

CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA EN BOGOTÁ (COLOMBIA)

Víctor Alfonso Caballero Blanco¹, Paola Gómez Sandoval², Claudia Maryuri Narváez Sánchez³

Resumen

La violencia sexual en contra de niños, niñas y adolescentes es un problema de enorme magnitud que tiene múltiples enfoques analíticos y su abordaje depende de la intersección de múltiples servicios. Como respuesta al problema de salud pública, en el año 2012, el Ministerio de Salud y la Protección Social instituyó un Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. No existen estudios que verifiquen su utilidad o cumplimiento. En este sentido, decidimos realizar el primer estudio que verifique el cumplimiento del protocolo en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital en Bogotá. Se realizó un estudio retrospectivo de 129 historias que cumplieran con los criterios de inclusión de la totalidad de historias de las víctimas de violencia sexual que fueron atendidas en el servicio de pediatría del Hospital de San José de Bogotá, entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2017.

Se construyeron 20 indicadores para evaluar el cumplimiento del protocolo. Encontramos un cumplimiento con media de 73% del total de todos los indicadores analizados. No es posible describir con certeza los motivos que se encuentran detrás del bajo porcentaje de cumplimiento, teniendo en cuenta que el protocolo es de obligatorio acatamiento y su adherencia debería ser del 100%. Creemos que la creación de un grupo multidisciplinario especializado, dentro de los servicios de urgencias de pediatría, contribuiría favorablemente a la atención de las víctimas de abuso sexual infantil.

Palabras clave: *Delitos sexuales; maltrato infantil; atención a víctimas de violencia.*

1 Pediatra. Antropólogo. Especialista en Derecho Médico-Sanitario. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José. Bogotá, Colombia.

2 Residente de pediatría de tercer año. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José. Bogotá, Colombia.

3 Pediatra. Docente asociado. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José. Bogotá, Colombia.

COMPLIANCE ASSESSMENT OF THE COMPREHENSIVE PROTOCOL OF HEALTH ATTENTION OF SEXUAL VIOLENCE VICTIMS, IN A PEDIATRICS DEPARTMENT IN BOGOTÁ (COLOMBIA)

Abstract

Sexual violence against children and adolescents is a serious problem with multiple analytical focusing and its approaches depends on the cross-sectorial work of multiple services. In response to a public health problem, in 2012, Colombian Ministry of Health and Social Protection instituted a protocol and comprehensive model of health attention towards sexual violence victims. There are not studies about its efficacy or compliance, so we decide to do the first analysis of protocol's adherence in a pediatrics department at Bogotá's private hospital. This was a retrospective study of 129 clinical records which met the inclusion criteria among all the sexual violence victims treated in the pediatrics department between January 1th, 2013 and December 31 of 2017.

20 indicators were constructed in order to assess compliance with the protocol. We found a compliance of 73% of all the analyzed indicators. It is not possible to describe the reasons behind low compliance, especially because it should be of 100%. We believe that creation of specialized multidisciplinary group, among the pediatric emergency department, would help to advocate for all victims of child sexual abuse in our center.

Key words: *Child Abuse; Sexual Harassment; Sex Offenses.*

Introducción

No existe una definición universalmente aceptada sobre el abuso sexual infantil (ASI). En términos muy generales se puede decir que cualquier acto en el cual un niño, niña o adolescente es sometido a la participación en actividades sexuales por parte de una persona que domina al niño debido a una mayor madurez física, psicoafectiva o emocional, con el objetivo de estimular sexualmente a la persona dominante o gratificar a otros, se incluye dentro de la definición de violencia sexual (1).

De forma más específica, en el ámbito penal colombiano, la violencia sexual se define como «todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un niño, niña o adolescente, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor» (2).

La violencia sexual quizá es una de las mayores vulneraciones de los derechos fundamentales de las personas (3). No solamente impide el adecuado ejercicio de

los derechos sexuales y reproductivos, sino que atenta contra los derechos a la vida, la salud, la integridad física, la libre expresión y el libre desarrollo de la personalidad, todos ellos consagrados dentro de nuestra carta magna y los diferentes acuerdos supranacionales promovidos por los organismos multilaterales.

Entendida de este modo, la violencia sexual infantil, como problema de salud, corresponde al personal médico -especialmente a los pediatras- su adecuado diagnóstico y atención inicial. En esa perspectiva, el Ministerio de la Salud y la Protección Social protocolizó, mediante resolución proferida en el año 2012 (4), un modelo de atención en salud a las víctimas de violencia sexual (5), que cumple dos características importantes: (i) es de obligatorio cumplimiento para la atención de las víctimas de violencia sexual por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; y (ii) no se centra en los aspectos de detección, sino en atención a las víctimas una vez se haya detectado

el caso. Esto implica que la observación de dicho protocolo debe realizarse siempre en los servicios de urgencias.

Si bien es cierto que el protocolo del Ministerio de la Salud y Protección Social no es el único lineamiento vigente en Colombia para la atención de las víctimas de ASI (6), en términos generales, ofrece una guía sobre las condiciones mínimas que se deben cumplir para realizar un adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento a las víctimas de violencia sexual que ingresan al sector salud y detalla una serie de 15 pasos que son de obligatorio cumplimiento. La figura 1, adaptada de la resolución 459 del 2012 del Ministerio de salud, describe los pasos fundamentales a los que se refiere dicho documento.

Protocolo para la atención integral en salud de víctimas de violencia sexual. Ministerio de Salud y Protección social. Adaptado de República de Colombia.

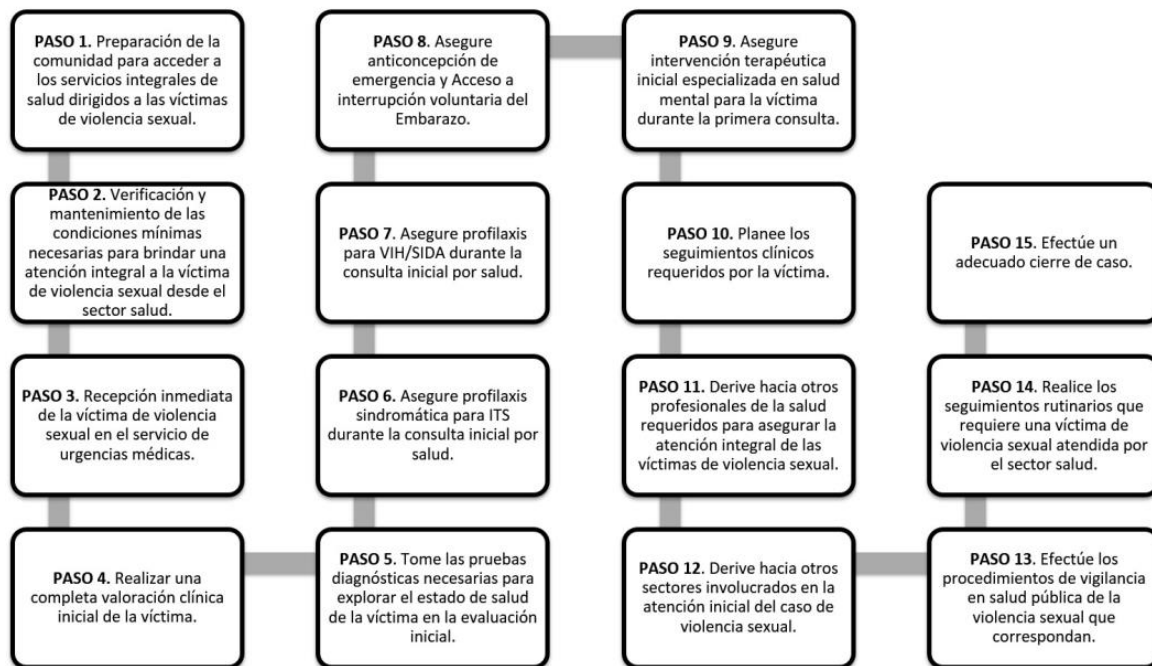


Figura 1. Pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 000459 de 2012

Prima facie, no parecería que existiera mayor dificultad para la aplicación de este, en los casos de presunta violencia sexual que se conozcan en un servicio de urgencias típico; sin embargo, creemos que esto está lejos de la realidad.

Una investigación previa (6), por medio de un análisis cualitativo de estudio de contenido, sugiere que el modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, entre otros protocolos nacionales evaluados, no cumple explícitamente las categorías que determinan la protección integral al menor establecidas en la Ley de Infancia y Adolescencia de Colombia.

El objetivo perseguido por el Ministerio de Salud y de Protección Social al adoptar el protocolo mencionado es « [b]rindar 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» (4).

Como plantean las autoras de ese trabajo, quizá las únicas evidencias disponibles para evaluar el cumplimiento de este objetivo, son las escandalosas cifras del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses que indican que, en promedio, en el año 2017 realizaron 55 exámenes médico-legales al día (7) por presunta violencia sexual en contra de niños, niñas y adolescentes, o también la ridícula tasa condenatoria de estos delitos en el sistema judicial colombiano: una investigación de doctorado señala que de 13.000 investigaciones realizadas por acceso carnal en menores de 14 años en el periodo de un año, solamente se dieron 4 sentencias condenatorias (8).

En este contexto, los profesionales de la salud vinculados al área de la pediatría, y especialmente aquellos que laboran los servicios de urgencias, tienen un papel relevante en la prevención, detección y atención a las víctimas de violencia sexual; adicionalmente a las obligaciones legales de toma de evidencias forenses, les compete realizar las medidas de protección a las víctimas, denunciar/reportar los casos a la autoridad competente, etc.

No obstante la normatividad vigente, las víctimas de violencia sexual se ven enfrentadas a:

«i) las dificultades que enfrentan las mujeres para tener acceso a un proceso penal contra sus agresores que sea respetuoso de sus derechos como víctimas, ii) las deficiencias institucionales, iii) el incumplimiento de las obligaciones legales de atención a las víctimas de delitos sexuales, iv) la falta de tratamientos médicos y psicológicos adecuados para las víctimas de violencia sexual y vi) la falta de acceso a exámenes y medicamentos para tratar enfermedades de transmisión sexual y para prevenir el embarazo» (9).

Muchas de estas deficiencias podrían ser producto de un inadecuado cumplimiento de los protocolos nacionales concebidos para la atención integral a las víctimas de violencia sexual.

En la bibliografía revisada, no existen determinaciones sobre el cumplimiento del sector salud con relación a sus obligaciones con las víctimas de violencia sexual. En efecto, la naturaleza propia del abuso sexual, los tabúes alrededor de éste y la dificultad que entraña la realización de investigaciones de este tipo, solamente ahondan las dificultades a las que se enfrentan las víctimas de violencia sexual en el momento de acceder adecuadamente al modelo de atención.

Nos parece que el primer paso para acercarse a un problema de tamaño magnitud, parte desde un diagnósti-

co de las condiciones del sector salud en relación con el cumplimiento de las obligaciones con las víctimas de violencia sexual que implique, tanto el estudio de su prevalencia como la revisión de sus actuaciones, con base en los protocolos institucionales y nacionales.

Según el protocolo institucional del Hospital de San José, todos los casos de presunta violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, son atendidos por un equipo interdisciplinario formado por los servicios de pediatría, ginecología, trabajo social y psiquiatría. En este contexto, consideramos indispensable ayudar a disminuir las barreras a las que las víctimas infantiles de violencia sexual se enfrentan en el ámbito hospitalario para recibir una adecuada atención en salud integral; por ello es relevante, no solamente conocer la magnitud del problema al que nos enfrentamos en el Hospital de San José, a través del estudio demográfico de nuestros pacientes, sino también evaluar el cumplimiento del protocolo.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo, cuya población correspondió al conjunto de todas las presuntas víctimas de violencia sexual que fueron atendidas en el servicio de pediatría del Hospital de San José de Bogotá, entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2017. Las historias se recuperaron de tres fuentes: (I) El reporte de intervenciones por violencia sexual realizado por el servicio de trabajo social del cual se recopilaron historias de 70 pacientes, (II) los casos de violencia infantil reportados por la oficina de estadística del Hospital de San José de Bogotá al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA- del cual se recuperaron 147 historias y (III) de la base de datos del servicio de estadística del Hospital de San José de Bogotá, utilizando como filtro los pacientes cuyo diagnóstico final reportado en los códigos CIE-10 estuviera relacionado con violencia sexual, hallando por este medio 158 historias clínicas.

Teniendo en cuenta que se trata de 3 bases de datos diferentes para recopilación de historias clínicas y que en cada una de ella se encontraban pacientes mal asignados, adultos, mujeres embarazadas y pacientes duplicados, la muestra se redujo a 187 historias clínicas que cumplían el criterio de inclusión, es decir, aquellas que pertenecieran a pacientes menores de 17 años, y 364 que fueron atendidos en el servicio de pediatría del Hospital de San José de Bogotá. Por otra parte, se excluyeron 64 historias clínicas de pacientes cuyo motivo de consulta principal no fuera abuso sexual o cuyo lugar de atención inicial no haya sido el servicio de urgencias de pediatría del Hospital de San José, sino los servicios de consulta externa, urgencias de ginecología o urgencias de adultos. La Figura 2 muestra el esquema de recolección de datos que se utilizó.

Se construyó una base de datos en una hoja de cálculo digital con los datos epidemiológicos de los 123 casos analizados. Para verificar el cumplimiento de los pasos del protocolo se definieron 15 características que debían cumplir las historias clínicas y se construyeron indicadores que evaluaran su cumplimiento, teniendo en cuenta las principales acciones, cuyo resultado debe ser consignado en la historia clínica. Éstos se deben realizar en cada uno de los pasos determinados en el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual para, de esta forma, dar a cada indicador 2 o 3 opciones de respuesta con lo cual determinar si se cumplían cada uno de esos pasos. Cada indicador fue construido en consenso con el grupo de investigadores. Los datos fueron recogidos de forma independiente por dos investigadores, entrenados en el protocolo de atención a las víctimas de violencia sexual; después se compararon los datos recopilados y las diferencias entre ellos fueron resueltas por consenso.

Los pasos 1 y 2 se refieren a la preparación de la comunidad para acceder a los servicios de salud dirigidos a las víctimas de violencia sexual, y la verificación y mantenimiento de las condiciones necesarias para la

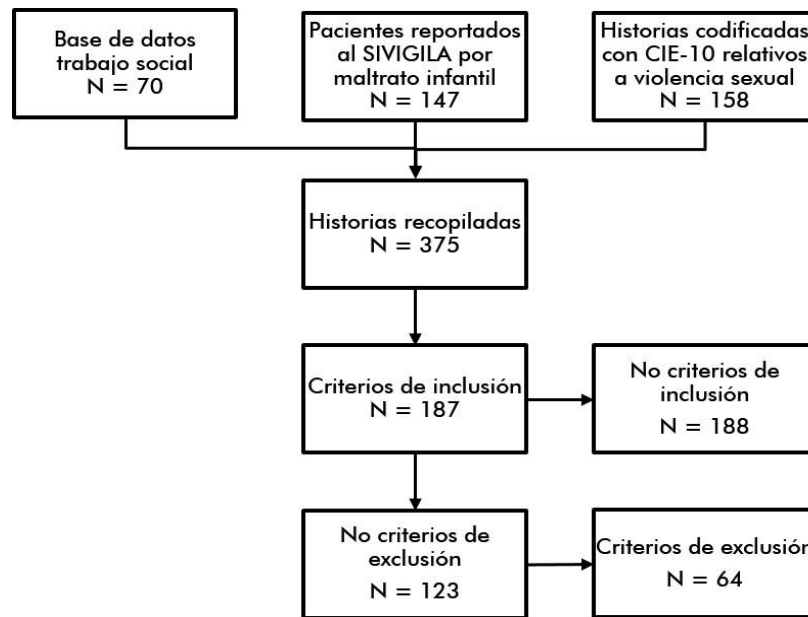


Figura 2. Diagrama de recolección de datos.

prestación de dichos servicios. En este apartado destacamos como actividades dependientes del personal médico, en primer lugar, la explicación de los derechos de las víctimas y, en segundo lugar, la debida obtención del consentimiento informado con el fin de preservar la autonomía del paciente (10).

El paso 3 se refiere a la recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas, el registro de su realización queda consignado en la historia de acuerdo con el sistema de clasificación de triage, reglamentado en la resolución 5595 de 2015 (11) y los criterios se especifican claramente en el protocolo:

«La violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro de triage [cursiva en el original] de urgencias; luego de 72 horas se puede clasificar como prioridad II, excepto que

la víctima acuda con ideación depresiva, de muerte o suicida, sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma, retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo, agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud, ante los cuales se dará también prioridad I de triage independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta» (4).

El cuarto paso indica realizar la valoración completa inicial de la víctima, realizando una división en 4 partes: (A) La realización de anamnesis de la víctima de violencia sexual; (B) Realización del examen físico completo, el cual debe registrarse en la historia clínica; (C) el examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual y (D) el diagnóstico clínico en la víctima de violencia sexual, los cuales están codifica-

dos en la clasificación internacional de enfermedades CIE-10.

El paso 5 indica la toma de pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima las cuales incluyen serología para sífilis, toma endocervical para Gram y cultivo orientado a la detección del gonococo, frotis en fresco para la búsqueda de tricomonas y pruebas de tamizaje para VIH y hepatitis B. Adicionalmente, en el caso de las mujeres, se recomienda tomar prueba de embarazo, cuya solicitud debe ser consignada en la historia clínica.

El paso 6 obliga la profilaxis para ITS para todos los casos de asalto sexual y el criterio clínico para decidir la profilaxis en casos de abuso sexual y otras formas de violencia sexual en las que se encuentren signos o síntomas sugestivos de enfermedades.

El paso 7 hace referencia específica a la profilaxis contra VIH/sida durante la consulta inicial de salud en los casos indicados, es decir, todos los de asalto sexual en las primeras 72 horas o aquellos que cumplan con los criterios de alto riesgo descritos por el CDC estadounidense (12).

El paso 8, por su parte, indica los criterios para suministrar anticoncepción de emergencia, mientras que el paso 9 promueve la remisión al profesional de salud mental. Los pasos 10, 11 y 12 se refieren a la remisión a los planes de atención ambulatoria, seguimiento por trabajo social y reporte al ICBF y sector justicia.

El paso 13 hace referencia al reporte y seguimiento epidemiológico, es decir, el adecuado diligenciamiento de los diagnósticos del CIE-10 y la notificación mediante fichas de vigilancia epidemiológicas del SIVIGILA.

Por otra parte, los pasos 14 y 15 se refieren al seguimiento rutinario y cierre del caso, adecuados y materializados por la información y asesoría suministrada

sobre el proceso de atención integral a las víctimas de violencia sexual y asesoramiento de derechos sexuales y reproductivos. Dos autores (Víctor Caballero y Paola Gómez) revisaron en momentos diferentes cada una de las historias, respondiendo en una hoja de cálculo si las anotaciones consignadas en las historias clínicas cumplían cada uno de los pasos del protocolo; luego compararon las bases de datos y resolvieron las diferencias por consenso. Para el análisis de frecuencias se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22.

Esta investigación de tipo descriptivo, no realizó ninguna intervención ni tuvo acceso a datos sensibles, según las definiciones de la resolución 8430 que regula en Colombia la investigación en salud. Al tratarse de revisión de historias clínicas, se define como una investigación sin riesgo por lo que no requirió ningún tipo de formalidad legal o ética para su realización, incluida la obtención del consentimiento informado. No obstante, el trabajo se sometió al comité de ética institucional y obtuvo aprobación expedita.

Resultados

Características demográficas

Las principales características demográficas de los pacientes cuyas historias fueron analizadas se resumen en la Tabla 1.

Cabe destacar que la mayoría de las víctimas de violencia sexual atendidas en nuestra población son de sexo femenino, casi por cada 7 niñas víctimas de ASI, un niño sufre esta situación. Si se compara el sexo del agresor, cuando se conoce, esta relación se hace casi de 100:1, es decir, por cada 100 agresores de sexo masculino, 1 mujer comete violencia sexual. En nuestra población podría señalarse que, más allá de la categoría de poder, ampliamente utilizada para explicar la violencia sexual, es necesario realizar un abordaje intersectorial para poder explicar por qué los niños, niñas

Tabla 1. Características demográficas de víctimas de violencia sexual, atendidas en el servicio de pediatría del Hospital San José de Bogotá. Periodo 2013-2017.

Edad de la víctima	Mediana	RIQ	Mín.	Máx.
	7	10	0	16
Sexo de la víctima (Razón mujeres/hombres)	7:1,2			
Acompañante a la consulta (Porcentaje)	Padre	94,30%		
	Cuidador	3,30%		
	Otros	2,40%		
Municipio de residencia (Porcentaje)	Bogotá	91,90%		
	Otro	10%		
Grupo poblacional (Porcentaje)	Ninguno	91,90%		
	Discapacitados	4,90%		
	Protegidos	3,20%		
Sexo del agresor (Porcentaje)	Masculino	82,10%		
	Femenino	0,80%		
	Desconocido	17,10%		
Edad del agresor (Rango; porcentaje)	Desconocido	41,50%		
	Menor de 18 años	23,60%		
	Entre 18 -25 años	8,90%		
	Entre 26-45 años	10,60%		
	Mayor de 45 años	15,40%		
Relación con la víctima (Porcentaje)	Familiar	40,70%		
	Conocido	30,10%		
	Desconocido	29,30%		
Tipo de delito (Porcentaje)	Asalto sexual	26,80%		
	Abuso Sexual	73,20%		
Tiempo de consulta (Porcentaje)	< 72 horas	42,2%		
	> 72 horas	10,5%		
	Desconocido o larga data	47,1%		

y adolescentes son más frecuentemente víctimas de abuso sexual (7). La Figura 3 muestra la distribución bimodal en la edad de las víctimas de violencia sexual, existiendo un pico de frecuencia entre las niñas de 1-3 años y otro entre las de 11-13 años.

Con respecto a la procedencia de los casos de violencia sexual atendidos en el Hospital de San José, se destaca

en el análisis gráfico por localidades (Figura 4), la ausencia de un patrón geográfico determinado.

El Hospital de San José de Bogotá está localizado en el centro oriente de Bogotá, por lo que, muchos de nuestros pacientes provienen de localidades contiguas al hospital. Sin embargo, un número importante de estos viven en la zona suroccidental de Bogotá, espe-

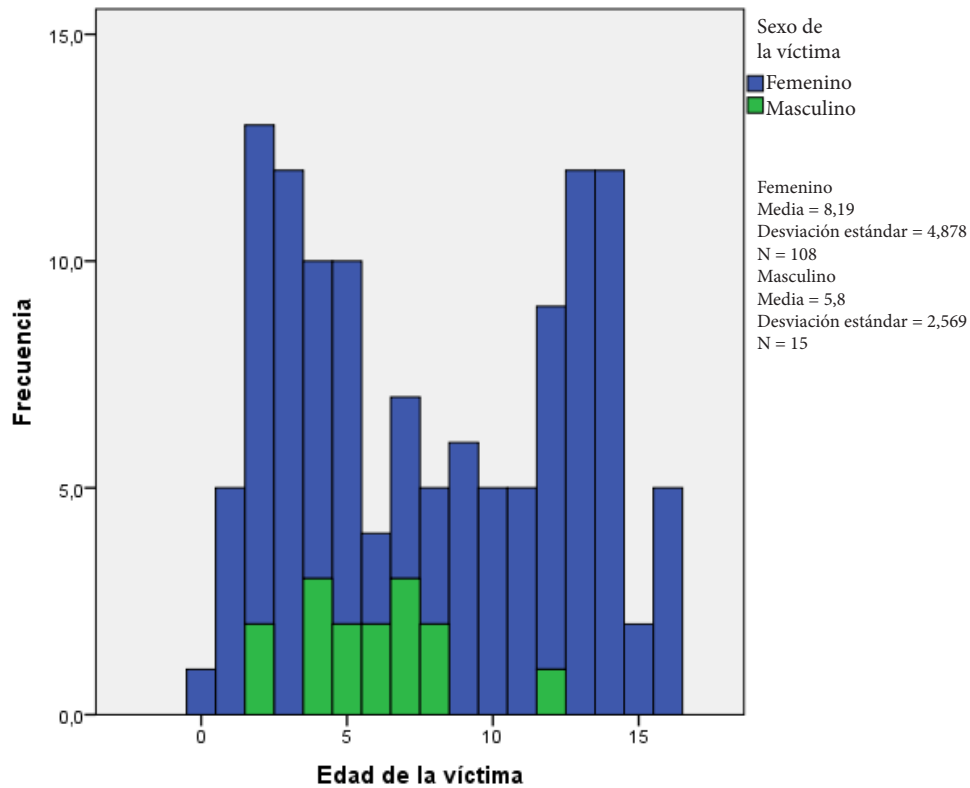


Figura 3. Distribución por edad según sexo de las víctimas de violencia sexual, atendidas en el servicio de urgencias de pediatría Hospital de San José de Bogotá (2013-2017).

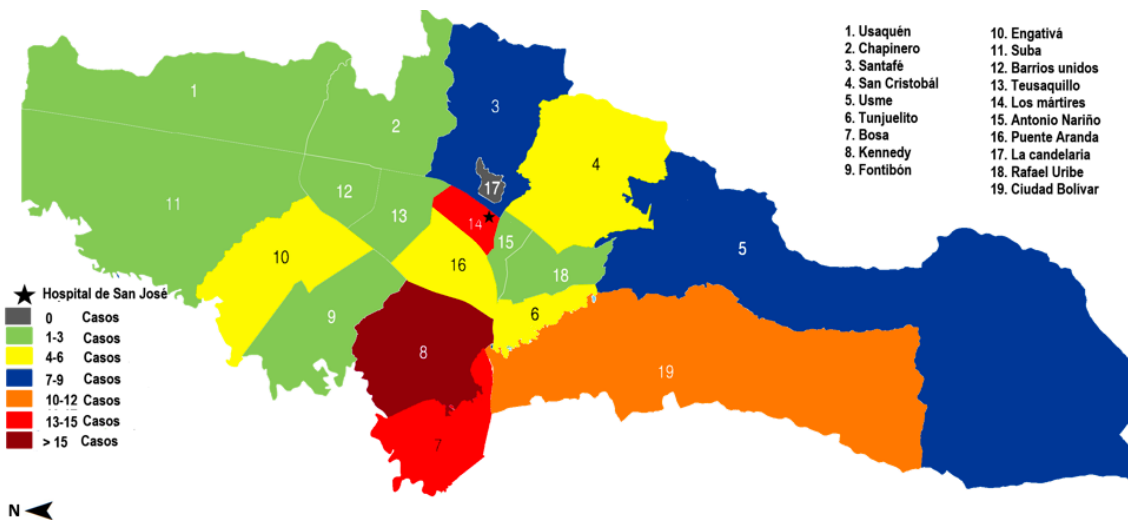


Figura 4. Localidad de procedencia, en Bogotá, de las víctimas de violencia sexual atendidas en el servicio de pediatría del Hospital San José. Periodo 2013-2017.

cialmente en la localidades de Kennedy y Bosa, y muy pocos pacientes provienen del norte de Bogotá.

Respecto a la relación del agresor con la víctima, vale la pena resaltar que nuestra población se comporta de forma similar a la población general, en la cual, la mayoría de las veces, los niños, niñas y adolescentes son agredidos por personas cercanas a su entorno familiar. Así, son las personas provenientes del grupo familiar reconstituido, quienes con mayor frecuencia agreden a nuestros menores, tal como se puede interpretar de la Tabla 2.

Tabla 2. Tipo de relación de los agresores con las de víctimas de violencia sexual atendidas en el servicio de pediatría del Hospital San José de Bogotá. Periodo 2013-2017.

Relación con la víctima	Frecuencia	Porcentaje
Otro	5	4,1
Padre o madre	6	4,9
Padrastra o madrastra	13	10,6
Hermano o hermana	7	5,7
Tío o tía	8	6,5
Abuelo o abuela	7	5,7
Primo o prima	9	7,3
Amigo del menor	12	9,8
Vecino	9	7,3
Inquilino	2	1,6
Amigo de algún familiar	9	7,3
Desconocido	36	29,3
Total	123	100,0

La Tabla 3 resalta la relación existente entre la edad del agresor con el lugar de los hechos de la agresión. En términos generales, los menores de edad que son agresores sexuales, se aprovecharían de la privacidad de los ámbitos familiares como el hogar, las instituciones educativas o las viviendas para cometer los delitos. En contraste, los agresores desconocidos, atacan a sus víctimas en espacios públicos. A primera vista, esta tendencia parece insignificante; sin embargo, desde la perspectiva interseccional, podría ayudar a explicar

modelos en los que empleen categorías más complejas para explicar el asalto sexual (13).

Cumplimiento del protocolo

Se construyeron 20 indicadores para evaluar los 15 pasos a los que hace referencia el protocolo de atención en salud a las víctimas de violencia sexual. El cumplimiento de cada uno de los indicadores del protocolo se puede agrupar de forma arbitraria en tres conjuntos: (1) bajo porcentaje de cumplimiento, (2) alto porcentaje de cumplimiento y (3) muy alto porcentaje de cumplimiento.

En el grupo de bajo porcentaje de cumplimiento, que varía entre el 8 y el 49%, hacen parte los siguientes indicadores: (i) obtención del consentimiento informado para la realización del examen, (ii) asignación del seguimiento ambulatorio por pediatría, (iii) socialización sobre los derechos sexuales y reproductivos, (iv) diligenciamiento de la ficha de notificación, (v) explicación del proceso de atención y (vi) clasificación de triage. En el grupo de alto porcentaje de cumplimiento, que varió entre el 76,4 y el 87%, están los indicadores: (i) adecuada profilaxis contra hepatitis B, (ii) administración del esquema de tratamiento para ITS, (iii) adecuada indicación del profilaxis de VIH y (iv) utilización adecuada de los códigos diagnósticos CIE-10 (Tabla 4).

Cabe destacar que la mayoría de indicadores se encontraron en el grupo de alto cumplimiento, que varió desde 90,2% hasta el 100% de cumplimiento; los siguientes indicadores formaron parte de este grupo: (i) indicación correcta de pruebas diagnósticas de ITS, (ii) registro completo de examen genital, (iii) registro de toma de evidencias forenses cuando estaban indicadas, (iv) registro de examen físico completo, (v) derivación a servicios de trabajo social, (vi) llamado al ICBF y al sector justicia, (vii) anticoncepción de emergencia y (viii) toma de prueba de embarazo cuando estaba indicada.

Tabla 3. Edad del agresor, según lugar de los hechos, de víctimas de violencia sexual atendidas en el servicio de pediatría del Hospital San José (2013-2017).

Edad del agresor	Lugar de los hechos					Total
	Otros	Hogar	Instituciones educativas	Viviendas, fincas y similares	Vías públicas	
Desconocido (% del total)	13,0%	4,1%	4,9%	8,9%	10,6%	41,5%
Menor de 18 años (% del total)	0,0%	12,2%	2,4%	8,9%	0,0%	23,6%
Entre 18-25 años (% del total)	1,6%	2,4%	0,8%	3,3%	0,8%	8,9%
Entre 26-45 años (% del total)	0,8%	8,1%	0,0%	1,6%	0,0%	10,6%
Mayor de 45 años (% del total)	0,0%	9,8%	0,0%	5,7%	0,0%	15,4%
Total (% del total)	15,4%	36,6%	8,1%	28,5%	11,4%	100,0%

El tipo de investigación de este trabajo no nos permite describir con certeza los motivos que se encuentran detrás del bajo porcentaje de cumplimiento de estos indicadores. Sin embargo, es claro que estos seis, tienen que ver más con los aspectos psicosociales de la atención en salud que con los puramente biológicos; estos últimos, por el contrario, muestran porcentajes de cumplimiento entre el 74% y el 100% (Figura 5). Al agrupar cada uno de los indicadores, encontramos un cumplimiento medio del 74%, lo que consideramos un porcentaje bajo, especialmente porque al ser un protocolo de obligatorio cumplimiento, éste debería ser del 100%.

Discusión

Como habíamos mencionado inicialmente, el abuso sexual es una de las mayores vulneraciones de los derechos fundamentales de las personas, no solamente por las consecuencias físicas y biológicas que tiene sobre los cuerpos de las víctimas (14), sino también por los profundos cambios psicológicos que experimentan quienes han sufrido sus estragos (15,16). Este estudio permite describir de manera retrospectiva el cumpli-

miento del protocolo de atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual que fueron atendidas en el servicio de urgencias pediatría del hospital de San José durante los años 2013-2017. Durante el periodo de 2013 a 2017, en el servicio de urgencias del Hospital de San José de Bogotá se atendió al menos un caso por semana.

El abuso sexual implica el ejercicio de la violencia sobre la víctima y, lastimosamente, los niños, niñas y adolescentes son las víctimas favoritas de la violencia ejercida por los adultos. Generalmente aceptamos que mientras más atrás se vaya en la historia, mayor es el grado de violencia, abuso y maltrato al cual los niños están expuestos (17). Por este motivo no se puede entender que 2017 ha pasado a la historia como el año en que más víctimas de presuntos delitos sexuales han sido reportadas en el país, en relación con la última década.

En Colombia, la mayor fuente de información sobre abuso sexual es el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; su informe más reciente indica que, solamente en Bogotá, se realizan 9 valoraciones médico-legales al día por presunto abuso sexual en

Tabla 4. Cumplimiento de indicadores del protocolo de atención integral en salud a las víctimas de abuso sexual. Servicio de pediatría Hospital de San José (2013-2017) N=123.

Indicador	% Cumplimiento
Proporción de pacientes a quienes se les consignó en la historia clínica la explicación de derechos y del proceso de atención	40,7
Proporción de pacientes a quienes se les consignó en la historia la obtención del consentimiento informado	8,9
Proporción de pacientes a los que se les realizó adecuada clasificación de triage	49,6
Proporción de pacientes a quienes se les consignó un relato completo de los hechos y antecedentes relacionados en la historia clínica	95,9
Proporción de pacientes a quienes se les registró un examen físico completo	94,3
Proporción de pacientes a quienes se les registró un examen genital completo	93,5
Proporción de pacientes en quienes se documentó la toma de evidencias forenses cuando estaban indicadas.	93,5
Proporción de pacientes a quienes se realizaron pruebas diagnósticas de ITS cuando estaban indicadas	91,9
Proporción de pacientes a quienes se tomó correctamente prueba de embarazo	100,0
Proporción de pacientes a quienes se administró esquema de tratamiento para ITS	85,4
Proporción de pacientes en quienes se realizó correctamente profilaxis de hepatitis B	76,4
Proporción de pacientes en quienes se inició correctamente profilaxis de VIH	86,2
Proporción de pacientes a los cuales se aseguró anticoncepción de emergencia	98,4
Proporción de pacientes en quienes se realizó valoración por psiquiatría	90,2
Proporción de pacientes a quienes, al egreso, se efectuaron órdenes para control ambulatorio por pediatría	22,0
Proporción de pacientes que fueron derivados a trabajo social	95,9
Proporción de casos en los que se realizó llamado a ICBF y al sector justicia	95,9
Proporción de casos en donde se utilizaron los códigos diagnósticos CIE-10	87,0
Proporción de casos en donde quedó constancia del diligenciamiento de la ficha de notificación	35,0
Proporción de pacientes a quienes se realizó socialización sobre derechos sexuales y reproductivos	26,8

niños, niñas y adolescentes (7). Teniendo en cuenta la baja tasa de denuncia de esta clase de delitos, podemos estar hablando de cerca de 90 casos de abuso sexual infantil ocurridos en Bogotá durante cada día del año 2017.

Al igual que en el resto de Bogotá, en nuestra población la mayoría de las víctimas de violencia sexual fue-

ron las niñas. La razón mujer/hombre de Bogotá en el año 2017 fue de 52:1, mientras que en el Hospital de San José de Bogotá fue de 7:1. En todo el mundo es cierto que las mujeres son, en mayor proporción, víctimas de violencia sexual de cualquier tipo, con respecto a los hombres (18). Cabría preguntarse si la diferencia en la proporción de mujeres y hombres que son atendidos por ASI en el Hospital de San José, eventualmen-

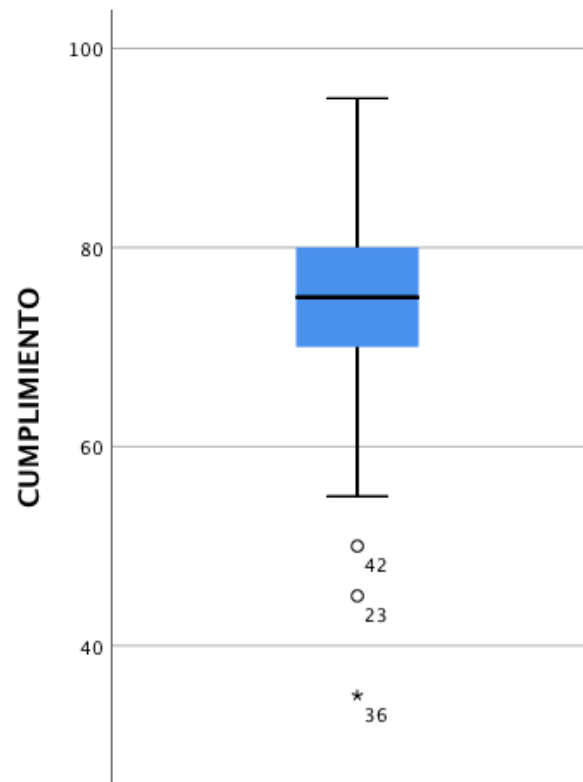


Figura 5. Proporción del cumplimiento de indicadores del protocolo de atención integral en salud a las víctimas de abuso sexual. Servicio de pediatría Hospital de San José (2013-2017) N=123.

te podría ser explicada por la dificultad existente en detectar tempranamente los casos de abuso sexual en contra de los hombres y los estigmas relacionados con la inequidad de género en el momento de acceder a los servicios de salud.

Aunque la evidencia de esta y otras investigaciones podría señalar que la violencia sexual es solamente un problema de género (19,20) es necesario tener en cuenta que los fenómenos complejos requieren explicaciones complejas. En ese sentido, se hace necesaria la utilización de los modelos que permitan traer a colación categorías analíticas tales como la historia, la raza o la edad, sin olvidar la enorme cantidad de evidencia que indica que las mujeres son las principales víctimas de violencia sexual.

Existen modelos conceptuales que reconocen múltiples puntos de convergencia a la hora del explicar la violencia sexual. Uno de estos enfoques, reconoce 5 teorías que deben tenerse en cuenta para el análisis de la violencia sexual. (i) El reconocimiento de la violencia sexual como un acto sexual con consecuencias sexuales para el sobreviviente (ii), que el abuso sexual tiene múltiples causales, no solamente persigue el poder/control, sino también abarca motivaciones como la gratificación sexual, venganza, recreación, diferentes clases de filias, expresión de la masculinidad, etc. (iii) La violación como acto político para el mantenimiento del patriarcado y, al mismo tiempo, como una acción con consecuencias específicas a nivel personal. (iv) La importancia del análisis intersectorial con las categorías de raza, identidad de género, clase, pobreza

en los ámbitos político, personal e histórico y (iv) las consecuencias personales del abuso sexual (21).

Por lo anterior, deben hacerse más estudios de corte cualitativo, con metodologías mixtas que permitan realizar análisis inter o transdisciplinarios. Al mismo tiempo que se crea un marco complejo como herramienta analítica para entender el abuso sexual desde la academia, se debe tener en cuenta que la violencia sexual existe en la vida real. En nuestros pacientes no existe primero la clase, el sexo o la motivación de poder en sus experiencias, sino que todo ocurre al mismo tiempo, por lo cual es necesario velar por la prestación de una atención integral a todas las presuntas víctimas que atendemos.

Cumplimiento del protocolo de atención a las víctimas de violencia sexual

En términos generales, se considera aceptable un cumplimiento entre el 75% y 95% en las diferentes guías de práctica clínica basadas en la evidencia. El protocolo de atención integral en salud para la atención de las víctimas de violencia sexual no es una guía de práctica clínica basada en la evidencia, sino la herramienta más importante disponible para garantizar la adecuada atención en salud de las víctimas de violencia sexual. Además, es un modelo que sirve como marco de referencia en el seguimiento de la atención a personas víctimas de violencia sexual (4), razón por la cual, su cumplimiento aceptable debería ser muy cercano al 100%.

En el servicio de pediatría del Hospital de San José de Bogotá, la media de cumplimiento de 74% se considera, en general, baja, teniendo en cuenta lo anterior. Sin embargo, haciendo énfasis en los indicadores con cumplimientos mayores al 90%, casi todos ellos se refieren propiamente a la atención médica. El tipo de investigación de este trabajo no nos permite describir con certeza los motivos que se encuentran detrás del bajo porcentaje de cumplimiento de estos indicadores. Sin embargo, es claro que estos seis indicadores

de bajo cumplimiento, tienen que ver más con los aspectos psicosociales de la atención en salud que con los puramente biológicos. Esto podría indicar que se requiere mayor socialización y reforzamiento en el servicio de urgencias de pediatría, a fin de fortalecer el bajo cumplimiento de algunos indicadores previamente descritos.

No obstante, algunos autores señalan que la dificultad para el cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica, puede ser producto de su mala calidad (22). Otro tipo de abordajes podrían evaluar si la falta de cumplimiento puede deberse más a la baja calidad del modelo de atención que ha implementado el Ministerio de Salud y la Protección Social (6).

Lo que es cierto es que, en la literatura médica especializada, existe consenso en que la evaluación de los niños víctimas de violencia sexual debe ser realizada por los profesionales más sensibles, quienes cuenten con el mayor conocimiento y la mejor habilidad (23) en este tipo de escenarios. Lo anterior, puesto que es evidente que un diagnóstico médico bien realizado, documentado y sustentado, influirá positivamente en la sustentación de las acusaciones, protección del futuro abuso y remisión para el seguimiento de las secuelas físicas y psicológicas de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. La evaluación del niño víctima de violencia sexual implica múltiples habilidades que se adquieren a través de la práctica médica; no solamente se requiere pericia para obtener una historia clínica adecuada (24), también son necesarias destrezas al momento de documentar los hallazgos encontrados de forma que la historia clínica sea clara, cuidadosa y sustentable (25) con el objeto de no socavar la credibilidad de la evaluación diagnóstica (26).

Lo anterior, se suma a que en nuestro medio existen múltiples carencias que complican la evaluación, diagnóstico y seguimiento de las víctimas de violencia sexual como pueden ser: (i) la ausencia de centros

integrales para la atención integral a las víctimas de violencia sexual; (ii) las limitaciones impuestas por el sistema de aseguramiento que promueven el fraccionamiento de la atención; (iii) la escasa disponibilidad de medios técnicos institucionales y formación adecuada en la documentación digital de los hallazgos del examen físico; y (iv) la atención por profesionales de salud no formados en abuso sexual (27).

Algunos autores han señalado que el desconocimiento de los médicos sobre el abuso sexual (28,29,30) es una limitante a la hora de realizar el abordaje integral a los pacientes que han sido víctimas de violencia sexual. Incluso van más allá, al señalar la incapacidad de muchos pediatras para identificar adecuadamente las estructuras anatómicas femeninas normales prepuberales (31,32,33). Ninguno de estos aspectos es tenido en cuenta por el protocolo de atención integral en salud a las víctimas de abuso sexual del Ministerio de Salud y de Protección Social.

No hay estudios que describan el cumplimiento de estos mismos protocolos o similares, en otras instituciones dedicadas a la atención en salud infantil en Colombia. Lo más parecido es una encuesta citada por Barrios que sugiere que los conocimientos sobre maltrato infantil – categoría que abarca abuso sexual infantil – en el hospital pediátrico más grande del país son, cuando menos, decepcionantes (27).

Conclusiones

El abuso sexual infantil es un problema complejo, por lo tanto, su abordaje requiere soluciones complejas. La creación de un grupo multidisciplinario especializado, dentro de los servicios de urgencias de pediatría, contribuiría favorablemente a la atención de las víctimas de abuso sexual infantil. Tengamos en cuenta que en nuestro servicio, 2 de cada 3 pacientes evaluados por presunto abuso sexual infantil, llegan después de 72 horas o han venido sufriendolo de forma crónica. En

consecuencia, su atención podría diferirse debido a que su último contacto fue hace más de 72 horas y hay baja probabilidad de (i) encontrar evidencias forenses, así como (ii) poco éxito en la implementación de esquemas terapéuticos profilácticos (24,34). Por otro lado, los niños que fueron víctimas de abuso sexual infantil ocurrido en las últimas 72 horas, pero que no refieren contacto con secreciones ni expresan incomodidad o molestia, también podrían ser evaluados de forma diferida por un grupo de expertos.

Crear un grupo multidisciplinario que se encargue de forma exclusiva de la atención de los casos de abuso sexual infantil y que trabaje en el mejoramiento de los protocolos internos, ofrecería a nuestra población de menores una atención en salud de mejor calidad, y posicionaría al servicio de pediatría del Hospital de San José de Bogotá como una referencia a nivel local en el abordaje del abuso sexual infantil.

Agradecimientos

Agradecemos al personal de la unidad de estadística y análisis en Salud, por su ayuda en la identificación de posibles pacientes para participar en el estudio. Así mismo, a Hilda Acuña, coordinadora de trabajo social del Hospital de San José de Bogotá, por su amable colaboración para la identificación de pacientes víctimas de violencia sexual. Por otro lado, queremos hacer un reconocimiento especial al Dr. Juan Sebastián Abaúnza, médico especialista en epidemiología, quien nos asesoró para la realización del análisis estadístico de los datos.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiación del proyecto

El proyecto no recibió financiación.

Referencias

1. Giardino A, Lyn M. El problema. In Finkel M, Giardino A, editors. Evaluación médica del abuso sexual infantil. Bogotá: Asociación Afecto contra el Maltrato Infantil. 2015; 27-46.
2. República de Colombia, Congreso de Colombia. Ley 1146 de 2007.
3. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall. Sexual violence in Latin America and the Caribbean: A desk review; 2010.
4. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 000459 de 2012.
5. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Bogotá; 2011.
6. Abril-Restrepo V, Alcántara-Díaz LE, Castañeda-Martínez ML, Martínez-Marín L. Abuso sexual infantil: protocolos de atención integral en Colombia. Trabajo de grado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Psicología; 2016.
7. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Datos para la vida Bogotá; 2017.
8. Ariza-Sosa G. De inapelable a intolerable: violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja en Medellín. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
9. Corporación Humanas - Centro regional de derechos humanos y justicia de género. Situación en Colombia de la violencia sexual en contra de las mujeres. Bogotá: Ediciones Antropos; 2008.
10. Castaño de Restrepo MP. El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica. Bogotá: Temis; 1997.
11. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5595 de 2015.
12. Center for Disease Control and Prevention. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendation for the U.S. Department of Health and Human Services. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2005; 54(RR02): 1-20.
13. Sanday PR. The socio-cultural context of rape: A cross-cultural study. Journal of Social Issues. 1981; 37(4): 5-27.
14. Bonvanie I, Gils A, Janssens K, Rosmalen J. Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: An adolescent population study. Child Abuse Negl. 2015; 46: 1-7.
15. Ruggiero K, McLeer S, Dixon F. Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. Child Abuse Negl. 2000; 24 (7): 951-964.
16. Lewis T, McElroy E, Harlaar N, Runyan D. Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. Child Abuse Neglect. 2010; 51: 31-40.
17. Ariès P. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime. Seuil: Editions du Paris; 1973.
18. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: Who, Who clinical and policy guidelines; 2013.
19. Rennison CM. Rape and Sexual Assault: Reporting to the Police and Medical Attention, 1992-2000. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics; 2002.
20. Murhen S, Wright C, Kaluzny G. If "Boys Will Be Boys," Then Girls Will Be Victims? A Meta-Analytic Review of the Research That Relates Masculine Ideology to Sexual Aggression. Sex roles. 2002; 46(11-12): 359-375.
21. McPhail B. Feminist Framework plus: Knitting Feminist Theories of Rape Etiology into a Comprehensive Model. Trauma, violence and abuse. 2016; 17(3): 314-329.
22. Gutiérrez-Alba G, González-Block MÁ, Reyes-Morales H. Desafíos en la implantación de guías de práctica clínica en instituciones públicas de México: estudio de casos múltiple. Salud pública Méx. 2015; 57(6).
23. Finkel M, Giardino A. Prefacio. In Finkel M, Giardino A, editors. Evaluación médica del abuso sexual infantil. Bogotá: Asociación Afecto contra el Maltrato Infantil. 2015; 25-26.
24. Finkel M. La evaluación. In Finkel M, Giardino A, editors. Evaluación médica del abuso sexual infantil. Bogotá: Asociación Afecto contra el Maltrato Infantil. 2015; 47-80.
25. Finkel M, Ricci L. Documentation and Preservation of Visual Evidence in Child Abuse. Child Maltreatment. 1997; 2(4): 322-330.
26. Finkel M. Documentación, reporte, formulación de informes y conclusiones. In Finkel M, Giardino A, editors. Evaluación médica del abuso sexual infantil. Bogotá: Asociación Afecto contra el Maltrato Infantil. 2015; 395-408.
27. Barrios-Acosta M. Abuso sexual en la niñez: análisis desde la práctica en Bogotá. In Finkel M, Giardino A, editors. Evaluación médica del abuso sexual infantil. Bogotá: Asociación Afecto contra el Maltrato Infantil. 2015; 409-429.
28. Lentsch K, Johnson C. Do Physicians have Adequate Knowledge of Child Sexual Abuse? The Results of Two Surveys of Practicing Physicians, 1986 and 1996. Child Maltreatment. 2000; 5(1): 72-78.
29. Kienberger P, Zimo D. Problems for Physicians Dealing with Sexual Abuse Evaluations. Clinical Pediatrics. 1992; 31(12): 731-741.

30. McGuire K. Common Beliefs about Child Sexual Abuse and Disclosure: A College Sample. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2017; 26(2): 175-194.
31. Ladson S, Johnson C, Doty R. Do Physicians Recognize Sexual Abuse? *Am J Dis Child*. 1987; 141(4): 411-415.
32. Makoroff K, Brauley J, Brandner A, Myers P, Shapiro R. Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: findings by pediatric emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse & Neglect*. 2002; 26(12): 1235-1242.
33. Adams J, Starling S, Frasier L, Palusci V, Shapiro R, Finkel M, et al. Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: Role of experience, training, and expert case review. *Child Abuse & Neglect*. 2012; 36(5): 383-392.
34. Rimsza M, Niggemann E. Medical Evaluation of Sexually Abused Children: A Review of 311 Cases. *Pediatrics*. 1982; 69(1): 8-14.
35. Socolar R, Reives P. Factors or Impede Physicians who Perform Evaluations for Child Maltreatment. *Child Maltreatment*. 2002; 7(4): 377 - 381.
36. Block R, Palusci V. Child Abuse Pediatrics: A new pediatric subspecialty. *The Journal of Pediatrics*. 2006; 148(6): 711-712.x

Recibido: 1 de septiembre de 2019

Aceptado: 13 de noviembre de 2019

Correspondencia:

Víctor Alfonso Caballero Blanco
vacaballerob@gmail.com