

Atención en salud a las mujeres víctimas de violencia sexual en un municipio de Colombia

Health care for women victims of sexual violence in a municipality of Colombia

Damaris Barragán Gamba*  Luz Damaris Rojas Rodríguez 

Acceso Abierto

*Correspondencia:
dbarragan@uceva.edu.co
Facultad de Ciencias Jurídicas y
Humanísticas. Unidad Central del
Valle del Cauca-UCEVA.

Sometido: 24-04-2021
Aceptado para publicación:
17-05-2021
Publicado online: 19-09-2021

Palabras clave:

Factor de riesgo;
protocolo integral;
salud pública;
servicios a víctimas;
violencia sexual

Key words:

Comprehensive protocol;
public health;
risk factor;
sexual violence;
victim services.

Citación:

Barragán Gamba D, Rojas Rodríguez LD. Atención en salud a las mujeres víctimas de violencia sexual en un municipio de Colombia. Magna Scientia UCEVA 2021;1: 43-51. <https://doi.org/10.54502/msuceva.v1n1a7>.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue evaluar la atención en salud a mujeres víctimas de violencia sexual en el municipio de Tuluá-Valle del Cauca, Colombia. La investigación tuvo un enfoque evaluativo guiado por parámetros del método cualitativo; las técnicas de recolección de información empleadas fueron: *i*) entrevista semiestructurada; *ii*) observación; *iii*) aplicación de listas de chequeo y *iv*) análisis documental. La evaluación, se focalizó en dos aspectos: *i*) las percepciones de las mujeres víctimas de violencia sexual respecto a la calidad de la atención y los servicios de salud recibidos y *ii*) las capacidades institucionales de las entidades prestadoras de los servicios de salud a nivel local. Los resultados indican que la mayoría de las mujeres víctimas de violencia sexual, perciben la calidad de la atención como deficiente y poco humanizada. Se constató que existen barreras actitudinales y administrativas, las cuales terminan revictimizando a las pacientes y vulnerando sus derechos. De igual manera, no se evidenció la aplicación de manera oportuna y efectiva de todos los procedimientos establecidos en el protocolo de atención en salud integral para víctimas de violencia sexual.

Abstract

The aim of this research was to present the application results of a comprehensive healthcare protocol for victims of sexual violence in the municipality of Tuluá-Valle del Cauca, Colombia. The research had an evaluative approach guided by parameters of the qualitative method; the information gathering techniques used were: *i*) semi-structured interview; *ii*) observation; *iii*) checklists application and *iv*) documentary analysis. The evaluation focused on two aspects: *i*) perceptions of women victims of sexual violence respect to the quality of care and health services received and *ii*) institutional capacities of the entities that provide health services at local level. The results indicate that the majority of the women victims of sexual violence, perceive the quality of care as deficient and not very humanized. It was found that there are attitudinal and administrative barriers, which end up re-victimizing patients and violating their rights. The same way, a timely and effective application of all the procedures established in the comprehensive health care protocol for victims of sexual violence, was not evidenced.

Introducción

La violencia sexual contra la mujer es un fenómeno mundial para cuyo análisis y tratamiento, se requiere de enfoques diversos, puesto que son muchas las dimensiones implicadas y/o afectadas [1]. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define violencia sexual como *“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 persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”* [2].

Una de cada tres mujeres entre 15 y 49 años en todo el mundo, se ven afectadas negativamente por la violencia física, psicológica, sexual y el acoso a lo largo de su vida [3]. Las raíces de la violencia contra la mujer, se remontan al sistema patriarcal que reproduce relaciones desiguales de género. Estos, a su vez, son complementarios, jerárquicamente ordenados en la estructura social y se configuran como un producto de la amplia difusión y aceptación de la ideología sexista [4]. Es desde esta perspectiva que todavía hoy, se percibe a las mujeres como un *“segundo sexo”*, ciudadanas de segunda clase, restringidas a un marco de cultura patriarcal, que impone varios límites a su acceso efectivo a la ciudadanía [4,5].

Investigaciones realizadas en distintos países de América Latina y referenciadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud (OMS) [6], demuestran las graves consecuencias de la violencia de género en la salud y el bienestar de las mujeres. El impacto fisiológico de la violencia sexual en mujeres, abarca desde problemas cardiovasculares (p.ej., hipertensión y dolor en el pecho), gastrointestinales (p.ej., síndrome del intestino irritable crónico, pérdida del apetito, trastornos alimentarios), reproductivos (lesiones en los genitales), problemas musculoesqueléticos (p. ej., lesión craneofacial) y puede afectar el sistema nervioso típicamente a través de una lesión cerebral traumática [7].

Esta violencia, además de los costos humanos, tiene importantes implicaciones económicas para los países, debido a los gastos que conlleva tratar a las sobrevivientes

[8]; la disminución de la productividad laboral y de los ingresos, así como el ausentismo [9]. Cuando el abuso sexual ocurre en la niñez o la adolescencia, existe mayor riesgo de ser nuevamente víctima en el futuro, iniciar muy temprano la actividad sexual, abusar de sustancias psicoactivas y tener múltiples parejas sexuales [8].

El Protocolo [10], es reconocido como una importante herramienta conceptual y metodológica dirigida a los profesionales de la salud para abordar los casos de violencia sexual, atendiendo al enfoque diferencial y de derechos humanos [10,11]. También adopta como principio prevalente, el respeto que deben tener los profesionales de la salud por la autonomía de las víctimas para aceptar o no las recomendaciones médicas: exámenes profilácticos, médico-legales y demás [12,13].

Con base en las altas cifras de violencia sexual en mujeres que se presentan en el municipio de Tuluá, Valle del Cauca-Colombia [14,15] y las distintas barreras que impiden a las víctimas, acceder a los servicios de salud; se plantea el objetivo de esta investigación, el cual, está orientado a evaluar la aplicación de un protocolo de atención en salud integral para víctimas de violencia sexual en el municipio de Tuluá- Valle del Cauca, Colombia.

Métodos

Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el municipio de Tuluá-Valle del Cauca, Colombia entre el año 2016-2017 con mujeres víctimas de violencia sexual a quienes se les brindó información y asesoría frente a sus derechos y el debido procedimiento para la respectiva atención en salud.

Método de evaluación

La investigación fue de corte evaluativa y se realizó bajo el modelo pragmático y focalizado de Patton [16]. De acuerdo con este modelo, la evaluación debe ser útil para los usuarios, esto es, que les sirva para mejorar las prácticas humanas. En este sentido, el evaluador focaliza o selecciona el aspecto o proceso relevante del programa que le interesa evaluar y sobre el cual, se obtendrá información útil para la toma de decisiones; propone Patton identificar los actores relevantes en el

programa (usuarios) para focalizar los problemas y conocer cómo perciben el programa [16].

Categorías de análisis

Se focalizaron dos objetos de evaluación: *i*) la calidad de la atención en salud que reciben las mujeres víctimas de violencia sexual del municipio de Tuluá-Valle del Cauca, Colombia y *ii*) las capacidades institucionales para brindar la atención integral que establece el protocolo de atención. El primer foco se analizó a partir de las opiniones y percepciones de las mujeres víctimas frente a la satisfacción con la atención recibida, la garantía y goce de derechos. El segundo foco, se abordó teniendo en cuenta las condiciones de las IPS en términos de las instalaciones físicas, talento humano e insumos.

Instrumentos de recolección de información

Para recolectar la información, se realizaron entrevistas semiestructuradas a diez (10) mujeres víctimas y a seis (6) funcionarios de salud de las IPS participantes, así como también, funcionarios de la Secretaría Municipal de Salud de Tuluá-Valle del Cauca, Colombia. Se aplicó la observación *in situ* a las Instituciones de salud participantes y listas de chequeo construidas a partir de los requerimientos específicos que establece el Protocolo de Atención en Salud Integral a Víctimas de Violencia Sexual respecto a infraestructura, insumos y talento humano.

Tipo de muestra y población

El tipo de muestra fue no probabilística y la técnica de muestreo empleada fue Bola de Nieve [17], este método ayuda a los investigadores a encontrar una muestra cuando son difíciles de localizar [18]. Los investigadores utilizan esta técnica cuando el tamaño de la muestra es pequeño y no está fácilmente disponible [17,18]. Para efectos del presente estudio, resultó útil la aplicación de Bola de Nieve, y se logró acceder a este tipo de población (mujeres víctimas de violencia sexual); que es considerada de difícil acceso.

Para efectuar el muestreo, se contactaron dos lideresas de organizaciones feministas, quienes conocían a mujeres víctimas de violencia sexual y se construyó la red de informantes clave, hasta completar una muestra de diez (10) mujeres, a quienes se les aseguró el cumplimiento de los siguientes criterios: *i*) ser mujer mayor de 18 años víctima de violencia sexual; *ii*) haber recibido atención médica por violencia sexual en las IPS participantes en el estudio y *iii*) disposición a participar en la investigación voluntariamente y conceder entrevista. Respecto a las instituciones de salud, la muestra estuvo representada por cuatro (4) IPS (tanto de carácter público como privado), las cuales aceptaron participar y permitieron que los profesionales responsables de la aplicación del protocolo, participaran en la entrevista.

Análisis de datos

La información fue procesada y analizada con la ayuda del paquete informático The Ethnograph 5.07® [19]. Este software procesa información cualitativa y establece segmentos de información en forma organizada, categorizando el análisis.

Resultados y Discusión

Caracterización de la población evaluada

La tabla 1, permite establecer una aproximación a las diez (10) mujeres que de manera voluntaria participaron en el estudio. Ellas tienen puntos en común como: pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, ocupaciones inestables y mal remuneradas que en varios casos las lleva a depender económicamente de sus parejas actuales; bajo nivel educativo, solo dos (2) han alcanzado el nivel de educación técnico y tecnológico; cuatro (4) son jefas de hogar y deben responder por sus hijos y padres (tabla 1). Las edades oscilan entre 18 y 50 años, algunas de las entrevistadas, han sufrido episodios de desplazamiento forzado, debido a que han vivido en zonas de conflicto armado.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica

Entrevistada	Edad	Ocupación	Escolaridad	Año Agresión	Agresor	Tipo de agresión
Mujer 1	20	Desempleada	Bachillerato Incompleto	2015	Amigo familia	
Mujer 2	24	Empleada informal	Bachillerato Completo	2014	Novio y amigos	Violación sexual, desnudez forzada
Mujer 3	40	Ama casa	Bachillerato Incompleto	2015	Expareja	Abuso sexual
Mujer 4	32	Vendedora ambulante	Primaria	2010	Vecino	Violación sexual
Mujer 5	29	Empleada almacén	Técnica laboral	2017	Pareja	Abuso sexual, aborto forzado.
Mujer 6	50	Ama casa	Primaria	2010	Actor armado	Violación sexual, torturas
Mujer 7	48	Empleada Doméstica	Bachillerato Incompleto	2015	Expareja	Violación sexual, golpes, intento de homicidio
Mujer 8	31	Estudia	Tecnología SENA	2013	Amigo familia	
Mujer 9	18	Ama de casa	Primaria	2016	Desconocido	
Mujer 10	39	Empleada Doméstica	Bachillerato Incompleto	2013	Actor armado	Abuso sexual, violación

Respecto al régimen de salud, seis (6), se encuentran vinculadas al régimen subsidiado y cuatro (4), en el contributivo; todas han sido atendidas por los servicios de salud del municipio de Tuluá, como víctimas de violencia sexual entre los años 2013 y 2017, haciendo claridad que algunas solicitaron la atención médica meses después de ocurridos los hechos victimizantes (tabla 1).

La situación actual de las mujeres estudiadas no dista de la realidad nacional de las mujeres, donde es común la falta de oportunidades laborales, los bajos niveles de educación, la dependencia económica, lo que hace que se establezcan relaciones claras frente a determinantes sociales como la clase social y el género, además de la violencia sexual que marca sus vidas, deben experimentar la falta de oportunidades [20] (tabla 1).

Atención recibida en las entidades prestadoras de salud. Garantía de los derechos de las víctimas

La violencia sexual es una urgencia médica que compromete la salud física y psíquica de las víctimas, pero por falta de conocimiento, temor, poca confianza en las instituciones, cuatro (4) entrevistadas, dejaron pasar varios años y solo en consulta general y de ginecología, decidieron romper su silencio y hablar de los actos de violencia sexual vividos. Por estas razones y acudiendo a la Ley 1164 de 2007 [21], la atención integral debe darse con total respeto, trato digno, prudente y reparador, actitud de escucha y lenguaje asertivo, oportunidad, calidad y humanización en

la prestación. Sin embargo, las experiencias vividas por las mujeres entrevistadas, permitieron identificar barreras actitudinales como: *i)* atención negligente; *ii)* falta de empatía con las mujeres víctimas de violencia sexual; *iii)* poco apoyo emocional y *iv)* largas esperas para la realización de exámenes. A continuación, se enuncian los derechos vulnerados a las víctimas estudiadas.

Derecho al consentimiento informado

Según lo manifestado por la población estudiada (mujeres víctimas de violencia sexual en el municipio de Tuluá-Valle del Cauca, Colombia), la información sobre los procedimientos clínicos y los exámenes a realizar, resultó poco clara y hasta amenazante.

Derecho a la atención psicosocial

La Ley 1257 de 2008 en su artículo 8, numeral g [22], establece como derecho de las mujeres víctimas de violencia de género, “*recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico para ellas y sus hijos e hijas*” [22,23]. Sin embargo, en la presente investigación, no se constató la debida atención en salud mental recibida, se evidenciaron barreras administrativas para acceder al tratamiento psicoterapéutico. Se constató que las EPS no brindan atención prioritaria a estos casos y la citas de psiquiatría o psicología, tardan hasta tres meses

para ser asignadas, además, no realizan el tratamiento terapéutico especializado y exigen que las víctimas realicen copagos para cada cita, resultando oneroso para las mujeres víctimas de violencia sexual.

En todos los casos analizados, las EPS violaron las normas colombianas que garantizan el derecho a la salud de las víctimas de violencia de género, entre ellas, la violencia sexual [24]. En ese sentido, la atención integral conlleva el respeto y la garantía de los derechos que han sido reconocidos en Colombia. Estos derechos son de obligatorio cumplimiento para los operadores de justicia, administrativos, de policía y para los prestadores de servicios de salud [24]. La Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013 [25], por la cual, se definió y actualizó integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS), introdujo avances importantes para la atención en salud mental para las mujeres víctimas de violencias así: *i*) amplió la cobertura de la psicoterapia ambulatoria (art. 66) hasta 60 sesiones de psicoterapia individual en total y hasta 60 sesiones de terapias grupales, familiares y de pareja en total durante el año calendario; *ii*) amplió la cobertura de la hospitalización cuando sea pertinente la atención con internación en salud mental (art. 68), hasta por 180 días en la fase aguda, continuos o discontinuos por año calendario [25].

Por su parte, la Ley 1719 de 2014 en su artículo 23 [26], establece que las víctimas de violencia sexual, tienen derecho a recibir atención gratuita y prioritaria dentro del sector salud, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta, y de la existencia de denuncia penal [26].

Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) [27], es un derecho fundamental de las niñas y mujeres, el cual fue reconocido como tal, por la Corte Constitucional Colombiana mediante la Sentencia C-355 de 2006 [28], sentencia que despenalizó el aborto en los casos extremos. En la presente investigación, dos (2) de las entrevistadas, quedaron embarazadas por violación, una no tuvo ninguna orientación sobre la interrupción voluntaria del embarazo, prefirió callar su dolor y ante el temor de cargar con otra culpa, decidió llevar a cabo su embarazo. Sin embargo, debido a los graves problemas ginecológicos que le dejó la violación, a los cuatro (4) meses, presentó aborto involuntario. La otra víctima, acudió a la IVE [27], pero debió superar

muchos trámites y trabas de la IPS, quien en un primer momento quiso evitar este procedimiento, manifestando que no podían obligar a ningún médico a realizarlo.

Realización de exámenes profilácticos para detectar infecciones de transmisión sexual, VIH/sida, embarazo y exámenes médico-legales

Únicamente a seis (6) de las mujeres que hicieron parte del presente estudio, se les practicó exámenes para enfermedades de transmisión sexual, y pruebas para VIH/sida. Lo que sugiere que, no a todas las víctimas, les realizan los exámenes establecidos por los organismos internacionales de salud para descartar infecciones de transmisión sexual. A las mujeres que acudieron antes de las 72 horas de ocurrida la violencia sexual, les suministraron la anticoncepción de emergencia, como lo establece la normatividad [23–27].

Capacidades institucionales para atender las víctimas de violencia sexual

Con la expedición de la Resolución 0459 de 2012 [29], por la cual, se adopta el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, se definieron las competencias institucionales del sector salud y con estas, la obligación de que cada institución prestadora, creará las condiciones necesarias para garantizar oportunidad, calidad, respeto y humanidad en la atención [29]. Cada IPS debe integrar un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de las áreas de salud mental, área social y área de atención médica, y designar una persona como referente o facilitador responsable del seguimiento a las acciones definidas en el plan de atención y la verificación de su cumplimiento [27,29].

Actualmente, todas las IPS de nivel I y II, están aplicando la Resolución 459 de 2012 [29] y disponen de los equipos interdisciplinarios mencionados aquí, sin embargo, estos equipos, tienen poca disponibilidad de tiempo para capacitarse y vincularse con el programa de atención a la violencia de género. La falta de capacitación es precisamente, una de las barreras más significativas para cumplir a cabalidad con los objetivos del Protocolo [29]; aunque se reconoce la necesidad e importancia de actualizarse en este tema y en otros afines como los derechos humanos, enfoque de género, derechos de las víctimas, derechos sexuales, reproductivos y violencias de género.

Otro aspecto abordado con los profesionales de la salud entrevistados, fue la percepción que tienen frente a la calidad y oportunidad de la atención que brindan a las mujeres víctimas de violencia sexual. En general, manifestaron que la implementación del Protocolo de Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual [29], ha sido lenta y no exenta de fallas en algunos procedimientos, como en el embalaje y rotulado adecuado de evidencias forenses, el registro de la información en las historias clínicas y en el sistema de información institucional RIPS, SIVIGILA [30].

Adicionalmente, se evidenció una demora significativa en la realización de los exámenes profilácticos. La mayoría de los funcionarios prestadores de salud entrevistados, coincidió en que una debilidad, es la no presencia del equipo interdisciplinario en horas de la noche y los fines de semana. También indicaron que aún persisten debilidades en la coordinación interinstitucional, especialmente con la Unidad de Reacción Inmediata (URI) de la Fiscalía General de la Nación, quienes ponen trabas para recibir las denuncias de las víctimas; de la misma manera, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Policía, no suelen responder oportunamente a las solicitudes realizadas para la protección y restablecimiento de derechos de los menores. Frente al trabajo que realizan con la comunidad, para sensibilizarla e informarla, sobre el acceso a los servicios de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual (paso 1 del Protocolo) [29], las IPS públicas ubicadas en el área de estudio, indicaron que lo hacen a través del Programa de Atención Primaria establecido a partir de la Ley 1438 de 2011 [31], mientras que las IPS privadas en el mismo sector, reconocieron debilidades en este aspecto. Los funcionarios entrevistados, aunque saben que tienen responsabilidades en la denuncia de los casos, no lo hacen, para evitar verse comprometidos en asuntos judiciales y asumen que le corresponde a la víctima instaurar la denuncia.

Frente a la disponibilidad de un espacio para la atención de estos eventos, las IPS han dispuesto los consultorios de otros profesionales (ginecólogo) o del equipo psicosocial, para atender las víctimas de violencia sexual; pero en algunos casos, particularmente los fines de semana, por falta de acceso a los consultorios asignados, la atención se ha brindado en la misma sala de urgencias, donde el espacio es dividido por una cortina, no existen paredes que garanticen privacidad y tranquilidad a las víctimas. Ello indica, la falta de rigor que tienen algunos profesionales

en la aplicación del Protocolo [29], propiciando revictimizaciones y vulneración a los derechos de las víctimas que se ven expuestas a esta situación.

Cabe anotar que la presente investigación, arrojó resultados similares a los que halló la Mesa de seguimiento a la Ley 1257 de 2008 [32], relacionados con las barreras administrativas que se presentan actualmente para el acceso a la atención especializada en salud mental y psicosocial de las mujeres víctimas de violencia sexual. Los hallazgos y resultados expuestos aquí, se pueden convertir en insumos para que los entes gubernamentales de salud como la Secretaria Departamental y Secretaría Municipal localizados en el área de estudio, fortalezcan el acompañamiento a las IPS locales, en su propósito de lograr efectividad en la aplicación del Protocolo de Atención Integral en Salud a las Víctimas de Violencia Sexual [29] y de esta manera, contribuir a la función estatal de protección, garantía y restablecimiento de los derechos de las víctimas de violencia sexual.

Conclusión

La atención que reciben las mujeres víctimas de violencia sexual, por parte de las IPS del municipio de Tuluá-Valle del Cauca, Colombia, permitió visibilizar las falencias al momento de implementar los procedimientos establecidos en el Protocolo. En este sentido, se evidenció que en el caso particular de la aplicación de la Resolución 459 de 2012, existe una brecha entre lo que promulga el Estado como el “*deber ser*” de la atención en salud a las víctimas de violencia sexual y su aplicación en las entidades territoriales por parte de las EPS e IPS.

Se evidenció que la implementación del Protocolo es lenta y presenta fallas en procedimientos como el embalaje y rotulado adecuado de evidencias forenses, el registro de la información en las historias clínicas y en el sistema de información institucional. Las víctimas del presente estudio, no fueron contactadas ni visitada por algún funcionario(a) para monitorear el tratamiento recibido y la evolución de su salud física y emocional.

Se identificó que si bien, el Modelo de Atención establece como uno de sus criterios el enfoque diferencial, en el Protocolo no tiene una aplicación expresa, pues no contempla especificidades para una atención diferenciada que responda a las necesidades particulares desde las perspectivas de

ciclo vital, género, orientaciones sexuales, etnia, etc., quedando subsumidas en la categoría genérica de “*víctimas de violencia sexual*”. Para futuras investigaciones, es importante realizar monitoreo y seguimiento a las instituciones prestadoras de salud con el objeto de verificar el avance de aplicación de este protocolo.

Consentimiento para publicación

Las autoras leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflicto de interés. Este documento solo refleja el punto de vista de las autoras y no el de la Institución a la que pertenecen.

Perfil de autoría

Damaris Barragán Gamba

Trabajadora Social, Especialista en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social; Especialista en Justicia de Género y Políticas Públicas; Magister en Políticas Públicas. Es actualmente Docente Asociada de la Unidad Central del Valle del Cauca-UCEVA. Fundadora e integrante del grupo de investigación “Derecho, Cultura y Sociedad” de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Humanísticas de la UCEVA. Sus intereses académicos e investigativos giran alrededor de los problemas relacionados con género, políticas públicas y derechos humanos, temas sobre los cuales, posee experiencia en publicaciones indexadas.



Luz Damaris Rojas Rodríguez

Es actualmente, Docente Tiempo Completo adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, Área materna perinatal de la Unidad Central del Valle del Cauca-UCEVA. Obtuvo su grado de Enfermera en la Universidad del Valle, Colombia, donde culminó también sus estudios de Maestría en Enfermería Materno Perinatal. Sus intereses de investigación están relacionados con la salud sexual reproductiva, que implica aspectos como la salud de la mujer, la salud materno perinatal al igual que salud mental de esta población. Actualmente, es directora del grupo de investigación “Salud, Cuidado y Sociedad” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UCEVA y realiza procesos investigativos en lactancia materna, ruta de atención en salud para las mujeres víctimas de violencia, prevalencia de suicidio, entre otras.



Referencias

- [1] Tinjaca Uriza K, Santos Pérez ML. La violencia sexual contra la mujer en zonas de conflicto armado en Colombia: un enfoque a partir de un modelo logit. *Asparkia Investigació Feminista* 2021;125–48. <https://doi.org/10.6035/Asparkia.2021.38.7>.
- [2] World Health Organization (WHO), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Strengthening the medico-legal response to sexual violence*. Genève, Switzerland: 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/197498>
- [3] Emezue C, Bloom TL. Protocol: Technology-based and digital interventions for intimate partner violence: A meta-analysis and systematic review. *Campbell Systematic Reviews* 2021; 17:1–20. <https://doi.org/10.1002/cl2.1132>.
- [4] Albuquerque IM, Rosas Torres AR, Álvaro Estramiana JL, Garrido Luque A, Pereira Rodrigues DM. Police inquiries: types of violence against women. *Athenea Digital Revista de Pensamiento e Investigación Social* 2021;21: e2703. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2703>.
- [5] Connor RA, Glick P, Fiske ST. Ambivalent Sexism in the Twenty-First Century. In: Sibley CG, Barlow FK, editors. *The Cambridge Handbook of the Psychology of Prejudice*, Cambridge: Cambridge University Press; 2017, p. 295–320. <https://doi.org/10.1017/9781316161579.013>.
- [6] Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Análisis comparativos de datos poblacionales de 12 países*. 1st ed. Washington, DC., USA: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS); 2014. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=violencia-5197&alias=24353-violencia-contra-mujeres-america-latina-caribe-analisis-comparativo-datos-poblacionales-12-paises-353&Itemid=270&lang=en
- [7] Peterson C, Kearns MC, McIntosh WL, Estefan LF, Nicolaidis C, McCollister KE, et al. Lifetime economic burden of intimate partner violence among U.S. adults. *American Journal of Preventive Medicine* 2018;55:433–44. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.049>.
- [8] Cuesta J, Alda E. Evaluating a citizen security pilot in Honduras: The economic benefits of a much-reduced murder rate. *Development Policy Review* 2021;39:848–64. <https://doi.org/10.1111/dpr.12530>.
- [9] Mittal S, Singh T. Gender-based violence during Covid-19 pandemic: A mini-review. *Frontiers in Global Women’s Health* 2020;1:1–7. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.00004>.
- [10] Murphy M, Ellsberg M, Balogun A, Garcia-Moreno C. Risk and protective factors for GBV among women and girls

- living in humanitarian setting: systematic review protocol. *Systematic Reviews* 2021;10:238. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01795-2>.
- [11] Gallardo-Nieto EM, Gómez A, Gairal-Casadó R, del Mar Ramis-Salas M. Sexual orientation, gender identity and gender expression-based violence in Catalan universities: qualitative findings from university students and staff. *Archives of Public Health* 2021; 79:1–13. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00532-4>.
- [12] Cifuentes Osorio S. Exámenes médico legales por presunto delito sexual. Colombia, 2015. 1st ed. Bogotá, Colombia: Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015. <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Violencia+sexual.pdf>
- [13] Calbet N. La violencia sexual en Colombia, mujeres víctimas y constructoras de paz. 1st ed. Barcelona, España: Institut de Drets Humans de Catalunya; 2018. https://www.icip.cat/wp-content/uploads/2020/12/Informe_Violencia_sexual_Colombia.pdf
- [14] Muñoz V, Cardona S. Violencia sexual en personas residentes en el Valle del Cauca en el periodo enero de 2014 a junio de 2017. 1st ed. Beau-Bassin, Mauritius: Editorial Académica Española; 2017.
- [15] Instituto Nacional de Salud (INS). Vigilancia en salud pública de violencia de género e intrafamiliar. Colombia Periodo V de 2020. *Boletín Epidemiológico Semanal (BES)*. Bogotá, Colombia: 2020. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Bolet%C3%ADn_epidemiol%C3%B3gico_semana%2022.pdf
- [16] Patton MQ. Utilization-Focused Evaluation. *International Handbook of Educational Evaluation*, vol. 9, Dordrecht: Springer Netherlands; 2003, 223–42. https://doi.org/10.1007/978-94-010-0309-4_15.
- [17] Taherdoost H. Sampling methods in research methodology; How to choose a sampling technique for research. *International Journal of Academic Research in Management (IJARM)* 2016;5:18–27. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3205035
- [18] Leighton K, Kardong-Edgren S, Schneidereith T, Foisy-Doll C. Using social media and snowball sampling as an alternative recruitment strategy for research. *Clinical Simulation in Nursing* 2021;55:37–42. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.03.006>.
- [19] Denham AMJ, Wynne O, Baker AL, Spratt NJ, Turner A, Magin P, et al. “This is our life now. Our new normal”: A qualitative study of the unmet needs of carers of stroke survivors. *PLoS ONE* 2019;14:e0216682. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216682>.
- [20] Geldolf M, Tjtgat J, Dewulf L, Haezeleer M, Degryse N, Pouliart N, et al. Sexual violence in medical students and specialty registrars in Flanders, Belgium: a population survey. *BMC Medical Education* 2021; 21:130. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02531-z>.
- [21] Congreso de la República de Colombia. Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Bogotá, Colombia: 2007. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
- [22] Congreso de la República de Colombia. Ley 1257 de 2008. 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, Colombia: 2008. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34054#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20por,a%20los%20procedimientos%20administrativos%20y>
- [23] Corporación Sisma Mujer. Ley 1257 de 2008 sobre no violencias contra las mujeres. Herramientas para su aplicación e implementación. 1st ed. Bogotá, Colombia: Corporación Sisma Mujer y Red Nacional de Mujeres en cooperación con la Generalitat Valenciana- España.; 2010. <https://www.arcoiris.com.co/wp-content/uploads/2016/06/Ley-1257-de-2008-sobre-no-violencias-contra-las-mujeres-Herramientas-para-su-aplicaci%C3%B3n-e-implementaci%C3%B3n.pdf>
- [24] Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Derechos de las víctimas de violencias de género. Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2020. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Derechos-de-las-victimas-de-violencias-de-genero.aspx>.
- [25] Congreso de la República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Bogotá, Colombia: 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>
- [26] Congreso de la República de Colombia. Ley 1719 de 2014. Por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia: 2014. <http://www.suin.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1687214>
- [27] Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). ABECÉ. Línea: Salud Materna – Derecho a la Maternidad Elegida Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres. Bogotá, Colombia: 2016. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>

- [28] Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355/06. Bogotá, Colombia: 2006. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
- [29] Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Resolución 0459 del 6 de marzo de 2012. Por la cual se adopta el Protocolo de Atención integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Bogotá, Colombia: 2012. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>
- [30] Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las EAPB. Bogotá, Colombia: 2019. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/Lineamientos-Tecnicos-para-IPS.pdf>
- [31] Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia: 2011. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- [32] Ortiz Serrano A. Seguimiento a la implementación y cumplimiento del Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual. Bogotá, Colombia: 2013. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-de-atencion-integral-para-victimas-de-violencias-de-genero.aspx>