educativas del municipio conocen el adecuado manejo para detección y manejo de las Víctimas de Violencia Sexual ?	n		
		7.3	El personal de las instituciones educativas del municipio realiza acciones de prevención para el evitar casos de violencia sexual niños, niñas o adolescentes?	s		
		7.4	El personal de las instituciones educativas del municipio notifican al ICBF y al hospital los casos identificados de violencia sexual en niños, niñas o adolescentes?	s		
	ONG'S Organización de Mujeres y OPD	8.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	na		
		8.2	Acompañan, orientan y visibilizan y adelantan acciones conjuntas de prevención a la violencia sexual en el municipio?	na		
		8.3	Acompañan con acciones de prevención para evitar casos de Víctimas de Violencia Sexual ?	na		
		8.4	Orientan acciones de prevención para casos de violencia sexual?	na		
		8.5	Adelantan acciones de prevención de violencia sexual en el municipio?	na		
PROPORCION DE CUMPLIMIENTO GENERAL A LA RUTA DE ATENCION			84,7			

DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL **%**

PROPORCION DE CUMPLIMIENTO POR RESPONSABLE / ENTIDAD A LA RUTA DE ATENCION DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL			
SALUD	73%	Institución Prestadora de Servicios de Salud	73%
JUSTICIA	94%	Comisaría de Familia	75%
		CTI/SIJIN	100%
		Fiscalía	100%
		Ministerio Público	100%
PROTECCIÓN	87%	Policía	100%
		ICBF	100%
		Instituciones Educativas	50%
		ONG'S Organización de Mujeres y OPD	100%

ANEXO 2. INSTRUMENTO AUDITORIA - YARUMAL

INSTRUMENTO DE VERIFICACION EN EL MODELO DE ATENCION PARA CASOS DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
--

FECHA	08/10/2015	SISTEMA DE VALORACIÓN	
MUNICIPIO	Yarumal	S	SÍ CUMPLE con el parámetro
VERIFICADOR /AUDITOR	Maria Patricia Lopera Ossa	N	NO CUMPLE con el parámetro
CARGO	Secretaria de Salud y Bienestar Social	NA	El parámetro NO APLICA

ENTIDAD	CO D.	PARAMETRO	CUMPLE?	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACION	
SALUD	Institución Prestadora de Servicios de Salud	1.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	s		N.A
		1.2	La institución tiene métodos establecidos y los aplica para la identificación de víctimas de violencia sexual?	s		Cuenta con protocolo y está publicado
		1.3	La institución considera los casos de violencia sexual como urgencia médica?	s		Cuenta con protocolo y esta publicada Manifestación del paciente o familia
		1.4	La institución realiza la atención a Víctimas de Violencia Sexual independiente de su tipo de afiliación?	s		Consultorio con áreas delimitadas
		1.5	La institución cuenta con la infraestructura adecuada para la atención integral de Víctimas de Violencia Sexual ?	s		El paciente puede elegir el profesional?
		1.6	La victima puede escoger el sexo del Médico que realizará la atención?	s		N.A
		1.7	La institución cuenta con consentimiento informado para los procedimientos clínicos de la atención integral de urgencias a pacientes víctimas de violencia sexual?	s		Consentimiento informado
		1.8	La institución cuenta con consentimiento informado para los procedimientos legales en la atención a víctimas de violencia sexual?	s		Consentimiento informado

1.9	La institución cuenta con consentimiento informado para los exámenes de VIH/SIDA a pacientes Víctimas de Violencia Sexual ?	s		Consentimiento informado
1.10	La institución tiene medidas o barreras para evitar la re victimización a víctimas de violencia sexual?	s		Se cuenta con una psicóloga y un trabajador social para estos casos
1.11	Los profesionales de la institución conocen las preguntas básicas que deben hacerle a las víctimas de violencia sexual?	s		Listado de las capacitaciones que se han realizado
1.12	El software de historia clínica de la institución está adecuado para diligenciar correctamente la historia clínica en caso de atención de Víctimas de Violencia Sexual ?	s	Se tiene una historia clínica completa, sin embargo, dentro de la historia no hay un espacio para saber si es víctima o no.	Historia clínica
1.13	El personal asistencial conoce el adecuado diligenciamiento de la historia clínica para la atención de Víctimas de Violencia Sexual?	s		Listado de las capacitaciones que se han realizado
1.14	El personal asistencial realiza un adecuado diagnóstico en la historia clínica en los casos de atención de Víctimas de Violencia Sexual ?	s		Listado de las capacitaciones que se han realizado
1.15	El personal asistencial aplica la cadena de custodia en casos atendidos a Víctimas de Violencia Sexual ?	s	Problemas con medicina legal porque no siguen el trámite, después de que se remite por parte del Hospital	En el Hospital si se tiene en cuenta con la cadena de custodia.
1.16	La institución cuenta con el servicio de toma de muestras para pruebas diagnósticas que permitan descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de atención de Víctimas de Violencia Sexual ?	s		Laboratorio habilitado
1.17	La institución cuenta con laboratorio propio o contratado para realizar estudios de las muestras para descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de atención de VVS?	s		Laboratorio habilitado
1.18	La institución cuenta con un protocolo de profilaxis para ITS a los pacientes víctimas de violencia sexual?	s		Cuenta con protocolo y está publicado

1.19	La institución cuenta con un protocolo de profilaxis para VIH a víctimas de violencia sexual?	s		Cuenta con protocolo y está publicado
1.20	La institución cuenta con un protocolo de profilaxis para anticoncepción de emergencia para víctimas de violencia sexual?	s		Cuenta con protocolo y está publicado
1.21	La institución cuenta con los medicamentos y dispositivos médicos para aplicar los protocolos de profilaxis para ITS, VIH y anticoncepción de emergencia a las víctimas de violencia sexual??	s		Dispositivos y medicamentos disponibles en el almacén
1.22	El personal asistencial de la IPS conoce los protocolos de profilaxis para ITS, VIH y anticoncepción de emergencia para víctimas de violencia sexual?	s		Cuenta con protocolo y está publicado
1.23	La institución cuenta con un protocolo de interrupción voluntaria del embarazo IVE para víctimas de violencia sexual?	s	Pero no se ha presentado ningún caso que requiera o quiera IVE	Cuenta con protocolo
1.24	Conoce el personal asistencial el protocolo para el IVE ?	S	Pero no se ha presentado ningún caso que requiera o quiera IVE	Cuenta con protocolo
1.25	El personal asistencial de la IPS aplica el protocolo IVE para los casos requeridos para las Víctimas de Violencia Sexual?	s	Pero no se ha presentado ningún caso que requiera o quiera IVE	Cuenta con protocolo
1.26	La institución cuenta con una ruta establecida para la notificación y remisión a los diferentes actores que intervienen en la ruta de atención para víctimas de violencia sexual?	s		Publicada en urgencias
1.27	La institución cuenta con una ruta establecida para el acceso a la protección?	s	Se protege a la víctima en todos los sentidos	
1.28	La institución cuenta con médicos entrenados para la atención de Víctimas de Violencia Sexual?	s		Hoja de vida de los médicos
1.29	La institución dispone de médicos entrenados las 24 horas para la atención de Víctimas de Violencia Sexual ?	s		Cuadros de turno
1.30	El médico realiza la valoración médica de las Víctimas de Violencia Sexual ?	s		Cuenta con protocolo
1.31	El médico remite para la valoración legal de las Víctimas de Violencia Sexual ?	s		Formato de remisión de pacientes

		1.3 2	El médico realiza o apoya la toma de muestras de sangre para realizar los exámenes de laboratorio respectivos a las Víctimas de Violencia Sexual ?	s		Cuenta con protocolo
		1.3 3	El médico y la institución garantizan la cadena de custodia para el manejo de Víctimas de Violencia Sexual ?	s	Solo se garantiza la cadena de custodia dentro de la institución	Proceso documentado
JUSTICIA	Comisarí a de Familia	2.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	s		N.A
		2.2	El municipio cuenta con comisaría de familia? De no tenerlo se remite a la víctima de violencia sexual al ente que recibe el caso.	s		Verificar las denuncia, llamando a la personas a entrevista
		2.3	La comisaría de familia promueve medidas de protección y atención a las Víctimas de Violencia Sexual ?	s		Proceso documentado
		2.4	Las medidas son conocidas por todo el personal de la institución	s		N.A
	CTI/SIJIN	3.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	s		N.A
		3.2	El municipio cuenta con CTI/SIJIN	s		Se encuentra ubicado dentro del comando de la policía.
		3.3	La entidad recibe las denuncias de las víctimas de violencia sexual?	s		Base de datos que se tiene en un software especial de la entidad
		3.4	La oportunidad recepción de denuncias de Víctimas de Violencia Sexual es adecuada?	s		Base de datos que se tiene en un software especial de la entidad
	Fiscalía	3.5	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	s		N.A
		3.6	El municipio cuenta con fiscalía? De no tenerlo se remite a la victima de violencia sexual al ente que recibe el caso.	s		La fiscalía se encuentra en la casa de justicia y tiene 5 fiscales
		3.7	Es oportuno el tiempo para investigar el caso de Víctimas de Violencia Sexual?	s	Se priorizan niñas, niños y adolescentes	Documentos de cada caso que reposan en el archivo

PROTECCIÓN		3.8	Es oportuno el tiempo para judicializar una persona en caso de comprobar que es culpable Violencia Sexual?	s	El acceso carnal violento da entre 12 a 20 años de prisión, acto violento entre 8 a 16 años de prisión, acceso incapaz de resistir entre 12 a 20 años, acto sexual a persona drogadas o en estado de alicoramiento entre 8 a 16 años de prisión, acto sexual a menores entre 12 a 20 años, entre otros	Documentos de cada caso que reposan en el archivo
	Ministerio Público	4.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	s		N.A
		4.2	El municipio cuenta con defensoría del pueblo, procuraduría o personería? De no ser así remitirse a la víctima de violencia sexual a la entidad que realiza dichas funciones	s	La unidad de víctimas se demora entre 4 a 5 meses para dar un dictamen y se verifica en la plataforma de la unidad.	Documentos de la denuncia de fiscalía o medicina legal y documento de acción social que reposa en la personería.
		5.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	s		N.A
	Policía	5.2	El municipio cuenta con comando de policía?	s		A una cuadra del parque principal
		5.3	El personal encargado da cumplimiento a medidas de protección a Víctimas de Violencia Sexual ?	s		revista medidas de autoprotección
		6.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	s		N.A
	ICBF	6.2	El municipio cuenta con dependencia ICBF?De no ser así remitirse a la entidad que realiza dichas funciones	s	Se cuenta con una institución contratada por le instituto llamada Asparla para la atención terapéutica. Además se tiene el CAIVAS	Ubicada en el municipio, llamado centro zonal la meseta número 8

		6.3	El personal del ICBF vela por el restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual?	s	Se hace seguimiento al proceso hasta los 4 meses y luego la defensora de familia dictamina el paso a seguir	Documento del proceso administrativo de restablecimiento de derechos con la defensoría del pueblo, la nutricionista y trabajadora social.
Instituciones Educativas		7.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	s		N.A
		7.2	Las instituciones educativas del municipio conocen el adecuado manejo para detección y manejo de las Víctimas de Violencia Sexual ?	n	Falta de capacitación	N.A
		7.3	El personal de las instituciones educativas del municipio realiza acciones de prevención para el evitar casos de violencia sexual niños, niñas o adolescentes?	s		Proyecto educación sexual
		7.4	El personal de las instituciones educativas del municipio notifican al ICBF y al hospital los casos identificados de violencia sexual en niños, niñas o adolescentes?	s		Proyecto educación sexual tienen las rutas
ONG'S Organización de Mujeres y OPD		8.1	Conoce en que consiste el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)?	s		N.A
		8.2	Acompañan, orientan y visibilizan y adelantan acciones conjuntas de prevención a la violencia sexual en el municipio?	n		N.A
		8.3	Acompañan con acciones de prevención para evitar casos de Víctimas de Violencia Sexual ?	n		N.A
		8.4	Orientan acciones de prevención para casos de violencia sexual?	s	Solo orientación interna	Capacitaciones
		8.5	Adelantan acciones de prevención de violencia sexual en el municipio?	n		N.A
			PROPORCION DE CUMPLIMIENTO GENERAL A LA RUTA DE ATENCION DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	92,9 %		

PROPORCION DE CUMPLIMIENTO POR RESPONSABLE / ENTIDAD A LA RUTA DE ATENCION DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

SALUD	100%	Institución Prestadora de Servicios de Salud	100%
JUSTICIA	100%	Comisaría de Familia	100%
		CTI/SIJIN	100%
		Fiscalía	100%
		Ministerio Público	100%
PROTECCIÓN	79%	Policía	100%
		ICBF	100%
		Instituciones Educativas	75%
		ONG'S Organización de Mujeres y OPD	40%

ANEXO 3. CADENA DE CUSTODIA



REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA FPJ – 08
 Versión 2 - Resolución F.G.N.

UBICACION EN LA BODEGA (**)

Número									

1. CODIGO UNICO DE CASO

DPTO.	MUNICIPIO	ENTIDAD	UNIDAD	AÑO	CONSECUTIVO														

2. HISTORIA CLINICA/ ()**

Número

3. DOCUMENTACION DEL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA

H	R	E	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA DE CIUDADANIA	ENTIDAD	CARGO	FIRMA

4 TIPO DE EMBALAJE

Cantidad <input type="checkbox"/> Bolsa _____ Plástica <input type="checkbox"/> _____ De papel <input type="checkbox"/> _____	Cantidad <input type="checkbox"/> Frasco <input type="checkbox"/> _____ Caja <input type="checkbox"/> _____	Otro <input type="checkbox"/> Cantidad Cual? _____ _____
--	---	--

5. DESCRIPCION DEL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA

_____ _____ _____ _____

Convenciones:

(*) Para ser diligenciado exclusivamente por la Bodega General de Evidencias de la Fiscalía General de la Nación, con la posición que le correspondió a la evidencia, al interior de la Bodega.

(**) Para ser diligenciado por la Entidad Prestadora de Salud que reside el Elemento Material Probatorio o Evidencia Física.

H = Marcar con una X si corresponde a quien HALLÓ el Elemento Material Probatorio o Evidencia Física.

R = Marcar con una X si corresponde a quien RECOLECTÓ el Elemento Material Probatorio o Evidencia Física.

E = Marcar con una X si corresponde a quien EMBALÓ el Elemento Material Probatorio o Evidencia Física.

Se puede marcar una o varias opciones para un mismo nombre, según sea el caso.

6. REGISTRO DE CONTINUIDAD DE LOS ELEMENTOS MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA

FECHA	HORA MILITAR	NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA	CEDULA DE CIUDADANIA	ENTIDAD	CALIDAD EN LA QUE ACTUA (Custodio, Perito, Transportador)	PROPOSITO DEL TRASPASO O TRALADO (Entregas Almacen, Almacenamiento, Analisis, Presentación Audiencia, Consulta, Disposición Final)	OBSERVACIONES AL ESTADO EN QUE SE RECIBE EL EMBALAJE O CONTENEDOR DEL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA	FIRMA
0 0								
0 0								
0 0								
0 0								
0 0								
0 0								
0 0								
0 0								
0 0								



7. PARA SER DILIGENCIADO POR EL TECNICO EN PRUEBA DE IDENTIFICACION PRELIMINAR HOMOLOGADA "PIPH"

PRACTICO PRUEBA PRELIMINAR ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CANTIDAD DE MUESTRAS TOMADAS _____	ROTULOS Nos.: _____ _____ _____
---	---------------------------------------	---------------------------------------

NOTA:

- 1) NUNCA INTERRUMPA EL REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA.
- 2) EL REGISTRO DE CADENA DE CUSTODIA SIEMPRE DEBE ACOMPAÑAR AL ELEMENTO MATERIA DE PRUEBA O EVIDENCIA FISICA.
- 3) SI ESTA HOJA NO ALCANZA PARA DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE CONTINUIDAD DE CADENA DE CUSTODIA, SE PUEDE UTILIZAR TANTAS HOJAS ADICIONALES SEAN NECESARIO, DE SER ASI EN LA PARTE SUPERIOR DERECHA DE CADA HOJA SE INDICARA EL NUMERO UNICO DEL CASO Y EL DE LA HOJA QUE CORRESPONDE DEL TOTAL DE HOJAS QUE CONFORMAN EL REGISTRO DE CONTINUEND.

ANEXO 4. FICHA DE NOTIFICACIÓN DEL SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Subsistema de Información SIVIGILA Ficha de notificación				
DATOS BÁSICOS				
1. INFORMACIÓN GENERAL			REG-R02.003.0000-001 V:02 AÑO 2012	
1.1 Código de la UPGD		Razón social de la unidad primaria generadora del dato		
Departamento	Municipio	Codigo	Sub-Índice	
1.2 Nombre del evento		1.3 Fecha de Notificación (dd/mm/aaaa)		
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				
2.1 Tipo de Documento		2.2 Número de Identificación		
<input type="radio"/> Registro civil <input type="radio"/> Cédula de Extranjería <input type="radio"/> Menor sin identificación <input type="radio"/> Tarjeta de identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Adulto sin identificación <input type="radio"/> Cédula de ciudadanía		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
2.3 Primer Nombre		2.4 Segundo Nombre		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
2.5 Primer Apellido		2.6 Segundo Apellido		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
2.7 Teléfono	2.8 Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.9 Edad	2.10 Unidad de medida de la edad	2.11 Sexo
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> 1- Años <input type="radio"/> 4- Horas <input type="radio"/> 2- Meses <input type="radio"/> 5- Minutos <input type="radio"/> 3- Días <input type="radio"/> 0- No aplica	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
2.12 País de procedencia/ocurrencia	2.13 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia	2.14 Área de ocurrencia del caso		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Cabecera Municipal <input type="radio"/> 2. Centro Poblado <input type="radio"/> 3. Rural Disperso		
2.15 Localidad de ocurrencia del caso	2.16 Barrio de ocurrencia del caso	2.17 Cabezera municipal/Centro poblado/Rural disperso	2.18 Vereda	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2.19 Ocupación del paciente	2.20 Tipo de regimen en salud	2.21 Nombre de la administradora de servicios de salud		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Contributivo <input type="radio"/> 2. Subsidio <input type="radio"/> 3. Excepción <input type="radio"/> 4. Especial <input type="radio"/> 5. No Afiliado	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
2.21 Nombre de la administradora de servicios de salud	2.22 Pertenencia étnica	2.23 Grupo poblacional		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 4. Palenquero <input type="radio"/> 2. ROM, Gitano <input type="radio"/> 5. Negro, mulato, afro colombiano <input type="radio"/> 3. Raizal <input type="radio"/> 6. Otro	<input type="radio"/> 5. Otros <input type="radio"/> 13. Migrantes <input type="radio"/> 7. Discapacitados <input type="radio"/> 14. Carcelarios <input type="radio"/> 9. Desplazados <input type="radio"/> 15. Gestantes		
3 NOTIFICACION				
3.1 Departamento y municipio de residencia del paciente		3.2 Dirección de residencia		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
3.3 Fecha de Consulta (dd/mm/aaaa)	3.4 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.5 Clasificación inicial de caso	3.6 Hospitalizado	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 5. Conf. novo epidemiológico <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	
3.7 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)	3.8 Condición final	3.9 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.10 Nº certificado de defunción	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3.11 Causa básica de muerte CIE 10	3.12 Nombre del profesional que diligenció la ficha			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
		3.13 Teléfono		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES				
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso			4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)	
<input type="radio"/> No Aplica <input type="radio"/> 3- Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 4- Conf. por clínica <input type="radio"/> 5- Conf. novo epidemiológico <input type="radio"/> 6- Descartado <input type="radio"/> 7- Otra Actualización <input type="radio"/> 0- Error de digitación			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	



Violencia intrafamiliar y violencia sexual código INS 875

RELACION CON DATOS BÁSICOS REG-R02.003.0000-053 V:00 AÑO 2012

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. N° de identificación
_____	_____	_____

* TIPO DE ID: 1- RC- REGISTRO CIVIL | 2- TI- TARJETA DE IDENTIDAD | 3- CC- CÉDULA CIUDADANA | 4- CE- CÉDULA EXTRANJERA | 5- PA- PASAPORTE | 6- ME- MENOR SIN ID | 7- AD- ADULTO SIN ID

5. Naturaleza de la violencia

1. Violencia física 3. Privación y Negligencia 5. Abuso sexual 7. Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes 9. Pornografía con NNA (niños, niñas y adolescentes)
 2. Violencia psicológica 4. Abuso sexual 6. Asalto sexual 8. Turismo sexual 10. Tráfico de personas para explotación sexual

6. Datos de la víctima

6.1 Escolaridad de la víctima 1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnica 4. Universitaria 5. Sin escolaridad 6. Postgrado
6.2 Factor de vulnerabilidad de la víctima que influyó en la ocurrencia del hecho violento
 1. Actividades sindicales o gremiales 7. Población LGTBI 13. Líderes cívicos 19. Miembro médico 25. Mujer cabeza de familia
 2. Actividad política 8. Rincón 14. Religiosa (a) 20. Funcionario (a) judicial 26. Otro
 3. Campesino (a) 9. Consumidor de sustancias psicoactivas 15. Maestro (a) 21. Tíbulas urbanas
 4. Persona bajo protección sanitaria 10. Defensor (a) de los derechos humanos 16. Servidor público 22. Trabajador (a) sexual
 5. Presente colaborador (a) grupo legal 11. Habitante de calle 17. Fuerza pública 23. Periodista
 6. Consejal 12. Desmovilizados (a) y reinseridos (a) 18. Exconvicto 24. Estudiante

6.2.1 ¿Cuál factor de vulnerabilidad? _____

6.3 Antecedente de hecho similar (en los últimos tres meses, que requirió atención médica) 1. Sí 2. No
6.4 ¿Presencia de alcohol u otras sustancias en víctima? 1. Sí 2. No

7. Datos del agresor

7.1 Edad aparente del agresor (a)
7.2 Sexo del agresor (a) Hombre Mujer
7.3 Ocupación del agresor (a) _____ **Código**
7.4 Escolaridad del agresor (a)
 1. Primaria 4. Universitaria
 2. Secundaria 5. Sin escolaridad
 3. Técnica 6. Postgrado

7.5.1 Familiaridad o parentesco
 1. Esposo (a) 8. Padre 15. Madrastra 22. Otro
 2. Compañero (a) permanente 9. Madre 16. Tío
 3. Novio (a) 10. Hijo (a) 17. Primo
 4. Amante 11. Encargado (a) del NNA adulto mayor 18. Cuñado
 5. Ex-esposo (a) 12. Hermano (a) 19. Suagero
 6. Ex-novio (a) 13. Abuelo 20. Otro familiar cívico o consanguíneo
 7. Ex-amante 14. Padrastro 21. Sin información

7.5.1.1 ¿Cuál otro familiar? _____

7.5.1.2 Convive con el agresor (a)
 1. Sí 2. No

7.5.2 No familiar
 1. Profesor (a) 4. Compañero (a) de estudio 7. Vecino (a) 10. Otro
 2. Amigo (a) 5. Custodio (a) 8. Conocido (a) sin ningún trato 11. Otro
 3. Compañero (a) de trabajo 6. Desconocido (a) 9. Sin información 12. Otro

7.5.2.1 ¿Cuál otro agresor no familiar? _____

7.5.3 Grupos
 1. Ejército 3. Amado 5. Narcotráfico 7. Paródicos y "tribus urbanas" 9. Parrandero 11. No sabe no responde 12. Sin información 13. Otro
 2. Fuerza Aérea 4. Policía 6. Bandas criminales 8. Religioso 10. Guerrillero

7.5.3.1 ¿Cuál otro grupo? _____

7.6 ¿Presencia de alcohol u otras sustancias en agresor(a)?
 1. Sí 2. No

8. Datos del hecho

8.1 Armas y otros mecanismos utilizados para la agresión
 1. Ahorcamiento / estrangulamiento / asfixiación 4. Corriente / cortapuntas / Puzante 7. Inmersión / sumersión 10. Mordedura 13. Otro
 2. Cables 5. Electroshock y electrofugación 8. Intoxicación 11. Proyectil arma fuego
 3. Contenedor / contenedores 6. Explosivos 9. Minas antipersona 12. Quemadura

8.1.1 Nombre de la sustancias que produjo la intoxicación _____ **8.1.2 ¿Cuál otra arma o mecanismo utilizado?** _____

8.1.3 Otros mecanismos
 1. Insultos 3. Amenazas
 2. Humillaciones 4. Otro

8.1.4 ¿Cuál otro mecanismo utilizado para la agresión? _____

8.2 Fecha del hecho (dd/mm/aaaa)
 / /

8.2.1 Hora del hecho :
8.2.2 Escenario
 1. Via pública 3. Escuela 5. Sitio de diversión 7. Otro
 2. Casa 4. Lugar de trabajo 6. Deportivo

8.2.2.1 ¿Cuál otro escenario? _____

8.3 Zona de conflicto
 1. Sí 2. No

8.4 Sector que notifica
 1. Salud 2. Justicia 3. Educación 4. Protección 5. Otro **8.4.1 ¿Cuál sector notifica?** _____

9. ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

1. Atención psicosocial 2. Profilaxis ITS 3. Anticoncepción de emergencia 4. Orientación IVE 5. Atención en salud mental especializada
 6. Informe a la autoridad 7. Otro **9.1 ¿Cuál otra acción en salud pública?** _____ **9.3 Recomendación de protección**
9.2 ¿Cuál autoridad? _____ 1. Sí 2. No **9.4 Acreditación de trabajo de campo**
 1. Sí 2. No

ANEXO 5. CARTA DE ACEPTACIÓN DE LOS ALCALDES SOBRE EL ESTUDIO



MUNICIPIO DE LIBORINA
Desarrollo con equidad!
Alcaldía Municipal

1000-29.06 375

Liborina, octubre 07 de 2015

Profesor

HECTOR MANUEL QUIROS ARANGO

Coordinador Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud
Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Afines.
Universidad Cooperativa de Colombia.

ASUNTO: Autorización realización trabajo académico.

Cordial saludo

Con el fin de dar cumplimiento a nuestro plan de desarrollo 2012-2015 "Desarrollo con equidad", en su componente de Inversión 5.29. "Liborina Saludable", cuyo fundamento es *"la salud como derecho inalienable, como condición del desarrollo humano y como obligación del estado la garantía de accesibilidad, protección y vigilancia de esta condición, hacen de este componente, uno de los que más compromete no solo inversión, sino también el esfuerzo del ente administrativo en apostar al establecimiento de garantías para lograr una vida saludable"* y teniendo claro que la atención a víctimas de la violencia sexual y su grupo familiar es un proceso muy importante para la presente Administración Municipal, me dirijo a usted, con el fin de informarle que doy autorización y mi respaldo total al desarrollo del trabajo de grado que proponen los estudiantes: Lina María Giraldo, Lina María Bedoya, Juan Pablo Robayo, Margarita María Ochoa, Paula Andrea Ángel y María Patricia Lopera, de la cohorte 40 de la especialización de Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud, los cuales realizarán un diagnóstico sobre la implementación de la ruta de atención a víctimas de violencia sexual, ya que éste permitirá realizar las recomendaciones necesarias para generar conocimiento y mejorar los procesos que tiene que ver con la implementación de la ruta.

Lo anterior, teniendo en cuenta que la contribución con la generación de propuestas que minimicen el impacto social y familiar de este tipo de actos será muy positiva para garantizar el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros habitantes.

Cordialmente,


ADRIANA MARÍA MAYA GALLEGO
Alcaldesa Municipal.

www.liborina-antioquia.gov.co

Código Postal 051460



Desarrollo con Equidad
Palacio Municipal Carrera 10 # 7-71 - Telefax. 8501 18 00
Nº. 890.983.672-6



MUNICIPIO DE YARUMAL
DESPACHO DEL ALCALDE

Yarumal, octubre 07 de 2015

Profesor

HÉCTOR MANUEL QUIRÓS ARANGO


Coordinador Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud
Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Afines.
Universidad Cooperativa de Colombia.

ASUNTO: Autorización realización trabajo académico.

Cordial saludo

La atención a víctimas de la violencia sexual y su grupo familiar es un proceso muy importante para la presente Administración Municipal, por esta razón y pensando en que su contribución con la generación de propuestas que minimicen el impacto social y familiar de este tipo de actos será muy positiva para el municipio, doy autorización y mi respaldo total al desarrollo del trabajo de grado que proponen los estudiantes: Lina María Giraldo, Lina María Bedoya, Juan Pablo Robayo, Margarita María Ochoa, Paula Andrea Ángel y María Patricia Lopera, de la cohorte 40 de la especialización de Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud, los cuales realizarán un diagnóstico sobre la implementación de la ruta de atención a víctimas de violencia sexual, y éste permitirá realizar las recomendaciones necesarias para generar conocimiento y mejorar los procesos que tiene que ver con la implementación de la ruta.


Cordialmente,


MIGUEL ÁNGEL PELÁEZ HENAO
Alcalde Municipal

ANEXO 6. LISTADO DE ASISTENCIA A LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN EL MUNICIPIO DE YARUMAL

LISTA DE ASISTENCIA APLICACIÓN DE HERRAMIENTA					
NOMBRE	DEPENDENCIA	CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO	FIRMA
LUCIA LONDOÑO J	CENTRO 2. MESORA ICBF	COORD. ZOMOL	lucia.londoño@icbf.gov.co	8537628	
Gindy Estela Díez Mercado	Gerencia.	Subdirectora @identifica	gindy@hospitalyarumal.org	3206947292	
Margarita Par	Ministerio. fiscalia	fiscal	margarita@fiscalia.gov.co	8537628	
Suzelly Ospina	UPTO de mal Suspechos	Inspectora	inspeccion@Yarumal.gov.co	8537089	
Oscar Ospina	Policia Nacional	Prevención	Oscar.Ospina@policia.gov.co	312723824	
Erick Mercado	Policia nacional	investigador	erick.mercado@policia.gov.co	3077241481	
Maria Cecilia Padilla	AMY	Rep. legal	amy.yarumal@notaria.com	3145732688	Maria C.
Marica Arias	comisaria flia	Comisaria flia	comisaria@yarumal.gov.co	853 62 70	Marica Arias

ANEXO 7. LISTADO DE ASISTENCIA A LA SOCIALIZACION DE LOS RESULTADOS DEL INSTRUMENTO EN EL MUNICIPIO DE YARUMAL



MUNICIPIO DE YARUMAL
SECRETARÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

LISTADO DE ASISTENCIA ASESORIA Y ASISTENCIA TÉCNICA							Código: FO-M4-P1-013										
							Versión: 3										
							Fecha de Aprobación: 28/01/2014										
Municipio	Yarumal			YARUMAL	Fecha	15 - X - 15.											
Lugar	Aulas del MPE			Asesor	Hanna P. Lopez		Contrato No.										
Actividad	Mesa de Información/Socialización FUKI																
Nombres y apellidos completos	No. Documento de identidad	Entidad/Organización	Cargo	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Señale con una X la condición que cumple							FIRMA			
							Zona	Sexo	LGTB	Etad	ETNA	Grupos poblacionales					
							Urbana	Sexo	LGTB	Etad	ETNA	Grupos poblacionales					
							Montaña	Hombr	OTB	Nº de años	Afiliación	Indígena	Otro	Vive en el territorio			
							Planura	Mujer	OTB	Con discapacidad							
Angelica Maria Bredes	55114035	Red Unidos	Co-gestora social	324728137	angelicamp153@hotmail.com	Ymal	X										
Luz Elena Bruñ V.	32351114	ICBF	Asesor de fca	8537528	luzbrun@icbf.gov.co			X									
José Vanir	324728137	Policia	Policia	324728137	José. Pias												
Ricci Avila	324728137	Ponau	Jurados	324728137	RICCI AVILA												
Mónica Pamela Arias	43975346	Comercio	Comercio	8536270	monicaria@yarcmail.gov.co	Ymal	X	X									
Eduardo de Jesús Tabarez Hernández	3253376	OIM	Trabajador Social	344377665	eduardo@hotmial.com	Ymal											
Lafenia Cristina Fierro	324728137	OIM	Psicóloga	324728137	lafenia@hotmial.com	Ymal											
Juan Felipe Botero	1529885	Mpio	Personero	320797480	personeros@yarcmail.gov.co	Ymal	X	X									
TOTALES																	

Con la firma del presente listado manifiesta a la Administración Departamental, para que afilie la información consignada en el mismo con fines estadísticos y asesoriales. En cumplimiento del artículo 7 del Decreto 1277 de 2013 por medio del cual se reglamenta la Ley 1581 de 2012 en la que expidió el régimen general de la protección de datos personales.



MUNICIPIO DE YARUMAL
SECRETARÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

LISTADO DE ASISTENCIA ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA							Código: FO-M4-P1-013											
							Versión: 3											
							Fecha de Aprobación: 28/01/2014											
Municipio	YARUMAL						Fecha:											
Lugar							Aesor											
Actividad							Contrato No.											
Nombres y apellidos completos	No. Documento de identidad	Entidad/Organización	Cargo	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Señale con una X la condición que cumple										FIRMA	
							Zona Urbana	Sexo Masculino	Sexo Femenino	LOTB	Edad	E/NA	Grupos poblacionales	Indígena	Otro	Grupos poblacionales		Grupos poblacionales
Mauricio Ochoa Escobar	71749433	UDEA	coord. extensión	31356482	mauricio.ochoa@yaruco.com	Yarumal	X	X										Mauricio Ochoa Escobar
Mónica Patricia Lopez Ossa	103452201	Alcaldia Municipal	SES	31483008-32	salud@yaruco.gov.co	Yarumal			X	26		X						Mónica Patricia Lopez Ossa
Diana Velásquez P.	32555811	Programa de Participación Social	Programa de Participación Social	3107518065	dianavelazquez@yaruco.com	Yarumal	X	X				X						Diana Velásquez P.
Esperanza Huérfano	67446324	SSS y Pideni	Psicóloga	313674118	esperanza@yaruco.com	Medellán	X		X			X						Esperanza Huérfano
TOTALES																		

Con la firma del presente formato usted autoriza a la Administración Departamental, para que utilice la información consignada en el mismo con fines estadísticos y académicos. En cumplimiento del artículo 7 del Decreto 1377 de 2013 por medio del cual se reglamenta la Ley 1551 de 2012 en la que expidió el régimen general de la protección de datos personales.

con todo el corazón



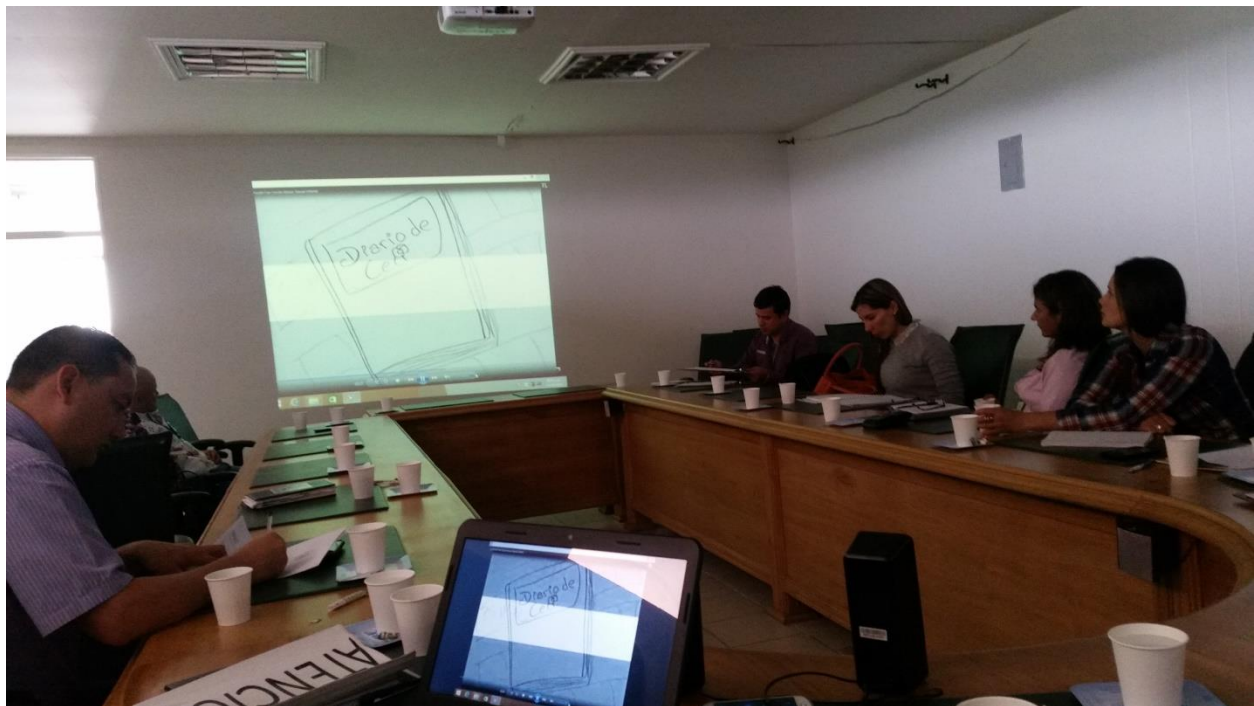
MUNICIPIO DE YARUMAL
SECRETARÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

LISTADO DE ASISTENCIA ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA							Código: FO-M4-P1-013											
							Versión: 3											
							Fecha de Aprobación: 25/01/2014											
Municipio	YARUMAL						Fecha:											
Lugar							Aesor											
Actividad							Contrato No.											
Nombres y apellidos completos	No. Documento de identidad	Entidad/Organización	Cargo	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Señale con una X la condición que cumple										FIRMA	
							Zona Urbana	Sexo Masculino	Sexo Femenino	LOTB	Edad	E/NA	Grupos poblacionales	Indígena	Otro	Grupos poblacionales		Grupos poblacionales
HENLY ALBERTO PEÑA	71783811	ALCALDIA	SEC DE GOB	3138314730	henly.alberto@yaruco.gov.co	Yarumal	X	X										Henly Alberto Peña
TOTALES																		

Con la firma del presente formato usted autoriza a la Administración Departamental, para que utilice la información consignada en el mismo con fines estadísticos y académicos. En cumplimiento del artículo 7 del Decreto 1377 de 2013 por medio del cual se reglamenta la Ley 1551 de 2012 en la que expidió el régimen general de la protección de datos personales.

con todo el corazón

ANEXO 8. FOTOS DE SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL INSTRUMENTO EN EL MUNICIPIO DE YARUMAL





13. BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ ACNUR. (2003). Violencia sexual y por motivos de género en contra de personas refugiadas, retornadas y desplazadas internas Guía Para la Prevención y Respuesta. 11 de Octubre de 2015, de ACNUR. Recuperado de: http://www.acnur.es/PDF/3667_20120402132757.pdf
- ² RESOLUCIÓN 000459. Ministerio de salud y protección social. Bogotá- Colombia. 6 de Marzo de 2012.
- ³ Congreso de Colombia. (2008). Ley 1236 de 2008 por medio del cual se modifican algunos artículos del Código Penal relativos a delitos de abuso sexual. 22 de Junio de 2015, de Congreso de Colombia. Recuperado de: http://www.oas.org/dil/esp/Ley_1236_de_2008_Colombia.pdf
- ⁴ Casarroti H. (Agosto 2010). Actos violentos en patología mental. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 74(1):11-21.
- ⁵ DEconceptos. (2015). Concepto de avenimiento. 15 de Octubre de 2015, de DEconceptos Sitio web: <http://deconceptos.com/ciencias-juridicas/avenimiento>
- ⁶ WIKIPEDIA. Conocimiento. 13 de Octubre de 2015, de WIKIPEDIA. Recuperada de: <https://es.wikipedia.org/wiki/Conocimiento>
- ⁷ Naciones Unidas. Declaración Universal de derechos humanos. 13 de Marzo de 2015, de Naciones Unida. Recuperada de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ⁸ EPS SURA. (2013). Guía de abordaje y seguimiento Para la atención integral en salud de personas víctimas de violencia sexual. 14 de Febrero de 2015, de EPS SURA. Recuperado de: <http://www.epssura.com/files/guiaviolenciasex.pdf>
- ⁹ Parra H. (2005). relaciones que dan origen a la familia. 12 de Mayo de 2015, de Universidad de Antioquia. Recuperado de: <https://prezi.com/h2a9lksmazm6/relaciones-que-dan-origen-a-la-familia/>

¹⁰ Flores M. (2005). Gerencia del conocimiento: Su relación con la generación de capacidades innovativas. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, 11(2):229-245.

¹¹ OMS. (2013). Infecciones de transmisión sexual. 12 de Febrero de 2015, de OMS Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

¹² Ministerio Público. (2005). Delitos contra la Libertad e Integridad Sexual. 12 de Junio de 2015, de Ministerio Público. Recuperado de: <http://www.ministeriopublico.gob.pa/minpub/Portals/0/Proyectos/110712/PDelitos%20contra%20la%20Libertad%20e%20Integridad%20Sexual.pdf>

¹³ RAE. Manosear. 13 de Noviembre de 2014, de RAE. Recuperado de: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=qaHhk2XjtDXX2ZNIIwuF>

¹⁴ OMS. (2014). Mutilación genital femenina. 13 de Mayo de 2014, de OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>

¹⁵ MINSALUD, INS. (2015). Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública protocolo de vigilancia en salud publica violencia de género. Bogotá. 1:26

¹⁶ Manos para amar. (2008). LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ORIENTACIÓN PARA LA FAMILIA. 2 de Febrero de 2015, de Manos para amar. Recuperado de: <http://manosparaamar.blogspot.com.co/2008/12/la-organizacin-mundial-de-la-salud.html>

¹⁷ Corporación DOMOS. (2011). La violencia tiene mil caras. Chile: Andros Impresores.

¹⁸ Bernal Torres Cesar A. (Diciembre 2011). Modelo de gerencia del conocimiento: visión integral. *Cuadernos de administración*, 27 (46): 55-66.

¹⁹ ONU MUJERES. (2014). Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas - See more at: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts->

and-figures#sthash.0DU4sP49.dpuf. 05 de Enero de 2015, de ONU MUJERES Recuperado de:
<http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

²⁰ Amnistía internacional. (2014). Violencia sexual. 10 de Septiembre de 2015, de Amnistía internacional Recuperado de: <http://leonliz.blogspot.com.co/>

²¹ Alcaldía Yarumal. (2014). ASIS. 29 de Agosto de 2015, de Alcaldía Yarumal recuperado de:
<http://www.yarumal.gov.co/alcaldia/documentos/salud-2014/asis-version-4-2.pdf>

²² Institución universitaria de Envigado. (2015). Gestión del conocimiento. 22 de Octubre de 2014, de Institución universitaria de Envigado. Recuperada de:
<http://www.iue.edu.co/documents/emp/gestionConocimiento.pdf>

²³ MINEDU. (2014). Gestión del Conocimiento en las IES [Diapositivas de power point]. 24 de Enero de 2015, de MINEDU. Recuperado de: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-324587_archivo_pdf_4_Gestion_Conocimiento_MEN.pdf

²⁴ Bahoque E., Gomez O., Pietrosevoli L. (2012). Gestión del conocimiento en la industria de la construcción: Estudio de caso. Revista Venezolana de Gerencia. 39:393-409.

²⁵ Riquelme A., Cravero A., Saavedra R. (2008). Gestión del Conocimiento y Aprendizaje Organizacional: Modelo Adaptado para la Administración Pública Chilena. Universidad Autónoma de Chile. 488:43 - 61.

²⁶ Peluffo B. & Catalan E. (2002). La gestión estratégica del conocimiento. En Introducción a la gestión del conocimiento y su aplicación al sector público (14-19). Santiago de Chile: Cepal.

²⁷ Tarí J., & García M. (2013). ¿Puede la gestión del conocimiento influir en los resultados empresariales? Cuadernos de gestión, 13(1):151-176.

²⁸ García F. & Cordero A. (2008). Los equipos de trabajo: una práctica basada en la gestión del conocimiento. Visión Gerencial. 7(1):45 -58.

-
- ²⁹ OMS. (2013). Violencia contra la mujer. 30 de Enero de 2015, de OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- ³⁰ AECID. (2013). Ruta de atención a niñas y mujeres víctimas de violencia. 14 de Diciembre de 2014, de AECID Recuperado de: <http://www.aecid.org.co/?idcategoria=2141>
- ³¹ ICBF. (2014). Guía 7: abuso sexual y rutas de atención para víctimas. En Mis hijos, mi familia y yo (1 - 6). Bogotá: ICBF.
- ³² Fiscalía. (2014). Registro de cadena de custodia. 22 de Noviembre de 2014|Ale, de Alejandro López. Recuperado de: <http://myslide.es/documents/fpj-08-registro-cadena-de-custodia.html>
- ³³ ONU MUJERES. (2013). Violencia contra las mujeres: una pandemia mundial que adopta muchas formas. 29 de Septiembre de 2014, de ONU MUJERES. Recuperado de: <http://beijing20.unwomen.org/es/infographic/evaw>
- ³⁴ Heise L, García Moreno C. (2002). Violence by intimate partners. In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization. Public Health. 87-121.
- ³⁵ United Nations. (2006). In-depth study on all forms of violence against women. 12 de Octubre de 2014, de UnitedNations. Recuperado de: <http://www.refworld.org/pdfid/484e58702.pdf>
- ³⁶ MINSALUD. (2011). Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Bogotá: MINSALUD.
- ³⁷ INMLCF. (2013). Boletín de prensa. 22 de Octubre de 2014, de INMLCF. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/145695/presentacion+forensis2014.pdf/3b0aa016-1a19-4322-9cf3-a9b9fd985978>
- ³⁸ INMLCF. (2013). Medicina Legal. 22 de Noviembre de 2014, de INMLCF. Recuperado de: [w.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/forensis+2013+8-delito+sexual.pdf/b733218a-c476-4215-989d-e490635af6c6](http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/forensis+2013+8-delito+sexual.pdf/b733218a-c476-4215-989d-e490635af6c6)

³⁹ OXFAM, MINEXTERIOR. (2009-2011). Violaciones y otras violencias: Saquen Mi Cuerpo de la Guerra. 22 de Noviembre de 2014, de OXFAM, MINEXTERIOR. Recuperado de: <http://www.humanas.org.co/archivos/1oxfampdf2.pdf>

⁴⁰ MINSALUD. (30 de Marzo). Uso del kit post-exposición en víctimas de violencia sexual. 22 de Noviembre de 2014, de MINSALUD. Recuperado de: http://www.hospitalcivilese.gov.co/site/images/guiasyprot/vih/AFICHE%20KITS%20PEP_marzo_30_pdf.pdf

⁴¹ Humanas, Corporación. (2009). Situación en Colombia de la violencia sexual contra las mujeres. Bogotá: Ediciones Ántropos.

⁴² Eusse V. Abuso sexual: de la sospecha al diagnóstico [presentación en power point]. (2011) Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

⁴³ ICBF. (2007). Guía de atención para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Bogotá: ICBF.

⁴⁴ Alcaldía Bogotá. (2012). Para la atención integral a las mujeres víctimas de violencia, Distrito cuenta con ruta de atención. Boletín de prensa, 1-4.

⁴⁵ Liliana Andrade Forero. (2012). instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual. Bogotá: MINSALUD y OIM.

⁴⁶ Alcaldía de Medellín (2012). Línea IVE. Medellín. 22 de Noviembre de 2014. Recuperada de: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin>

⁴⁷ Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. (Septiembre de 2012). LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO PARA LAS MUJERES. 22 de Noviembre de 2014, de Alta Consejería Presidencial para la

Equidad de la Mujer. Recuperado de:

<http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Lineamientos-politica-publica-equidad-de-genero.pdf>

⁴⁸ Ley 294. Congreso de Colombia. Por lo cual se desarrolla el Artículo 42 de la Constitución Política de Colombia se dictan las normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. Bogotá. 16 de Julio de 1996.

⁴⁹ MINSALUD. Actualización indicadores Objetivo del Milenio No. 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. Bogotá – Colombia. (2011)

⁵⁰ ACUERDO No. 421. Concejo de Bogotá. Por el cual se ordena la creación del sistema distrital de protección integral a las mujeres víctimas de violencia y se dictan otras disposiciones. Bogotá – Colombia. (2009).

⁵¹ Sentencia C-355. Corte Constitucional. Bogotá- Colombia. 10 de Mayo de 2006.

⁵² MINSALUD. Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial para las personas víctimas del conflicto armado en Colombia. Bogotá – Colombia. 2013.

⁵³ Jewkes R. Morrell R. (2010). Gender and sexuality: emerging perspectives from the heterosexual epidemic in South Africa and implications for HIV risk and prevention. Jewkes and Morrell Journal of the International AIDS Society. 13(6): 1-11.

⁵⁴ Ley 1761. Congreso de la Republica. Bogotá – Colombia. 6 de Julio 2015.

⁵⁵ Constitución Política De Colombia. 1991. Senado de la Republica.

⁵⁶ MINSALUD. (2013). Plan Decenal de Salud Pública (PDSP). 20 de Junio de 2015, de

MINSALUD. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

⁵⁷ Metrosalud Medellín. Código fucsia. 2012

⁵⁸ Corporación espacios de mujer. No te dejes engañar ; Porque se trata de ti!. Medellín. 2015

⁵⁹ Colombia. Ministerio de Salud. RESOLUCION 8430 de1993, Octubre 4, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El ministerio; 1993

⁶⁰ Washington. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Washington: La asociación Médica Mundial; 2002.

⁶¹ Amnistía internacional. (2014). Violencia sexual. 10 de Septiembre de 2015, de Amnistía internacional Recuperado de: <http://leonliz.blogspot.com.co/>

⁶² MINTICS (2014). El CIO del sector público [Diapositivas en power point]. MINTICS (2014)

⁶³ Berrío, H. J., Ángulo, F. A., y Gil, I. (2013). Gestión del conocimiento como bases para la gerencia de centros de investigación en universidades públicas. Revista Dimensión Empresarial. 11(1):116-125.

⁶⁴ Agencia Nacional de infraestructura. (2012). Guia para la gestión del conocimiento. 12 de Octubre de 2015, de Agencia Nacional de infraestructura. Recuperado de: http://www.ani.gov.co/sites/default/files/gi-12_guia_para_la_gestion_del_conocimiento_v1_ani_0.pdf

⁶⁵ Bermúdez S. (2010). diseño del modelo gerencial integral con calidad para el sector público. 12 de Diciembre de 2014, de Universidad libre Seccional Cali Sitio web: http://www.iica.int/es/ESP/REGIONES/ANDINA/COLOMBIA/PFG/Documents/Admon%20Gerencia_Calidad.pdf

-
- ⁶⁶ UNISALUD MEDELLIN. (20120). Instructivo para la atención de casos de maltrato y violencia sexual. 14 de Octubre de 2014, de UNISALUD MEDELLIN. Recuperado de: http://www.medellin.unal.edu.co/~cps/Intraunisalud/documentos/aten_maltrato_violencia.doc
- ⁶⁷ Nieves Y., León M. (2001). La gestión del conocimiento: una nueva perspectiva en la gerencia de las organizaciones. ACIMED. 9(2):121-86.
- ⁶⁸ Presidencia del Consejo de Ministros. Secretaría de gestión pública. (2013). Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021. 12 de Noviembre de 2014, de Gobierno de Perú. Recuperado de: <http://sgp.pcm.gob.pe>
- ⁶⁹ secretaria de equidad de género para las mujeres. (2003). Política de equidad de género para las mujeres departamento de Antioquia. En Política de equidad de género para las mujeres departamento de Antioquia (1-66). Medellín: Imprenta departamental de Antioquia.
- ⁷⁰ Alcaldía de Medellín. Pasos fundamentales en la atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual. [Presentación en power point]. (2013). Alcaldía de Medellín.
- ⁷¹ Alcaldía Santiago de Cali, Instituto de asuntos exteriores y de cooperación. Ruta de atención a niñas y mujeres víctimas de violencia. [presentación en power point]. Alcaldía Santiago de Cali.
- ⁷² Observatorio de asuntos de género alta consejería presidencial para la equidad de la mujer. (2010). Seguimiento a indicadores poblacionales, con enfoque de género. 12 de Noviembre de 2014, de observatorio de asuntos de género alta consejería presidencial para la equidad de la mujer. Recuperado de: <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAAahUKEwiWlb->

[TiNHIAhVIKh4KHcdMCVo&url=http%3A%2F%2Fwww.fundacionprogresamos.org.co%2Fdescargas-1%2Fcategory%2F53-avances-en-equidad-de-genero%3Fdownload%3D268%3Aobservatorio-asuntos-de-genero-2010&usg=AFQjCNFn3e_SrVuHeZQ4_ILV9rqEV7381g&bvm=bv.105454873,d.dmo](http://www.fundacionprogresamos.org.co/2Fdescargas-1%2Fcategory%2F53-avances-en-equidad-de-genero%3Fdownload%3D268%3Aobservatorio-asuntos-de-genero-2010&usg=AFQjCNFn3e_SrVuHeZQ4_ILV9rqEV7381g&bvm=bv.105454873,d.dmo)

- ⁷³ Galvis M. (2009). Situación en Colombia de la violencia sexual contra las mujeres. Bogotá: Ediciones Ántropos.
- ⁷⁴ MINSALUDPS, OIM, Observatorio VIH/SIDA. Uso del kit post-exposición en víctimas de violencia sexual. Colombia
- ⁷⁵ ONU Mujeres. Datos sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres: Encuestas por país. 2012. ONU Mujeres.
- ⁷⁶ Naciones Unidas. (6 de Julio de 2006). Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. A/61/122/, 60, 1 - 157.
- ⁷⁷ MINSALUDSP. (2012). Resolución 459 de 2012, por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual: Pasos 5, 6 ,7 y 8. En Instructivo para el uso del kit de profilaxis pos exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual (1 - 68). Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- ⁷⁸ Ley 1257. Congreso de Colombia. *“por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones”*. Bogotá. 04 Diciembre de 2008.
- ⁷⁹ MINSALUD. (2013). Prevención de las violencias de género y sexual, y atención integral a las víctimas. 14 de Noviembre de 2014, de MINSALUD. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Prevenci%C3%B3n-de-las-violencias-de-g%C3%A9nero-y-sexual,-y-atenci%C3%B3n-integral-a-las-v%C3%ADctimas.aspx>

- ⁸⁰ Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Gobierno de España. La agencia europea de los derechos fundamentales (fra) presenta los resultados de la primera encuesta a escala de la unión europea sobre violencia de género contra las mujeres. Madrid - España. 10 de Marzo de 2014.
- ⁸¹ MINSALUDSP. Protocolo de atención integral a víctimas de crímenes con ácido. Bogotá – Colombia.
- ⁸² Defensoría delegada para la Orientación y asesoría a las víctimas del conflicto armado interno. Protocolo para la orientación psicojurídica a mujeres, niñas y niños víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado interno. Bogotá – Colombia.
- ⁸³ Sánchez O. (2010). ¿Será que a las mujeres nos matan porque nos aman?. Bogotá: G2 Editores.RA – Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. . (2014). Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. . 13 de Marzo de 2015, de FRA – Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Recuperado de: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet_es.pdf
- ⁸⁴ UNHCR ACNUR. (2009). Mujeres...historias por contar, vidas por transformar. 14 de Noviembre de 2014, de UNHCR ACNUR Sitio web: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2009/7272>
- ⁸⁵ Consejería presidencial para la equidad de la mujer. Rutas por la no violencia contra la mujer. Bogotá – Colombia

-
- ⁸⁶ Ministerio de asuntos exteriores y de cooperación, Consejería de proyectos. (2005). Impunidad...Pongámosle fin. 15 de Marzo de 2015. Recuperada de: https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAahUKEwigmMvvv9fIAhUFXB4KHR9KCGg&url=http%3A%2F%2Fwww.acnur.org%2Ft3%2Frecursos%2Fpublicaciones%2Fpublicaciones%2F%3FeID%3Ddam_frontend_push%26docID%3D13079&usg=AFQjCNGIMH8LqDBnPZtTK9tsk5HS3M_fbg
- ⁸⁷ Amnistía Internacional. (2012). Colombia: Invisibles ante la justicia Impunidad por actos de violencia sexual cometidos en el conflicto: Informe de seguimiento. España: Editorial Amnistía Internacional (EDAI).
- ⁸⁸ Wallström M. El Estado y la violencia sexual contra las mujeres en el marco de la violencia sociopolítica en Colombia. Oorganizaciones de mujeres y de derechos humanos. Bogotá. 16 de Mayo de 2012. 1-21
- ⁸⁹ Amnistía Internacional. (2011). “Eso es lo que nosotras exigimos. Que se haga justicia.” Impunidad por actos de violencia sexual cometidos contra mujeres en el conflicto armado de Colombia. España: Editorial Amnistía Internacional (EDAI).
- ⁹⁰ Amnistía Internacional. (2011). Hablan las sobrevivientes violencia sexual en Colombia. España: Editorial Amnistía Internacional (EDAI).
- ⁹¹ MINSALUD. (2014). Guía de capacitación para atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). 14 de Noviembre de 2014, de MINSALUD Sitio web: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-IVE-Guia-Capcitacion.pdf>
- ⁹² Policía Nacional. Violencia Sexual infantil y violencia intrafamiliar. Observatorio del delito. 01 de Marzo de 2013. 1-5.

-
- ⁹³ Observatorio a los Centros de Atención y prevención de la Violencia Familiar y Sexual del Perú- Centros de Emergencia Mujer. (2008). A los Centros de Atención y prevención de la Violencia Familiar y Sexual del Perú. Perú: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- ⁹⁴ MINSALUD. Informe de auditorías internas. (2014). Oficina de promoción social. Bogotá – Colombia.
- ⁹⁵ Oficina de control de interno. Auditoria de gestión a la alta consejería presidencial para la equidad de la mujer ACPEM. (2014). Presidencia de la Republica. Bogotá – Colombia.
- ⁹⁶ Oficina de control interno. Informe final de auditoría integral. (2013). Departamento administrativo de la presidencia de la Republica. Bogotá - Colombia.
- ⁹⁷ USAID del pueblo de los Estado Unidos de América. Sisma mujer. (2010). Ruta de atención a mujeres víctimas de violencia en el Sector Salud.
- ⁹⁸ Humanas. Capacitación para la atención a mujeres víctimas de violencia. 20 de Marzo de 2015, de Humanas Sitio web: http://www.humanas.org.co/archivos/indicador_20.pdf
- ⁹⁹ ONU MUJERES. (2012). MANUAL DE PLANES DE ACCIÓN NACIONALES SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. New York: Copyright © ONU Mujeres 2012.
- ¹⁰⁰ García C. (2013). 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. OMS. Suiza. © Organización Mundial de la Salud.
- ¹⁰¹ UNMUJERES. Voces contra la violencia. (2013). García F. (2010). Proceso de gestión del conocimiento en Carabobo (Venezuela) y Tamaulipas (México). Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.
- ¹⁰² Alcaldía Cartagena. Ruta de atención integral a mujeres víctimas de violencia de género en Cartagena.

-
- ¹⁰³ PNUD. (2011). 16 modos de decir no a la violencia contra las mujeres. 15 de Marzo de 2015, de PNUD Sitio web: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?x=66158#.ViukJNlrLIU>
- ¹⁰⁴ ACNUR. (2011). Acción contra la violencia sexual y de género: Una estrategia actualizada. ACNUR. División de protección internacional.
- ¹⁰⁵ UNFPA. Análisis a profundidad sobre la violencia de género en Colombia. (2013). Bogotá – Colombia.
- ¹⁰⁶ MINSALUD. (2015). Guía Metodológica de la Línea de Violencias de Género LVG. MINSALUD. Bogotá. Imprenta Nacional. 1-68
- ¹⁰⁷ Taylor K. (2011). Salud y justicia para mujeres ante la violencia sexual en Centroamérica. Fondo de poblaciones de las naciones unidad. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua
- ¹⁰⁸ Banco Interamericano de Desarrollo. (2014). Violencia contra las mujeres y el Sistema de Justicia Penal. Banco Interamericano de Desarrollo. Copyright © 2014.
- ¹⁰⁹ Gómez C., Murad R., Calderón M. (2013). Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. Violencia contra las mujeres en Colombia 2000-2010. ISBN: 978-958-8164-40-3 (Internet).
- ¹¹⁰ UN WOMEN, Jagori. (2011). Safe cities free of violence against women and girls initiative. New Delhi. Survey designed by Jagori and New Concept Information Systems Pvt. Ltd.
- ¹¹¹ UN WOMEN. (2011). The united nations trust fund to end violence against women. Jamaica: John Emerson.
- ¹¹² World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Italia: © World Health Organization 2013.

-
- ¹¹³ UNICEF. (2014). Ending child marriage progress and prospects. New York: UNICEF.
- ¹¹⁴ UN Women. (2012). Estimating the costs of domestic violence against women in viet nam. Viet Nam. UN Women Viet Nam Country Office
- ¹¹⁵ UNICEF. (2013). Female genital mutilation/cutting: What might the future hold?. New York: UNICEF.
- ¹¹⁶ Vanderschueren F. (1996). From violence to justice and security in cities. Environment and Urbanization. 8(1):93-112.
- ¹¹⁷ United Nations Office on drugs and crime. (2013). Global study on homicide. Australia. Pictures © Johannes Kittel.
- ¹¹⁸ UNICEF. (2013). Hidden in plain sight A statistical analysis of violence against children. New York: © UNICEF/SLRA2013-0006/Asselin.
- ¹¹⁹ ILO Special Action Programme to combat Forced Labour (SAP-FL). (2012). ILO Global Estimate of Forced Labour Results and methodology. Switzerland. Copyright © International Labour Organization 2012.
- ¹²⁰ Sareen J., Pagura J., Grant B. (2009). Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States?. General Hospital Psychiatry, 31, 274-278.
- ¹²¹ World Health Organization., UNAIDS. (2013). 16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic A programming tool. Switzerland: © World Health Organization 2013.
- ¹²² OMS. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Washington: © Organización Mundial de la Salud, 2013.
- ¹²³ Profamilia. Interrupción voluntaria del embarazo – IVE. 2012.

-
- ¹²⁴ Naciones Unidas. CEPAL. La política de garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Colombia. Un avance en la garantía de la autonomía física de las mujeres. Octubre 2012.
- ¹²⁵ Ángel de la Cuesta A. Interrupción legal y voluntaria del embarazo –IVE. Ginecóloga y Obstetra UPB SOGOS Comfama operador Savia Salud EPS. [Presentación en power point]. 2013.
- ¹²⁶ Dalén A., Guzmán D., Moleno P. (2013). La regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Bogotá. © Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, De Justicia.
- ¹²⁷ Secretaria de las mujeres Antioquia. Ley 1761 del 06 de Julio de 2015. Por medio de la cual se crea el tipo penal de Femicidio como un delito autónomo. [Presentación en power point]. 2014
- ¹²⁸ Forero J. Medidas de atención y protección en casos de violencia sexual. [Presentación en power point]. 2015
- ¹²⁹ OMS. Norma técnica para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Bogotá – Colombia. 2006.
- ¹³⁰ MINSALUD. (2014). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Bogotá. MINSALUD
- ¹³¹ Procuraduría General de la Nación. (2008). Prevención, atención y detección de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y violencia sexual desde las acciones de gobernadores y alcaldías. Bogotá: © procuraduría general de la nación © organización internacional para las migraciones (OIM).

-
- ¹³² Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia. Acompañamiento inicial y psico-educación. [Presentación en power point]. Gerencia de Salud Pública. 2015
- ¹³³ Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia. Contextualización de la violencia. [Presentación en power point]. Gerencia de Salud Pública. 2015
- ¹³⁴ Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia. Intervención y atención. [Presentación en power point]. Gerencia de Salud Pública. 2015
- ¹³⁵ Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia. Capacitación en la atención a las víctimas de violencia sexual. [Presentación en power point]. Gerencia de Salud Pública. 2015
- ¹³⁶ Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia. Tutores de resiliencia. [Presentación en power point]. Gerencia de Salud Pública. 2015
- ¹³⁷ Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia. Sobre el abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.[Presentación en power point]. Gerencia de Salud Pública. 2015