

DIPLOMADO ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Sandra Velandia

EJE 2

Analicemos la situación



Introducción	3
Legislación nacional e internacional contra la violencia	4
Acuerdos internacionales	5
Legislación nacional	7
Ley 100 de 1993	8
Ley 1122 de 2007	9
Resolución 1841 de 2013.	14
Resolución 412 de 2000	19
Ley 1257 de 2008	20
Ley 1719 de 2014	21
Modelo Integral de Atención en Salud a Víctimas de Violencia Sexual	22
Resolución 459 de 2012	25
Bibliografía	27

Con el estudio de este eje, usted se acercará al marco normativo que direcciona la atención a la víctima de violencia sexual en nuestro país, para ello se dará a conocer cómo está organizado nuestro sistema de salud, qué normas reglamentan la prestación de servicios de salud y qué parámetros deben cumplir las instituciones prestadoras de estos servicios.

Se mencionarán algunos acuerdos internacionales de los que Colombia ha hecho parte con el fin de prevenir la problemática de la violencia sexual, atender a sus víctimas y judicializar a los victimarios y al finalizar, se dará a conocer la Resolución 459 de 2012 con los pasos para atención de las víctimas de violencia sexual y el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual con el fin de identificar qué actividades específicas debemos desarrollar antes, durante y después la prestación de los servicios.

Partiremos entonces retomando la Ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral que *“tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten”*, revisaremos las modificaciones que ha tenido esta Ley, analizaremos la composición del Sistema General de la Calidad en Salud (SGCS) establecido en el Decreto 1011 de 2003, las condiciones de habilitación que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) presentes en la Resolución 2003 de 2004 y nos centraremos en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual del MSPS, en el Modelo de Atención a las Violencias Basadas en Género para Clínica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), en la Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, la Resolución 459 de 2012 del MSPS que adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, entre otras normas de relevancia temática.

El estudio de las normas que presenta este eje será su guía para el desarrollo de las actividades propuestas en el eje 4 donde deberá proponer estrategias de acción que enriquezcan su proyección o actividad laboral.

Este eje se desarrollará en torno a la pregunta, *¿cuál es el marco normativo nacional e internacional que direcciona la atención de la víctima de violencia sexual?*

Legislación nacional e internacional contra la violencia



Acuerdos internacionales

Acuerdo	Características
Declaración Universal de Derechos Humanos - diciembre 1948	Se proclama como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos - diciembre de 1966	Los Estados partes se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos enunciados en el presente pacto.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - diciembre 1966	Los Estados partes se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.
Convención Americana sobre Derechos Humanos - noviembre 1969	Está centrada en respetar los derechos a la persona en un lugar específico sin discriminación de algún tipo, orientación política o religiosa, sin tener en cuenta su origen o condición social y económica.
Convención para la eliminación de la discriminación contra la mujer, "CEDAW", 1979	Tiene como finalidad eliminar efectivamente todas las formas de discriminación contra la mujer obligando a los Estados a reformar las leyes con tal fin y discutir sobre la discriminación en el mundo.
Protocolo de San Salvador - noviembre 1988	Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, donde los Estados se comprometen a adoptar las medidas necesarias tanto de orden interno como mediante la cooperación entre los Estados, a fin de lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos humanos.
Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer - diciembre 1993	La mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole.



Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Son los que protegen las normas de su quebrantamiento ilegal por parte del poder o el de cualquier otro agente político público o privado y garantizan la capacidad del ciudadano para participar de la vida política y civil del Estado.

<p>Convención Belem do Pará - junio 1994</p>	<p>Afirma que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades; presenta los derechos de las mujeres y los deberes de los Estados para evitar la violencia contra la mujer.</p> <p>Ratificada por Colombia e ingresó a la legislación interna el 5 de diciembre de 1996, mediante la Ley 248 de 1995.</p>
<p>Conferencia Mundial sobre la Mujer - 1995</p>	<p>Los gobiernos asumieron el compromiso de patrocinar todas las medidas posibles para eliminar o restringir las violencias contra las mujeres, tales como: examinar las legislaciones nacionales, promocionar la capacitación y apoyar la apertura de centros de acogida para las mujeres víctimas de malos tratos.</p>
<p>Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños - noviembre 2000</p>	<p>Entrada en vigor el 25 de diciembre de 2003. Su ratificación obliga a los Estados a fortalecer su legislación nacional y apoyar internacionalmente la coordinación del orden público para combatir la trata de personas.</p>
<p>Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional - junio 2002</p>	<p>Es el instrumento que crea la Corte Penal Internacional (CPI), en el cual se definen los crímenes más graves contra los derechos humanos y el derecho humanitario, sobre los cuales la Corte podrá ejercer su jurisdicción.</p>
<p>Novena Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - 2004</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● El consenso reafirma la voluntad de los gobiernos para trabajar en las siguientes áreas a favor del adelanto de las mujeres: ● Políticas públicas, planes y presupuestos con perspectiva de género. ● Pobreza. ● Empleo. ● Educación. ● Salud. ● Violencia. ● Participación en la toma de decisiones y ejercicio de la ciudadanía. ● Legislación. ● Acceso a la justicia y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales. ● Estadísticas desagregadas por sexo. ● Cooperación internacional. ● Fortalecimiento institucional. ● m. Migrantes.

Tabla 1. Participación de Colombia en acuerdos internacionales frente a la violencia sexual
Fuente: propia

Legislación nacional

A continuación, se realizará el estudio de la normatividad nacional, con ayuda del siguiente cuadro comparativo, se presentan las modificaciones que ha tenido la Ley 100 de 1993 - punto de partida para el estudio de la organización de nuestro sistema de salud - con sus principales características.

Norma	Objeto	Características
Ley 100 de 1993	Crea el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI).	<p>Se define como el “conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”.</p> <p>Este Sistema presta sus servicios bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, y está compuesto por tres subsistemas: SGRP, SGSSS y SGP que se estudiarán más adelante.</p>
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Se realizan reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
Ley 1438 de 2011	Fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia atención primaria en salud.	<p>En el artículo 3 se modifica el artículo 153 que presenta los principios que rigen el sistema agregando los principios de: igualdad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, calidad, participación, progresividad, sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, entre otros. Esta Ley crea el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y el Observatorio Nacional de Salud; dentro de sus principales características están:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia. • Restablecimiento de la salud de las mujeres víctimas de la violencia (art. 54). • Política del talento humano (Capítulo VI). • Política Nacional de Participación Social (Título VIII).

Tabla 2. Ley 100 de 1993 y sus modificaciones
Fuente: propia

Retomaremos muy someramente algunas características de las normas presentadas anteriormente.

Ley 100 de 1993

Con respecto a la organización del SGSSI presentado en la Ley 100 de 1993, el Sistema General de Pensiones (SGP) tiene por objeto garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones; está compuesto por dos regímenes: *régimen solidario de prima media con prestación definida* y *régimen de ahorro individual con solidaridad*.

Por su parte, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos destinados a garantizar a toda la población el servicio de salud en todos los niveles de atención. El objetivo de este sistema, es regular el servicio público esencial en salud y crear las condiciones de acceso al mismo; servicio que presta a través de las **Entidades Promotoras de Salud** (EAPB). El SGSSS está compuesto por dos regímenes: *régimen contributivo* (cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar) y el *régimen subsidiado* (la vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad). Los servicios de salud en cada uno de los regímenes se prestan a través de las **Instituciones Prestadoras de Servicios** (IPS).



Entidades Promotoras de Salud

Son las entidades responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Instituciones Prestadoras de Servicios

Son los hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud y todos los profesionales que agrupados o individualmente ofrecen sus servicios a través de las EAPB.

Finalmente, el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) regula aspectos relacionados con enfermedades laborales y accidentes de trabajo y un último capítulo de la Ley, presenta las disposiciones finales relacionadas con beneficios para la población de adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad.

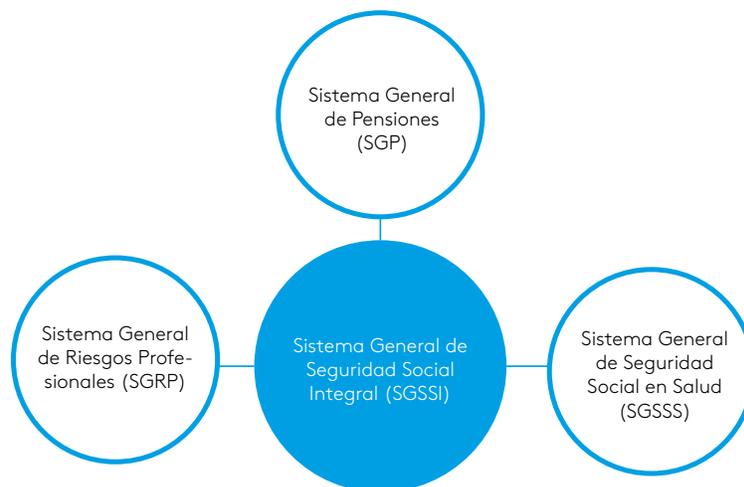


Figura 1. Componentes del SGSSI
Fuente: propia



Lectura recomendada

Si desea conocer un poco más acerca de las características del SGSSS lo invito a que revise la lectura complementaria a este subtema y a que observe el video que presenta de manera resumida la organización del SGSSS.

Sistema de Seguridad Social en Salud – Régimen contributivo

Ministerio de Protección Social



Video

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

<https://youtu.be/sYGFR4fAYHg>

Ley 1122 de 2007

Con las reformas en el área de la salud pública el SGSSS fue modificado en la Ley 1122 y se crea el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) 2007-2010, establecido en el Decreto 3039 de 2007 y que está orientado por diferentes **enfoques conceptuales** como lo son:

- a. Enfoque poblacional.
- b. Enfoque de determinantes.
- c. Enfoque de gestión social del riesgo.



Se crean con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población, se recomienda ver el Decreto 3039 de 2007, Capítulo II, definiciones.

El PNSP 2007 – 2010 se rige por los principios de universalidad, equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad, respeto por la diversidad cultural y étnica, participación social e intersectorialidad, y tiene los siguientes propósitos:

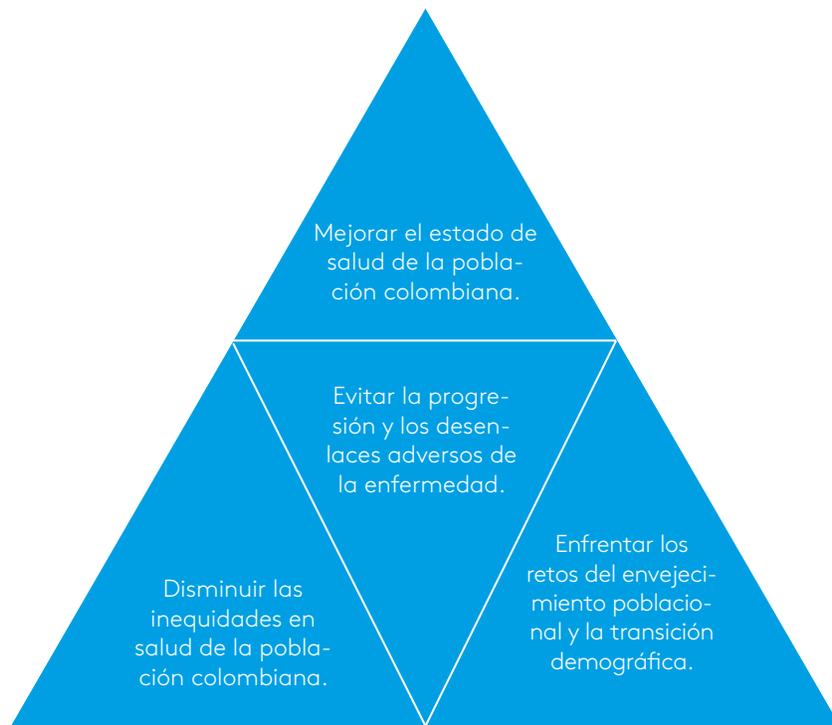


Figura 2: Propósitos del Plan Nacional de Salud Pública
Fuente: propia

Se presenta el análisis de la situación de salud del país en esa época dando a conocer que:



Los efectos de la violencia y lesiones de causa externa tienen alto impacto en la salud de la población, siendo los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, las que generan mayor morbilidad (...). La violencia verbal es la modalidad más frecuente (33%), seguida de la física (19,3%) y finalmente la sexual (5%). Los casos de violencia sexual intrafamiliar son mayores contra las mujeres entre 10 y 25 años (Decreto 3039, 2007).

En el año 2006 a través del Decreto 1011 se establece el **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud** del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), que define la calidad de la atención en salud como:



La provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.



Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.



Lectura recomendada

Para un análisis interesante sobre el atributo de la calidad dentro del SGSSS, revise el siguiente documento desde la página 16 hasta la página 22 como lectura complementaria del tema:

Calidad en salud en Colombia

Carlos Alfonso Kerguelén Botero

En el siguiente esquema veremos las principales características del SOGCS:

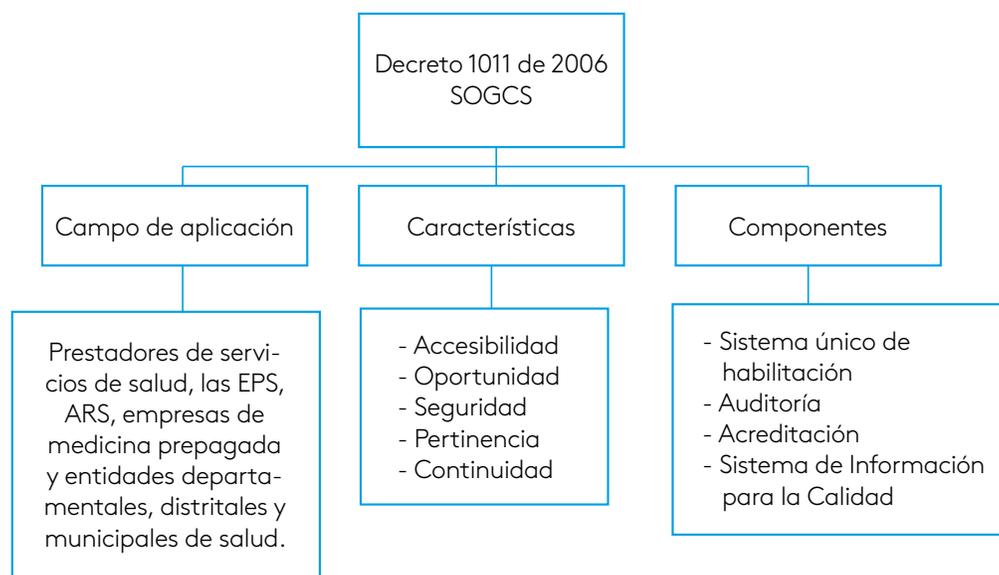


Figura 3. Decreto 1011 de 2006
Fuente: propia

El Sistema Único de Habilitación (SUH) se reglamentó inicialmente en la Resolución 1043 de 2006, exigiendo que los prestadores de servicios de salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el sistema único de habilitación, con lo siguiente:

- a. De capacidad tecnológica y científica:** son los estándares básicos de estructura y de procesos.
- b. Suficiencia patrimonial y financiera:** es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.
- c. De capacidad técnico-administrativa:** son condiciones del cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal.

En el año 2007 la Resolución 1043 de 2006 sufrió algunas modificaciones que están plasmadas en la Resolución 2680 y 3763 de 2007, en la Resolución 1441 de 2013 y actualmente se rige por la Resolución 2003 de 2014, que refuerza mucho más el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y el Sistema de Información para la Calidad.

Con respecto al sistema único de acreditación se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS (actualmente EAPB) y empresas de medicina prepagada que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el sistema único de habilitación. Se establece inicialmente en la Resolución 1445 de 2006, se modifica en el Decreto 903 de 2014, en la Resolución 2082 de 2014 y Resolución 6055 de 2016.



Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

A continuación, podremos resumir las principales características de cada uno de los componentes del SOGCS:

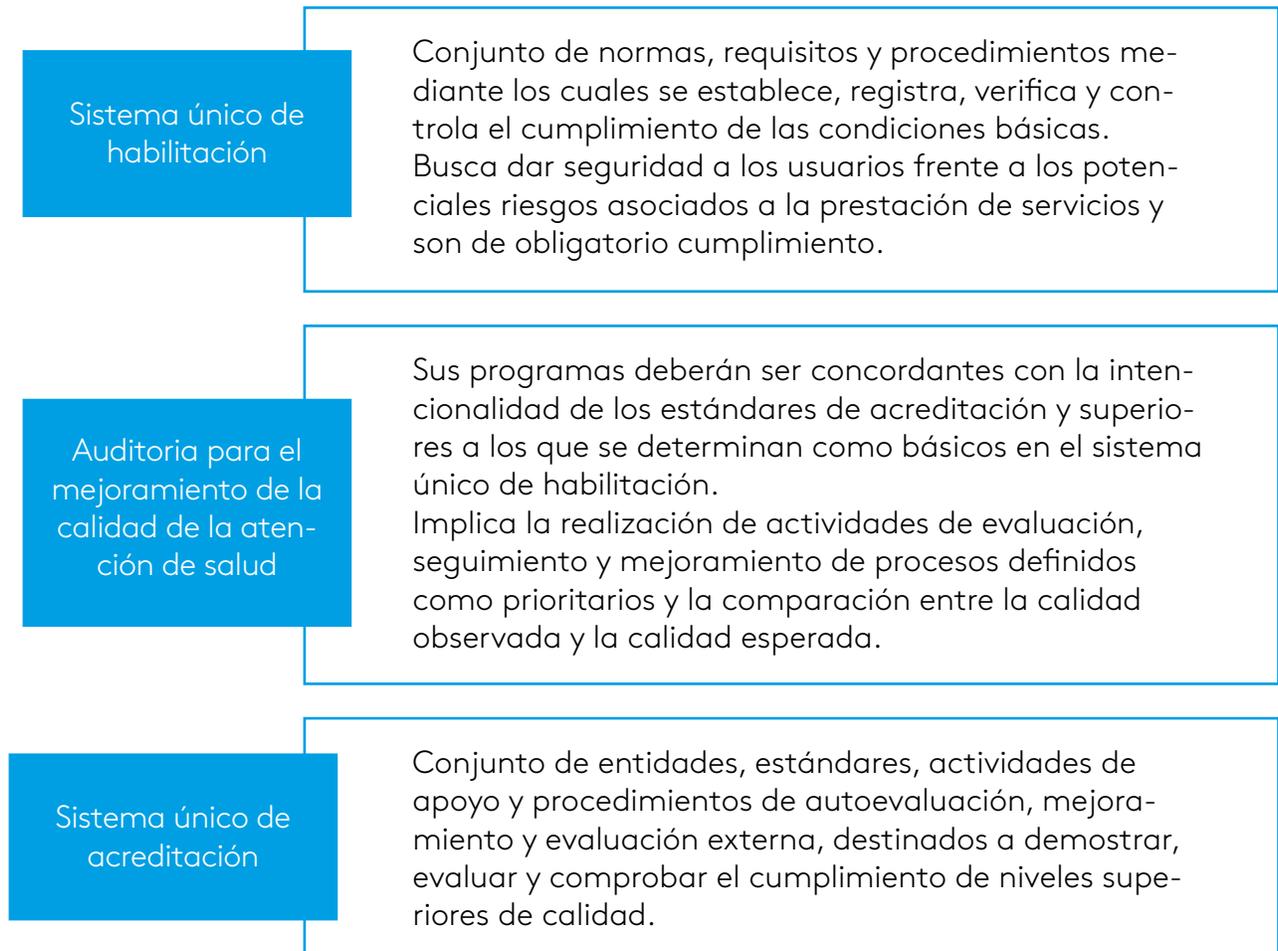


Figura 4: Componentes del SOGCS
Fuente: propia



Video

Para profundizar en el tema, los invitamos a ver el video de la docente Alba Luz Molina González de la Universidad de Caldas donde presenta el SOGCS en Colombia.

Sistema obligatorio de garantía calidad

<https://youtu.be/gByiVa-ceZw>

Resolución 1841 de 2013

Ahora, es de suma importancia que profundicemos en el plan decenal como referente de las prioridades en salud en Colombia y del plan de desarrollo del Gobierno a 2014, que busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos:

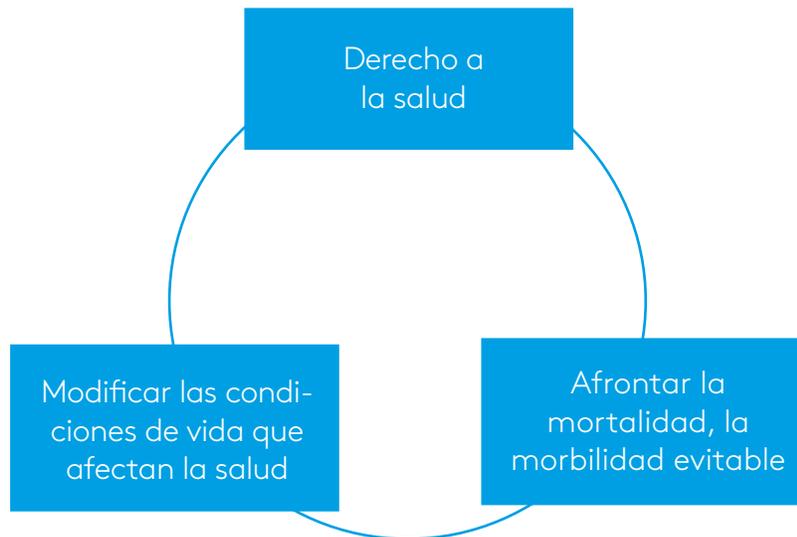


Figura 5. Objetivos del PDSP
Fuente: propia



Lectura recomendada

El siguiente documento brindará herramientas conceptuales concretas sobre el mismo, lo invito a que revise su contenido y enriquezca el tema:

ABC del Plan Decenal de Salud Pública

Ministerio de Salud y Protección Social



Video

Así mismo, recomiendo que observe el video donde se resume el contenido del PDSP.

Plan Decenal de Salud Pública

<https://youtu.be/-Er0aUsg7P0>

Continuando con el estudio del PDSP, se hace énfasis en el enfoque de género pues lo utiliza como herramienta para visibilizar las desigualdades, discriminaciones y violencias en razón del género y planea acciones para transformar las estructuras que mantienen las inequidades, discriminaciones, violencias y exclusiones por razón del género.

En el apartado número 5 del Plan Decenal de Salud Pública, se realiza un análisis de la situación de salud del país y define la violencia interpersonal como:



El fenómeno de agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño al cuerpo o a la salud de la víctima, y no la muerte, y cuyo ejecutante no es un familiar en grado consanguíneo o de afinidad del agredido, y que excluye los casos de transporte.

Al hablar sobre la violencia intrafamiliar, informe que ocupa el segundo lugar en el cuadro de la violencia no fatal, después de la violencia interpersonal y que de la misma manera que la violencia sexual, cobra como principales víctimas a las mujeres.



Figura 6. Enfoques del PDSP
Fuente: propia

Dentro de las dimensiones prioritarias, retomaré los componentes que se relacionan con el tema de nuestro diplomado:

Componente de prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.

Se contemplan las estrategias dirigidas a la prevención y atención integral de aquellos estados en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos afectan o ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismo, con la comunidad y el entorno.

Componente de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género.

Proceso permanente y articulado que permita a las personas, grupos y comunidades gozar del nivel más alto de la salud sexual y reproductiva y ejercer los derechos sexuales y los derechos reproductivos a través de la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

Componente de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.

Acciones coordinadas sectoriales, transectoriales y comunitarias para garantizar el nivel más alto de la salud sexual y reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad, desde los enfoques de derechos, de género y diferencial.

Componente abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales

Garantía de una atención integral a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales, desde los sectores de salud, protección y justicia, de conformidad con los protocolos, guías y normatividad vigente para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.

Figura 7. Componentes del PDSP
Fuente: propia

MIAS – PAIS – RIAS

La Ley 1751 de 2015, define el sistema de salud con los siguientes aspectos organizados:



Figura 8. Componentes del sistema de salud
Fuente: propia



Lectura recomendada

Para profundizar en el tema del MIAS, lo invito a que revise la lectura complementaria titulada:

Análisis de la incorporación del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS, en los Planes territoriales de salud 2016-2019

Ministerio de Salud y Protección Social

Las normas determinan que el estado garantiza el derecho de la salud, por lo cual para su efectivo cumplimiento para cada persona se crea el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), veamos sus características:

Norma	Objeto	Características
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud	<p>Sus propósitos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar la respuesta del sistema de salud hacia mejores condiciones. • Integrar los objetivos del sistema de salud con los de la seguridad social. • Alindar su regulación a través de un conjunto de acuerdos institucionales, por medio del goce efectivo del derecho.
Resolución 3202 de 2016	Se establece la construcción y desarrollo de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), como parte de la política nacional de atención integral en salud.	<p>Son acciones dirigidas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción y mantenimiento de la salud. • Atención para grupos de riesgo. • Atención específica: recuperación, rehabilitación y paliación.
Resolución 429 de 2016	Se genera la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), para el mejoramiento y goce de los derechos fundamentales en salud.	<p>Presenta el marco estratégico y operativo del MIAS teniendo en cuenta los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterización poblacional. • RIAS. • Gestión integral de riesgo en salud. • Ámbitos territoriales. • Redes integrales de prestadores de servicios. • Rol del asegurador. • Sistema de incentivos. • Sistema de información. • Recurso humano en salud. • Investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

Tabla 3. Características Modelo Integral de Atención en Salud
Fuente: propia



Video

El exviceministro, Fernando Ruiz Gómez, hace la presentación del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS en un video, lo invito a observarlo y reconocer el perfil epidemiológico de nuestro país.

Presentación: Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

<https://www.youtube.com/watch?v=G8bNa1iZ234&t=40s>

Luego de haber estudiado la normatividad que fundamenta y orienta la prestación de servicios de salud en nuestro país, abordaremos aquellas que orientan la atención en salud de las víctimas de violencia sexual.

Resolución 412 de 2000

En el año 2000 el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución 412, crea la *Guía de atención al Menor maltratado* y la *Guía de atención a la Mujer maltratada*, en el siguiente esquema se muestran sus principales características:

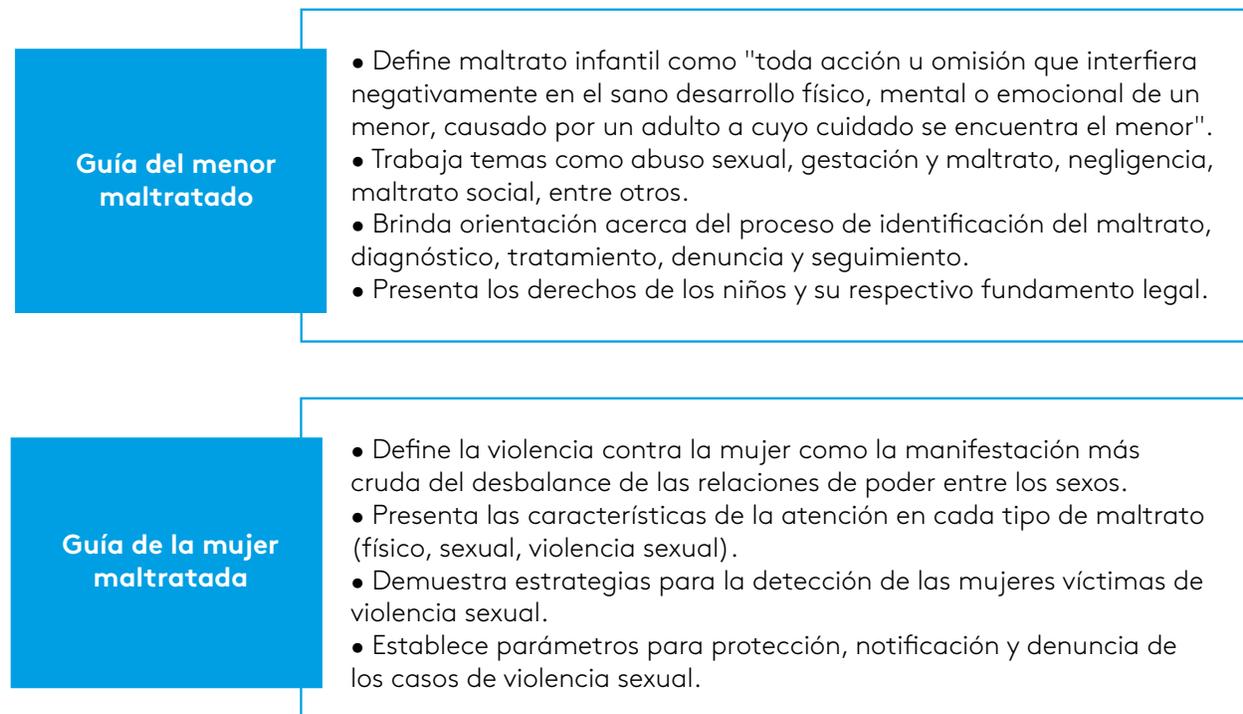


Figura 9. Guía del menor maltratado y de la mujer maltratada
Fuente: propia

Ley 1257 de 2008

Tiene por objeto la adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización.



Lectura recomendada

Ordoñez (2015), realiza un análisis de la Ley 1257 y sus implicaciones en la violencia de género y económica en contra de la mujer en Colombia; lo invito a que revise sus apreciaciones respecto a los criterios de interpretación de la misma Ley realizando una lectura a partir de la página 12 hasta la página 30.

Análisis de la Ley 1257 y sus implicaciones en la violencia de género y económica en contra de la mujer en Colombia

Claudia Ordoñez y Nancy Romero

La aplicación de la Ley 1257, se da bajo los principios de: igualdad real y efectiva, derechos humanos, corresponsabilidad, integralidad, autonomía, coordinación, no discriminación y atención diferenciada. En el artículo 8 presenta los derechos de las víctimas de violencia:

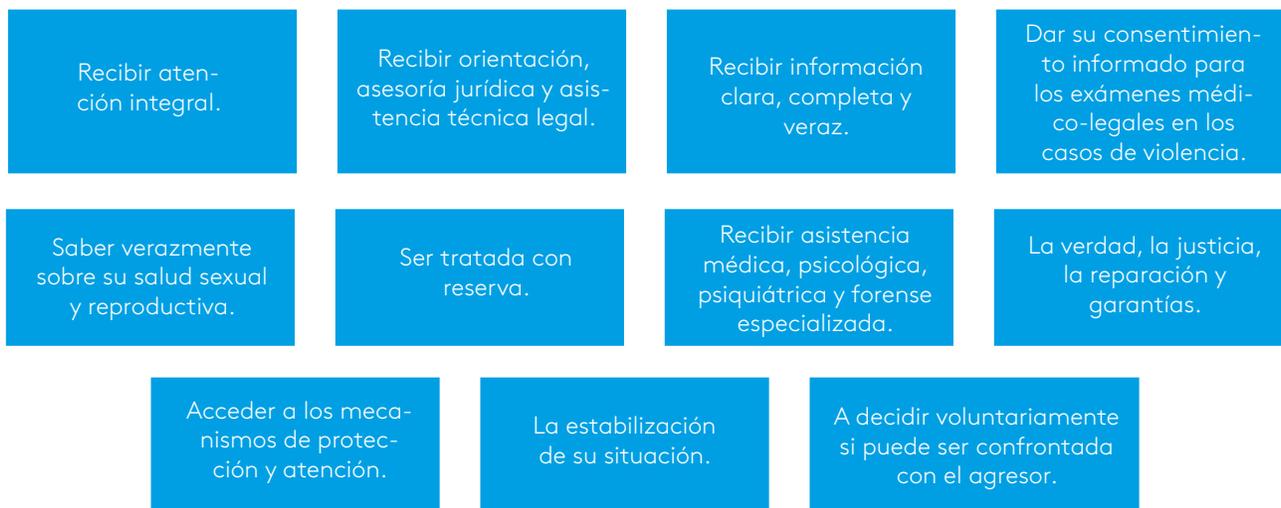


Figura 10. Derechos de las víctimas de violencia
Fuente: propia

En el artículo 17 de la misma ley se presentan las medidas de protección a las que tienen derecho las víctimas de violencia dentro y fuera del ámbito familiar y en capítulo VI se mencionan las medidas de atención a las víctimas en situación de riesgo como por ejemplo: garantizar su habitación y alimentación a través del SGSSS, la asignación de un subsidio monetario mensual (en el régimen contributivo éste subsidio será equivalente al monto de la cotización que haga la víctima al SGSSS, y para el régimen subsidiado será equivalente a un salario mínimo mensual vigente), auxilio de transporte, entre otras medidas.

 **Video**

Lo invito a observar el video que resume las características de la presente Ley.

Ley 1257 del 4 de diciembre de 2008

<https://youtu.be/IIImm3xZZrM0>

Ley 1719 de 2014

Por medio de esta ley se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial con ocasión del conflicto armado destacando los siguientes derechos:

Intimidad, privacidad, confidencialidad de la información.	Reconocimiento médico legal, acompañamiento, asesoría y asistencia técnico legal.	No ser discriminadas en razón de su pasado, su comportamiento u orientación sexual.
Ser atendidas por personas formadas en DDHH y atención diferencial.	No ser confrontadas con el agresor y a no ser sometidas a pruebas repetitivas.	Ser atendidas en lugares accesibles, que garanticen su privacidad, salubridad, seguridad y comodidad
Ser protegidas contra toda forma de coerción, violencia o intimidación	A que se considere su condición de vulnerabilidad y se le brinden oportunidades desde un enfoque diferencial.	A que se valore el contexto en el que ocurrieron los hechos y a la IVE.

Figura 11. Derechos de las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado interno
Fuente: propia

Son claras en esta ley, las medidas de protección y reparación de las víctimas de violencia sexual en el contexto de conflicto armado interno tales como:

- a. Programas de protección con enfoque de DDHH.
- b. Atención psicosocial permanente que debe estar dirigida a generar condiciones emocionales que favorezcan la participación de las víctimas en los procesos de exigibilidad de sus derechos, verdad, justicia y reparación.
- c. Acceso a los programas de protección a víctimas y testigos de la Fiscalía General de la Nación, solicitud de protección ante las autoridades competentes.
- d. Restitución integral de los derechos vulnerados.
- e. Indemnización, satisfacción, rehabilitación y garantías de no repetición a cargo del responsable del delito; se debe tener presente que las medidas se extenderán al grupo familiar y a las personas que dependan de la víctima.

Con relación a la atención en salud, se le exige al SGSSS que cuente con personal idóneo y con programas especializados para la atención psicosocial continua de la víctima; fortaleciendo la atención en todos los niveles de complejidad como una urgencia, independiente del tiempo transcurrido desde el momento de los hechos hasta la consulta y se deberán reconocer en la atención de la víctima los incidentes de reparación.

Modelo Integral de Atención en Salud a Víctimas de Violencia Sexual

Herramienta para dar procesos a los grupos de salud y los actores involucrados, para atender los casos de violencia sexual (MSPS, 2011).

Uno de los propósitos más importantes del modelo apunta a que nosotros como agentes del sistema de salud asumamos una visión integral de la problemática, necesidades, intereses y derechos de las víctimas de las violencias sexuales y para ello presenta varios enfoques:



Figura 12. Enfoques del Modelo de Atención en Salud a Víctimas de Violencia Sexual. Fuente: propia

En el eje 4 se presentan los parámetros fundamentales para la detección de violencia sexual en los servicios de salud, haciendo énfasis en la detección primera y única por el personal de salud a las víctimas de violencia sexual.



Instrucción

A continuación, veremos las condiciones en las cuales, según el modelo, se puede establecer con probabilidad o certeza la violencia sexual, para lo anterior lo invitamos a ver recurso de aprendizaje: infografía, titulado condiciones que determinan la posibilidad, probabilidad o certeza de violencia Sexual. Disponible en la plataforma.

Un punto importante del modelo, es el estudio de la violencia sexual en hombres justificando que:



Debido a las consecuencias físicas, emocionales y sociales, de la violencia sexual, los hombres adultos pueden tener mayores barreras de acceso a los servicios de salud y justicia, y pueden llegar a encubrir o minimizar los síntomas de una situación de violencia sexual (MSPS, 2011).

En todos los casos de atención a la víctima de violencia sexual se debe:

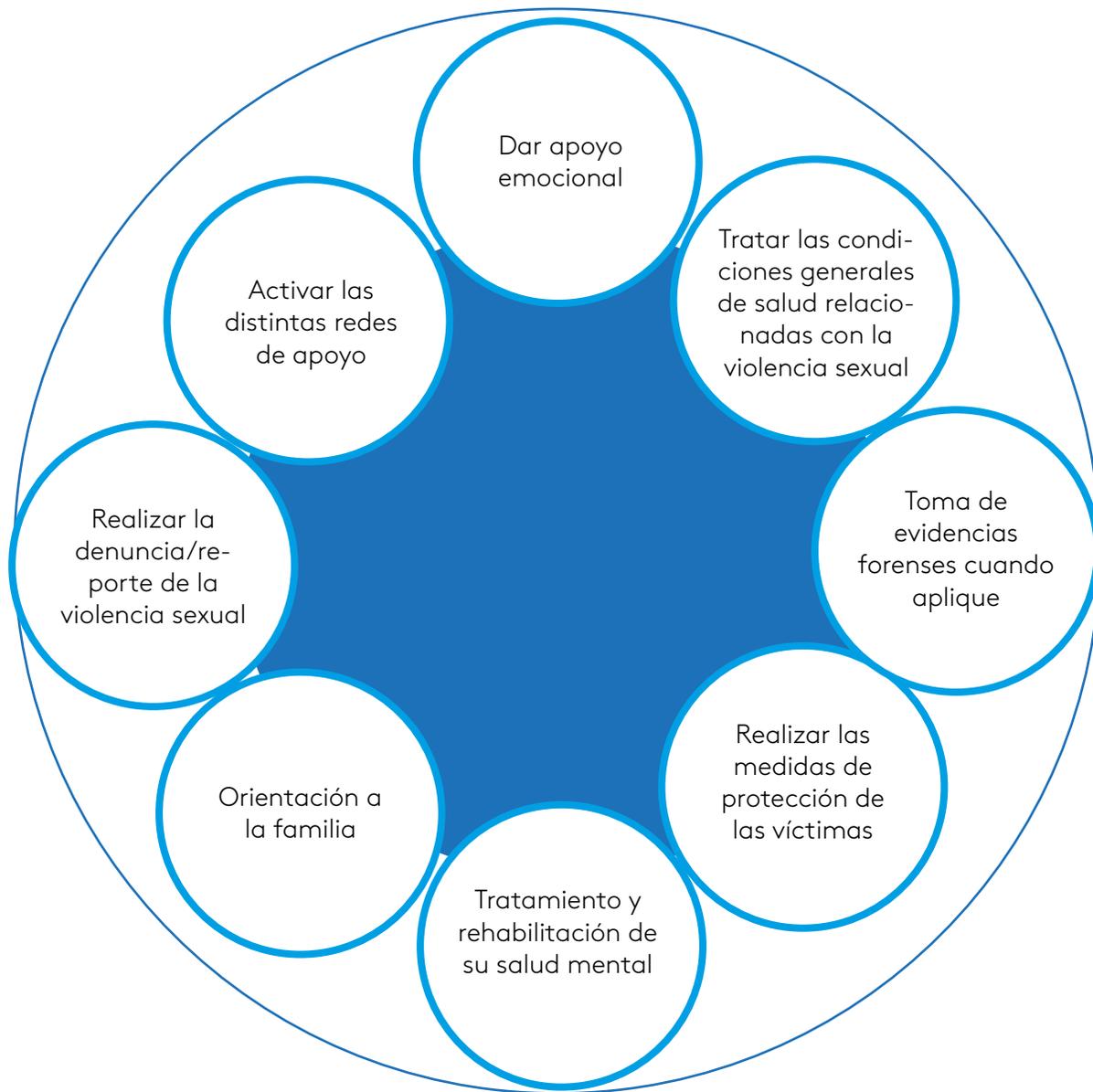


Figura 13. Objetivos de la atención en salud a víctimas de violencia sexual según el Modelo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual
Fuente: propia

Resolución 459 de 2012

Por medio de ella, el Ministerio de Salud y Protección Social, adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Se deja explícitamente claro, que su cumplimiento es obligatorio para entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud; este protocolo consta de los siguientes pasos que se profundizarán en el referente 3:

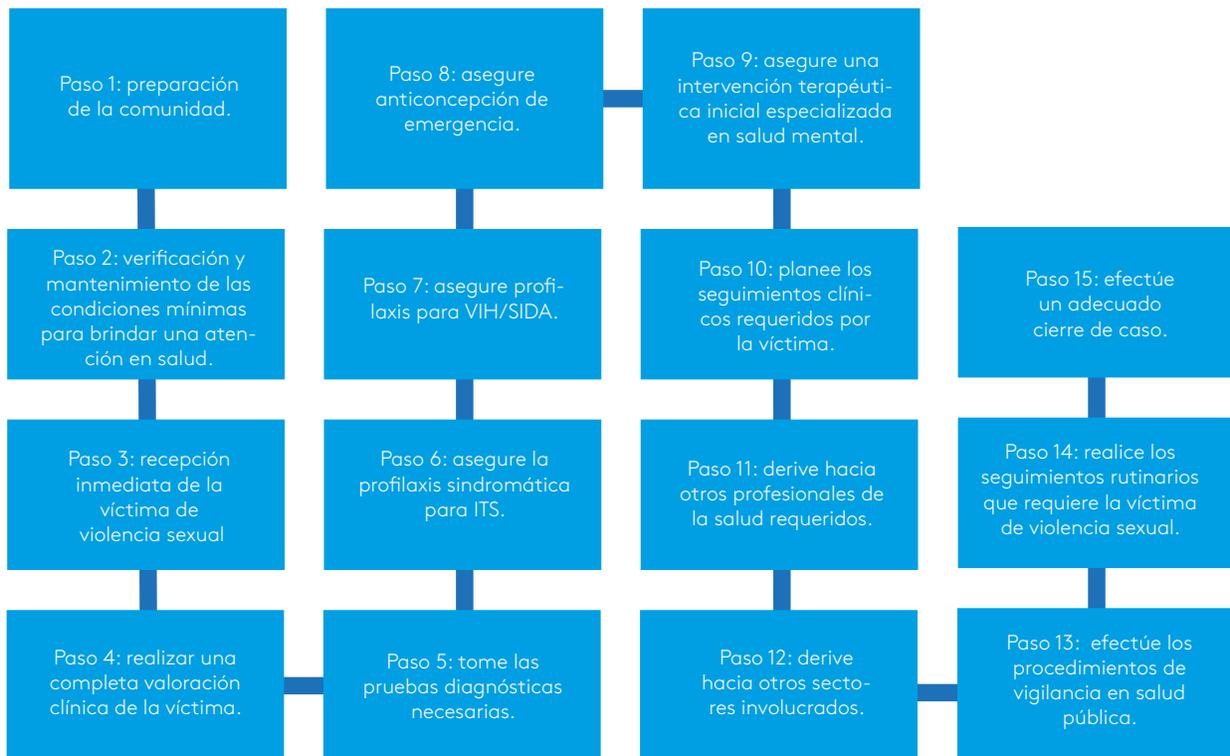


Figura 14. Pasos para la atención de la víctima de violencia sexual - Resolución 459 de 2012
Fuente: propia

Uno de los principios éticos orientadores del protocolo, es el reconocimiento que la autonomía de las víctimas es prevalente ante las recomendaciones médicas que sean ofrecidas durante cualquier indicación, proceso o procedimiento incluido para la atención integral de la violencia sexual.

El objetivo general del Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual es:



Brindar a los equipos de salud una herramienta metodológica y conceptual con los criterios básicos e indispensables para el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas.



Video

Se recomienda ver el video relacionado con los temas vistos en normatividad con algunas claves de atención integral a la víctima de violencia sexual.

Atención integral - Claves para la atención a mujeres víctimas de violencia

<https://youtu.be/zYrCOR8yQ9I>



Instrucción

De esta manera damos por terminado el estudio de la normatividad que regula la atención de las víctimas de violencia sexual en nuestro país. Lo invito a desarrollar las actividades de aprendizaje y las actividades evaluativas propuestas.

Además, les recomiendo observar el video donde Claudia Mejía, explica el documento de las 5 claves para un tratamiento diferencial de la violencia sexual en los acuerdos sobre la justicia transicional en el proceso de paz, realizado por La Red Nacional de Mujeres, Sisma Mujer, Corporación Humanas y Jineth Bedoya.

5 claves para el tratamiento de la violencia sexual en el proceso de paz

<https://youtu.be/xc7uqkZexo0>

Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993) Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Ley 100 de 1993]. DO: 41.148.

Congreso de la República de Colombia. (9 de enero de 2007) Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1122 de 2007]. DO: 46.506.

Congreso de la República de Colombia. (19 de enero de 2011) Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1438 de 2011]. DO: 47.957.

Ministerio de la Protección Social. (11 de febrero de 2008) por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. [Resolución 0425 de 2008]. DO: 46.902.

Ministerio de Salud. (2012). Plan Nacional de Salud Pública PNSP 2012 – 2021. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (3 de abril de 2006) Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Decreto 1011 de 2006]. DO: 46.230.

Presidencia de la República de Colombia. (10 de agosto de 2007) Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. [Decreto 3039 de 2007]. DO: 46.716.