

**GESTIÓN SANITARIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA
VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO
DE NARIÑO, 2023**

**Investigadores:
YANETH BIVIANA LUNA ARROYO
MARÍA ALEJANDRA CÓRDOBA
LILIANA ORTIZ CORAL
YENNY STEFANY MAYA MARTÍNEZ
JOSÉ MIGUEL MENDOZA IBARRA**

**UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
SAN JUAN DE PASTO
2024**

**GESTIÓN SANITARIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA
VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO
DE NARIÑO, 2023**

**Investigadores:
YANETH BIVIANA LUNA ARROYO
MARÍA ALEJANDRA CÓRDOBA
LILIANA ORTIZ CORAL
YENNY STEFANY MAYA MARTÍNEZ
JOSÉ MIGUEL MENDOZA IBARRA**

**Informe de investigación para optar al título de: Magister en Administración
en Salud**

**UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
SAN JUAN DE PASTO
2024**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DE PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
1.3 JUSTIFICACIÓN	14
1.4 OBJETIVOS	16
1.4.1 Objetivo general.	16
1.4.2 Objetivos específicos	16
1.5 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	16
1.5.1 Antecedentes.	16
1.5.1.1 Nivel internacional.	16
1.5.1.2 Nivel nacional.	20
1.5.1.3 Nivel regional y local.	24
1.5.2 Marco Teórico – Bases Teóricas.	24
1.5.3 Marco Conceptual.	33
1.5.4 Marco Contextual.	35
1.5.5 Marco Legal.	37
1.6 METODOLOGÍA O DISEÑO METODOLÓGICO	38
1.6.1 Enfoque metodológico.	38
1.6.2 Tipo de estudio.	39
1.6.3 Diseño de estudio.	39
1.6.4 Población.	39
1.6.5 Muestra.	40
1.6.6 Criterios de inclusión y exclusión	40
1.6.6.1 Criterios de inclusión.	40
1.6.6.2 Criterios de exclusión	40
1.6.7 Sesgos.	40
1.6.7.1 Sesgos de Información.	40
1.6.7.2 Sesgos de Selección.	40
1.6.8 Técnicas e instrumentos de recolección de información.	41
1.6.8.1 Fuente de información.	41
1.6.8.2 Fuentes secundarias.	41
1.6.9 Técnicas.	41
1.6.10 Instrumentos de recolección de información.	41
1.6.11 Validación de los instrumentos de recolección de información.	41
1.6.12 Confiabilidad y validez.	42
1.6.12.1 Confiabilidad.	42

1.6.12.2 Validez.	43
1.6.13 Variables de estudio	44
16.14 Procedimiento para la recolección de información.	47
1.6.14.1 Plan de análisis de la información.	47
1.6.14.2 Plan de divulgación de los resultados.	49
1.6.13.3 Consideraciones éticas.	49
2. RESULTADOS	50
2.1 Caracterización de factores sociodemográficos de las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual	50
2.2 Componente de incidencia de la violencia sexual en niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño 2023	52
2.3 Abordaje clínico asistencial y administrativo de la ruta de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual en niñas y adolescentes	53
2.4 DISCUSIÓN	58
3. CONCLUSIONES	65
4. RECOMENDACIONES	66
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	67
ANEXOS	79

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1.	Caracterización de los factores sociodemograficos de las niñas y adolescentes victimas de violencia sexual en el Departamento de Nariño, año 2023.	50
Tabla 2.	Incidencia de la violencia sexual en niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño 2023.	52
Tabla 3.	Abordaje clínico asistencial de la ruta de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual en niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño 2023.	53
Tabla 4.	Oportunidad en la profilaxis de los eventos de violencia sexual frente al acceso carnal en niñas y mujeres adolescentes.	54
Tabla 5.	Distribución porcentual del cumplimiento del componente de direccionamiento administrativo de la ruta de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual en el Departamento de Nariño 2023.	55
Tabla 6.	Asociación entre los factores sociodemográficos de las niñas y adolescentes en el departamento de Nariño y el tipo de violencia sexual.	57

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelos Teóricos	32
Figura 2. Mapa Departamento de Nariño	36

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cronograma	80
Anexo B. Presupuesto	81
AnexoC. Ficha de notificación	82
AnexoD. Prueba piloto	84

INTRODUCCIÓN

La administración en salud es esencial para asegurar el funcionamiento óptimo de los servicios sanitarios, ya que implica una supervisión constante, un control riguroso y una gestión eficiente de los recursos humanos, tecnológicos y materiales, todos ellos esenciales para garantizar una atención en salud de calidad. La efectividad de esta administración, además, depende en gran medida de la coordinación con diversas entidades que apoyan la prestación de los servicios de salud, lo que facilita una respuesta más eficiente ante los desafíos del sistema sanitario y contribuye a lograr resultados más satisfactorios.

La gestión sanitaria en el contexto de la violencia sexual enfrenta diversas limitaciones que dificultan ofrecer una atención de calidad a las víctimas, entre estos desafíos se encuentran la falta de preparación de la comunidad para denunciar los casos y acceder a los servicios de salud, así como la insuficiencia en la formación y el escaso fortalecimiento de las competencias técnicas de los profesionales de salud, son algunos de los factores que afectan directamente la capacidad de brindar una atención integral en estos casos (4).

Por otro lado, las instituciones de salud también enfrentan limitaciones administrativas, ya que las restricciones económicas y los problemas de gobernanza reducen su capacidad para brindar respuestas efectivas, lo que impacta directamente en la atención a las víctimas. Según el Plan Decenal de Salud Pública la gobernanza en salud exige la coordinación de múltiples actores y la implementación de políticas públicas orientadas al bienestar colectivo, sin embargo, la falta de integración entre los diferentes sectores crea barreras que dificultan la obtención de resultados en salud pública y comprometen la calidad de los servicios ofrecidos (1).

La violencia sexual, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), abarca una amplia gama de actos, que van desde el acoso verbal hasta la penetración forzada, y puede ejercerse mediante diferentes tipos de coacción, que incluyen la presión social, la intimidación o el uso de la fuerza física, lo que convierte a este fenómeno en un grave problema que afecta el bienestar físico y mental de las víctimas. En este sentido, la OMS destaca que, para obtener estimaciones precisas sobre su prevalencia, es primordial recurrir a encuestas

dirigidas a las personas que han sobrevivido a estos abusos, ya que estas herramientas permiten comprender con mayor claridad la magnitud del problema y la integración de estos datos a los procesos de administración sanitaria facilitan el desarrollo de estrategias más efectivas de prevención y atención. (2)

El Ministerio Público por medio de un informe de la procuraduría General de la Nación, precisó que, entre enero y agosto de 2023, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses reportó 12.899 exámenes médicos legales por presunto delito sexual en la primera infancia, infancia y adolescencia (13) este comportamiento sigue siendo alarmante, teniendo en cuenta que para el año 2021 el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar reportó 14.226 casos de niñas y adolescentes vinculados a procesos administrativos de restablecimiento de derechos por violencia sexual. En este sentido, el Departamento de Nariño no es ajeno a esta realidad, ya que para el año 2023 presentó una tasa de violencia sexual de 96.4 casos por cada 100.000 habitantes, cifra que se mantiene por encima de la tasa nacional, con 80.5 durante el mismo período; este contraste deja en evidencia la álgida situación en el territorio (15)

Teniendo en cuenta el fenómeno y su comportamiento, resulta necesario determinar los procesos de gestión clínica como administrativa que realizan las instituciones de salud por medio de sus actores; por otro lado, es fundamental conocer el nivel de cumplimiento del protocolo de violencia sexual existente y la activación de las rutas de atención integral con otros sectores, a fin de dar respuesta diligente y garantizar una prestación del servicio de salud con calidad y oportunidad.

En el contexto de las instituciones de salud en Colombia, la gestión sanitaria debe garantizar la calidad de atención a las víctimas de violencia sexual haciendo hincapié en el cumplimiento de la resolución 459 de 2012, la cual establece los lineamientos para ofrecer una atención integral que incluye primeros auxilios psicológicos y atención médica, enfocándose en prevenir problemas de salud relacionados con la agresión y restablecer los derechos de las víctimas a través de rutas hacia otras entidades; teniendo en cuenta que las instituciones de salud son garantes de los derechos de la víctimas, es esencial la participación activa del talento humano en el proceso de atención, así como en los comités institucionales sobre violencia basada en género y la adaptación de los protocolos de atención a los contextos institucionales y territoriales (4).

El alcance del estudio podría favorecer e influir de manera estratégica en la toma de decisiones; tener una radiografía de algunas instituciones de salud en cuanto al

manejo del evento y conocer las limitaciones en los diferentes procesos clínicos como administrativos, permitiría estructurar planes de mejoramiento que al momento de ser ejecutados logren mejorar la calidad de la atención a víctimas de violencia sexual.

En este contexto, es preciso realizar investigaciones sobre la violencia sexual en niñas y adolescentes para identificar las deficiencias en la atención en salud que reciben. Este estudio no solo aporta un abordaje integral de este fenómeno en alineación con las necesidades específicas de las víctimas, sino que también permite identificar oportunidades de mejora en las instituciones de salud que atienden estos casos, optimizando así su capacidad de respuesta; del mismo modo que contribuye al fortalecimiento de los entes territoriales en su tarea de garantizar el derecho a una atención en salud integral y de calidad para la población.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), define la violencia sexual contra la mujer como cualquier acción sexual o intento de consumarla que se lleva a cabo sin el consentimiento de la víctima, independientemente de la relación con el agresor o el contexto en el que ocurra (4). De forma similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) caracteriza la violencia sexual en menores, como la estimulación sexual no consensuada perpetrada por un agresor, que puede ser un adulto conocido o desconocido, un familiar u otro menor, lo que abarca tocamientos, penetración, exhibicionismo, exposición a pornografía, entre otros (5).

La violencia sexual como problemática en salud pública, encamina a que las diferentes instituciones sanitarias como aquellas que abogan por la justicia y bienestar de las víctimas, generen un trabajo intersectorial adecuado a fin de responder de manera garante, diligente y oportuna a este fenómeno. Es muy importante que el sector salud conozca cuales son las competencias institucionales de otras entidades que participan en el proceso de atención integral a las víctimas de violencia sexual; esto apoyará además, el proceso de fortalecimiento de las redes interinstitucionales y las rutas de atención intersectoriales que la víctima tendrá que conocer en el proceso de atención integral (88).

La violencia sexual es una realidad extendida en muchas sociedades, sus efectos van más allá de lo físico y lo mental, puede afectar gravemente la autonomía, productividad e incluso puede poner en riesgo su integralidad (6). A nivel global, la violencia de pareja se destaca como una de las formas más comunes de esta problemática, afectando a una de cada tres mujeres en algún momento de sus vidas (7), situación que se agrava aún más cuando la violencia se dirige hacia menores, convirtiéndose en un grave problema de salud pública con repercusiones a corto y largo plazo.

Recientes estimaciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) indican que más de 370 millones de niñas y mujeres, es decir, una de cada ocho, han sufrido violación o abuso sexual antes de cumplir los 18 años; de

manera aún más alarmante, al considerar formas de violencia sexual no física, como el abuso verbal o en línea, esta cifra alcanza los 650 millones, lo que representa una de cada cinco niñas y mujeres. Los datos revelan, además, que la adolescencia, particularmente entre los 14 y 17 años, es la etapa de mayor vulnerabilidad, registrándose un incremento notable en los casos de violencia sexual. Estas estadísticas, publicadas en el contexto del día internacional de la niña 2024, ofrecen una perspectiva global de la magnitud de la violencia sexual (8).

La violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes (NNA) en América Latina es un problema grave, como lo demuestran las estadísticas provenientes de Argentina y Perú (9). En Argentina, entre 2017 y 2022 se registraron 14.424 NNA víctimas de violencia sexual, lo que representa el 58% del total de los casos, de estas víctimas, seis de cada diez eran niñas, y en el 85% de los casos los agresores eran personas cercanas a ellas. Según la cámara de representantes en el año 2023, señaló que el abordaje de este país frente a esta problemática es uno de los más deficientes en comparación con otros países de la región, evidenciando importantes brechas legislativas (10).

Por su parte, los centros de emergencia mujer en Perú atendieron un total de 23,578 niñas y adolescentes de 0 a 14 años, víctimas de violencia sexual entre los años 2020 y 2022. El año 2022 fue el periodo con mayor número de atenciones, alcanzando un total de 10, 409 casos de los cuales el 72,6% eran menores de edad (89). Según el informe, Perú ocupa el tercer lugar en América Latina y el Caribe en cuanto a deficiencias en el abordaje de este fenómeno, sin embargo, ha progresado en la alineación de su legislación con los estándares internacionales, mediante la creación de directrices y programas de capacitación para la evaluación clínica de NNA víctimas de abuso sexual (11).

En este contexto, en 2019 Perú aprobó, el Protocolo Base de Actuación Conjunta en el Ámbito de la Atención Integral y Protección frente a la Violencia contra las Mujeres, el cual establece un conjunto de procedimientos y medidas que buscan que las entidades del Estado actúen de manera articulada e intersectorial, asegurando así atención integral y promoviendo el acceso efectivo a servicios de salud, justicia y protección; no obstante, la implementación y cumplimiento de estas guías enfrentan barreras culturales, sociales, biológicas y religiosas. (12)

En Colombia, también hay una normatividad que busca garantizar la atención integral y de calidad a las víctimas de violencia sexual, como lo establece la Resolución 459 de 2012, que prioriza los primeros auxilios psicológicos, atención médica y el restablecimiento de derechos a través de rutas interinstitucionales, con la participación activa del personal de salud y la adaptación de protocolos a los contextos institucionales y territoriales. Sin embargo, las cifras para este evento no son alentadoras y la tendencia indica un creciente aumento. Según el Instituto Nacional de Salud, en el país, la tasa de violencia sexual se encuentra en 80.5 por

cada 100.000 habitantes (14), por otro lado, Instituto Departamental de Salud de Nariño, refiere una tasa aun por encima del 96.4, cabe recalcar que esta información aun no podría ser fidedigna, debido a que siempre existirá un sub registro que se atribuye al temor y desconocimiento de la población para denunciar o acercarse a una institución de salud para la respectiva atención y por ende la notificación de los casos al sistema de vigilancia epidemiológica.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) registró 11,135 casos de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes en los primeros ocho meses de 2023, destacando un predominio de casos femeninos; ante esta situación, la Procuraduría General de la Nación resaltó la necesidad de concienciar a las autoridades, la sociedad y las familias sobre esta problemática, así como la importancia de la coordinación entre las entidades competentes para activar y dar seguimiento a la ruta de atención integral en estos casos (13)

Para el Departamento de Nariño las cifras publicadas por las diferentes organizaciones y entidades no son totalmente precisas, sin embargo, el Observatorio de Género de Nariño, de manera periódica publica un boletín detallando estadísticas sobre violencias basadas en género, entre ellas la violencia sexual que se suscitan en el territorio; la última publicación que se realiza en año 2021 señala que se reportaron 2.848 casos de violencias en contexto familiar, de pareja y violencia sexual. Así, la tasa de la violencia intrafamiliar es de 66,6; la tasa de violencia en el contexto de pareja es de 88,2; y, la violencia sexual es de 173,1 por cada 100.00 habitantes (15).

Con la Ley 1146 de 2007 se avanzó en el fortalecimiento del abordaje intersectorial de la violencia sexual a través del Comité interinstitucional consultivo para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los Niños, Niñas y Adolescentes víctimas del abuso sexual, en el nivel nacional, y la creación de estos comités en el nivel regional y municipal (88). El Departamento de Nariño es un territorio multicultural y etnográficamente diverso, en el cual continuamente se materializa el evento de violencia sexual desde contextos y lugares específicos y, son los actores del sector salud las personas que garantizan los primeros auxilios clínicos y psicológicos a las víctimas, sin embargo, se conjeturan muchas limitaciones con respecto al abordaje, algunas, como la falta de capacidades técnicas del personal de salud para su abordaje, el desconocimiento de las rutas de canalización a otras entidades y otros aspectos que se enmarcan en procesos administrativos, pero que de igual forma resultan fundamentales para garantizar la atención integral.

Las cifras presentadas resaltan la necesidad de una respuesta coordinada entre todos los sectores involucrados en el abordaje de la violencia sexual, además, la falta de estudios que evalúen las medidas implementadas, como los protocolos y procedimientos de atención vigentes, limitan la comprensión de este fenómeno en el contexto del departamento de Nariño, esencial para implementar estrategias de

mejora en los servicios de salud que garanticen una atención integral a las víctimas y promuevan su bienestar.

Conocer los procesos de gestión desde el componente clínico y administrativo para este evento de interés en salud pública, resulta importante; pues tener un panorama de la situación que atraviesan las instituciones sanitarias para abordar este fenómeno, puede resultar de gran trascendencia, debido a que desde el ente territorial como garante de la salud en el territorio se podrían adoptar estrategias encaminadas a la mejora continua, interviniendo de fondo la problemática y por ende garantizando que en el marco de la articulación intersectorial se coordinen en procesos que favorezcan la atención de salud y se garantice calidad en la misma.

Aunque el alcance del estudio segrega la evaluación de determinadas instituciones de salud, sus resultados podrían ser de gran significancia; sus corolarios podrían proporcionar una radiografía de cómo se encuentran los procesos clínicos y administrativos dentro de las Empresas Sociales del Estado (ESE) en cuanto a este fenómeno de salud, además de manera adecuada se podrían extrapolar resultados para la toma acertada de decisiones estratégicas en el territorio.

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2 FORMULACIÓN DE PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la gestión sanitaria y factores sociodemográficos de la violencia sexual en niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño, 2023?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La violencia sexual representa una transgresión a los derechos humanos alterando la salud física, mental y social de las víctimas, así como su integridad y libertad; este fenómeno que afecta principalmente a mujeres niñas, y adolescentes ocurre tanto en entornos privados como públicos y es tipificado como delito por el Estado colombiano, por ello, las personas que sufren estas violencias tienen el derecho a recibir atención integral en salud y acceder a mecanismos de protección y justicia. Frente a esta situación, el sector salud ha implementado estrategias para fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), centradas en la prevención y atención de las víctimas mediante rutas intersectoriales que buscan asegurar una atención adecuada, mientras se promueve la participación de las comunidades en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos para erradicar cualquier forma de violencia en la

sociedad y construir un entorno más seguro. (16)

En este orden de ideas para enfrentar la violencia sexual hacia las niñas y mujeres adolescentes en el Departamento de Nariño, se hace indispensable que la gestión administrativa y clínica implemente un enfoque integral que prepare a la sociedad para denunciar y acceder a los servicios de salud, y que garantice que las instituciones de salud ofrezcan una atención completa desde el primer contacto, activando las rutas de justicia y protección y restableciendo los derechos de las víctimas. Sin embargo, las instituciones de salud aún enfrentan limitaciones que dificultan la eficacia de los servicios.

En este sentido, desde un punto de vista académico, la investigación tiene como objetivo generar un impacto significativo en las instituciones y en la región, promoviendo cambios a través de sus hallazgos, bajo el modelo de Donabedian, que evalúa la calidad de la atención en salud a través de la estructura, el proceso y los resultados, se permite el análisis de los aspectos estructurales y procesales de la atención y como estos pueden influir en los resultados de salud de las víctimas de violencia sexual.

Es fundamental comprender la gravedad de la violencia sexual hacia niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño, donde la incidencia en aumento resalta la necesidad de fortalecer los procesos de atención, priorizando la implementación de protocolos adaptados a cada municipio e institución y conformando comités intrainstitucionales de modo que se asegure una intervención adecuada y garantice la capacitación continua de los profesionales, mejorando no solo la respuesta inmediata, sino que también contribuye a largo plazo a una cultura de cero tolerancia hacia la violencia sexual.

La relevancia de esta investigación radica en su potencial para influir en la salud pública y en la política sanitaria. Al establecer asociaciones entre las características sociodemográficas y la violencia sexual, el estudio proporciona datos importantes que permiten una mejor comprensión de este problema en el contexto sociocultural y de salud, facilitando la formulación de políticas públicas informadas, siendo decisiva desde esta perspectiva la colaboración del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), encargado de liderar, supervisar y direccionar la salud en el departamento, para proporcionar los datos y recursos necesarios, mejorando así la efectividad de las intervenciones y la supervisión de estos procesos.

En este contexto, el trabajo se centra en la gestión y administración de un fenómeno poco estudiado, pero de gran relevancia social, como lo es la violencia sexual contra las niñas y mujeres adolescentes, el abordaje de esta problemática, contribuye al avance de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluyendo el ODS 5 que promueve la igualdad de género, el ODS 3 que garantiza una vida sana y promueve el bienestar para todos en todas las edades, y el ODS 16 que

busca la paz, justicia e instituciones sólidas, es indiscutible que erradicar la violencia sexual es fundamental para el cumplimiento de estos objetivos, ya que esta forma de violencia no solo infringe los derechos humanos fundamentales, sino que también perpetúa la desigualdad y afecta negativamente la vida de las víctimas (17), por consiguiente, lograr estos objetivos favorece la creación de una sociedad más equitativa y justa, donde todas las personas puedan vivir sin miedo a la violencia.

Es necesario que la comunidad comprenda la magnitud de la violencia sexual contra las niñas y mujeres adolescentes en Nariño, de ahí que, los resultados de este estudio resultan útiles para reconocer este fenómeno como un problema de salud pública importante, lo que a su vez permitirá que las intervenciones sanitarias, así como las funciones de sectores como justicia, protección, educación y en el contexto social, se adapten y mejoren continuamente; de este modo, se pueden implementar estrategias fundamentadas y oportunas que optimicen la calidad de los servicios de salud y, a través de una articulación intersectorial, logren restablecer los derechos de las víctimas de violencia sexual.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general. Determinar la gestión sanitaria asistencial - administrativa y los factores sociodemográficos de la violencia sexual en niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño, 2023

1.4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los factores sociodemográficos de las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual en el Departamento de Nariño en el año 2023.
- Establecer la incidencia de los casos de violencia sexual en niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño en el año 2023.
- Identificar la gestión sanitaria a través de la implementación clínica asistencial y administrativa de la ruta de atención integral para víctimas de violencia sexual en el Departamento de Nariño en el año 2023.
- Explorar posibles relaciones entre los factores sociodemográficos de las niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño y el tipo de violencia sexual.

1.5 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.5.1 Antecedentes.

1.5.1.1 Nivel internacional. En 2024, en Argentina, se revisó el artículo “Enfoques sobre la violencia sexual contra la niñez y adolescencia, que proporciona una revisión narrativa para integrar conocimientos y mejorar estrategias de prevención y asistencia” (18). La investigación resalta la diversidad de enfoques, desde la frecuencia de la violencia hasta la recuperación del trauma, y subraya la importancia del eje institucional en todos ellos. Este eje revela la brecha entre la solicitud de ayuda y el acceso a servicios, además de la revictimización y la fragmentación del sistema de protección. A pesar de que la violencia sexual es un problema significativo, persiste una resistencia social para reconocer su magnitud. Se aboga por una integración interdisciplinaria e interinstitucional para superar barreras y fomentar un diálogo constructivo, enfatizando la necesidad de una respuesta social coordinada y comprensiva.

Se realizó un estudio en España en el año 2024 titulado “Impacto de la violencia de género en las niñas y las adolescentes” (19). El género es un factor crucial en la salud, dado que está estrechamente vinculado a la desigualdad y la violencia, convirtiendo a las mujeres en un grupo de riesgo para su bienestar. Esta problemática afecta también a niñas y adolescentes, condicionando su vida desde antes del nacimiento y a lo largo de su desarrollo. La relación entre género y salud varía según los contextos sociales, donde múltiples factores se intersecan con el género, aumentando la vulnerabilidad. Aunque la violencia de género a menudo se asocia con mujeres adultas, la discriminación por género comienza desde la infancia y tiene serias repercusiones a nivel individual y social. El sistema sanitario, según el artículo, juega un papel clave en la identificación y abordaje de los impactos de estas violencias en menores.

En Perú para el año 2024, se realizó una investigación titulada “Violencia sexual en adolescentes, desde la perspectiva del agresor y de la víctima: Una revisión sistemática” (20). Este estudio revisó 14 artículos de bases de datos como Scielo, Redalyc y Google Scholar, utilizando una metodología cualitativa. Se identificaron factores de riesgo individuales en agresores, como inestabilidad emocional y falta de empatía, y factores familiares como trastornos del desarrollo. Las víctimas a menudo provienen de familias disfuncionales. La investigación también encontró que factores culturales, la falta de educación sexual adecuada y problemas psicológicos influyen en la violencia sexual adolescente.

En 2023, en España se llevó a cabo el estudio titulado "Embarazo adolescente y abuso sexual infantil: una realidad invisible" (21), el cual analizó los efectos del embarazo en adolescentes que habían sido víctimas de abuso sexual infantil, así como en aquellas que quedaron embarazadas debido a dicho abuso. El estudio

reveló que el abuso, combinado con diversos factores sociodemográficos, influía considerablemente en la experiencia del embarazo, aumentando el riesgo de psicopatologías y afectando el vínculo materno-filial, el parto y la lactancia. El sistema sanitario, mediante las consultas prenatales, jugaba un papel esencial al proporcionar apoyo y educación. En consecuencia, se concluyó que el embarazo temprano retrasaba el desarrollo biopsicosocial y limitaba las perspectivas futuras, subrayando la necesidad de implementar estrategias interdisciplinarias ante la falta de conocimiento y recursos adecuados.

El estudio titulado “Gestión de atención integral a víctimas de violencia sexual en un Centro de Emergencia Mujer, Lima 2023” (22) se realizó en Perú con un enfoque cualitativo y diseño fenomenológico hermenéutico. La investigación analizó la atención integral proporcionada en un Centro de Emergencia Mujer (CEM) a través de entrevistas a 10 participantes con experiencia en la atención a víctimas. Los resultados destacaron que la atención psicológica es eficiente y adecuada para abordar las necesidades emocionales de las víctimas. En el ámbito social, el CEM lleva a cabo intervenciones efectivas, tales como el análisis de redes de apoyo, la evaluación de riesgos y el apoyo socioemocional, colaborando con redes de salud, vivienda y educación. En el área legal, aunque el CEM ofrece asesoramiento y asistencia continua, enfrenta algunas limitaciones.

En 2023, en México, se realizó el estudio “Abordaje de la violencia sexual infantil: un llamado a la acción para los profesionales de América Latina” (23). Este estudio busca definir los aspectos clave de la capacitación en violencia sexual infantil (VSI) para profesionales de la salud y desarrollar protocolos de atención basados en evidencia. La capacitación es esencial para mejorar la protección de niños, niñas y adolescentes en América Latina. Los protocolos deben detallar funciones, identificar indicadores de VSI y ofrecer estrategias para atender las necesidades de salud y seguridad con un enfoque en el trauma. Además, se enfatiza la necesidad de crear y evaluar nuevas estrategias para fortalecer la capacitación del sector salud y fomentar la investigación sobre VSI, especialmente en grupos prioritarios como migrantes, personas con discapacidad y comunidades indígenas y LGBTIQ.

El estudio "Manifestaciones de violencia contra la mujer en zonas urbanas y rurales del Perú" (24), realizado con datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 2019, reveló en 2022 una prevalencia del 57.7% de violencia contra la mujer en una muestra de 21,518 mujeres. La violencia psicológica fue la más prevalente, alcanzando el 52.8%, seguida por la violencia física (29.5%) y la sexual (7.1%). Aunque la violencia psicológica fue más común en las áreas urbanas (53.7%), no se encontraron diferencias significativas en la violencia física y sexual entre las zonas urbanas y rurales. El estudio concluyó que la violencia contra la mujer es especialmente frecuente en las zonas urbanas, lo que resalta la necesidad de intervenciones específicas en estas áreas.

En Bolivia, se realizó en 2021 el estudio titulado “Caracterización epidemiológica de la violencia sexual durante la Pandemia de COVID-19 en la División de Medicina Forense de la Ciudad de El Alto en la gestión 2020” (25), cuyo objetivo fue analizar las características de la violencia sexual ocurrida durante la pandemia a partir de los informes del servicio de Medicina Forense. Este estudio observacional y descriptivo recopiló datos de 126 casos, revelando que el grupo de edad más afectado es el de 11 a 15 años (36,8%). La mayoría de las víctimas son mujeres (96,8%) y el tipo de violencia más común es el coito vaginal forzado (79,4%), con mayor frecuencia en el hogar (38,1%). Los agresores, en su mayoría hombres de entre 12 y 53 años, suelen tener contacto previo con las víctimas. El estudio concluye que la violencia sexual en el hogar, especialmente contra adolescentes, es prevalente, y sugiere una relación previa entre víctimas y agresores.

El estudio "Abordaje de la violencia sexual en los servicios de urgencias: una perspectiva enfermera" (26), realizado en España en 2021, analizó las actividades de enfermería relacionadas con la violencia sexual y propuso mejoras en la atención a las víctimas. A través de una revisión bibliográfica semicualitativa, se destacó la existencia de la Guía Clínica de Asistencia contra la Violencia de Género a nivel nacional y la estandarización de las intervenciones en Castilla y León. Sin embargo, se identificó una falta de formación en género entre los equipos asistenciales, recomendando así incrementar la visibilidad de la violencia sexual y proporcionar capacitación específica para optimizar el abordaje de este problema.

En Ecuador, el estudio "Determinantes sociales de la salud en mujeres que experimentaron violencia en el austro ecuatoriano" (27), realizado también en 2021, incluyó a 610 mujeres y evidenció que muchas de ellas residían en entornos desfavorables. La investigación subrayó la importancia de considerar los determinantes sociales al abordar la violencia de género, mostrando que este tipo de violencia está profundamente arraigado y se percibe como algo común, lo que resalta la necesidad de visibilizar adecuadamente el problema para desarrollar respuestas más efectivas.

Un estudio realizado en 2021 en México, titulado "La violencia de género en las instituciones de educación superior: elementos para el estado de conocimiento" (28), destacó la necesidad de reforzar los marcos legales e institucionales en universidades para sancionar eficazmente los actos de violencia de género. Además, se enfatizó la importancia de identificar la violencia sutil y las relaciones asimétricas dentro de las estructuras institucionales. El estudio concluyó que la violencia de género estaba profundamente arraigada en la cultura universitaria, reflejando las dinámicas sociales más amplias, con potenciales víctimas y perpetradores en toda la comunidad educativa.

En 2020, el estudio "Violencia de pareja contra mujeres en edad reproductiva

durante la pandemia de Covid-19: un estudio transversal comunitario" (29) en el norte de Etiopía examinó la prevalencia de violencia de pareja durante la pandemia. La investigación, que incluyó a 682 participantes, encontró una prevalencia del 24.6% de violencia de pareja, siendo la violencia psicológica la más común (13.3%), seguida de la física (8.3%) y la sexual (5.3%). Las amas de casa menores de 30 años y las mujeres con matrimonios arreglados resultaron ser las más expuestas a este tipo de violencia.

En México, el estudio "La violencia de género en las instituciones de educación superior: elementos para el estado de conocimiento" (28), realizado en 2021, resaltó la necesidad de alinear los marcos legales e institucionales universitarios con las normativas para sancionar los actos de violencia y establecer legislación interna. Se subrayó que los cambios deben ir acompañados de mecanismos que identifiquen relaciones asimétricas y violencia sutil dentro de las instituciones. El estudio concluyó que la violencia de género estaba arraigada en la cultura institucional universitaria, reflejando las dinámicas sociales más amplias y evidenciando que todos los miembros de la comunidad educativa podían ser víctimas o perpetradores potenciales.

El estudio "Femicidio y violencia de género, percepciones de mujeres chilenas estudiantes de educación superior" (30) realizado en Chile, exploró cómo las jóvenes percibían el femicidio y la violencia de género. A través de un enfoque cualitativo y fenomenológico, se constató que las participantes, en su mayoría de entre 18 y 23 años, consideraban el femicidio como un fenómeno presente en su entorno, relacionado con la superioridad masculina y el machismo. Además, identificaron diversas manifestaciones del femicidio, tales como la violencia material, simbólica y física, y expresaron sentimientos de rabia, miedo e inseguridad frente a este problema.

En Cajabamba, Perú, un estudio realizado entre 2018 y 2020 descubrió que el abuso sexual infantil afectaba principalmente a menores de 12 años. La mayoría de las agresiones ocurrían en días laborables y espacios públicos, y en un 31% de los casos, los agresores eran conocidos de la familia. En casi el 40% de los casos se utilizaba dinero como incentivo. Estos hallazgos exigieron un enfoque multisectorial urgente, que incluyera educación, sensibilización, fortalecimiento familiar y sistemas de atención a las víctimas, para romper el silencio y proteger a los más vulnerables.

En 2019, en Brasil, el estudio "Violencia contra las mujeres en la Atención Primaria de Salud: Potencialidades y limitaciones para su identificación" (31) analizó la capacidad de los profesionales de salud para detectar la violencia contra las mujeres. Realizado en tres unidades de la Estrategia Salud de la Familia y una Unidad Básica de Salud con veintiún profesionales, los resultados indicaron que la acogida era crucial para identificar la violencia. Sin embargo, algunos indicios eran pasados por alto. Se recomendó mejorar la escucha activa, el interés genuino y la

observación detallada de lesiones, aspectos que podrían fortalecerse mediante una capacitación adecuada para una atención efectiva en casos de violencia.

1.5.1.2 Nivel nacional. En 2024, en Putumayo, Colombia, se realizó el estudio “Sistematización de la experiencia del proceso de intervención desde el Trabajo Social en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Centro Zonal de Mocoa Putumayo con niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual” (32). El estudio evaluó el papel del Trabajo Social en la atención a niñas, niños y adolescentes (NNA) víctimas de abuso sexual, usando metodología cualitativa y entrevistas a 7 usuarios y 2 profesionales. Se identificaron deficiencias en dinámicas familiares y efectos negativos en los NNA. El Trabajo Social se enfocó en brindar apoyo emocional, coordinar con otros profesionales y fortalecer habilidades parentales. También incluyó actividades de sensibilización comunitaria y seguimiento en salud mental, demostrando ser crucial en la recuperación de los NNA.

El estudio titulado “Voces de la intervención psicosocial en la atención del maltrato y abuso sexual de niños, niñas y adolescentes en Medellín” (33), realizado en 2023, analizó la atención psicosocial desde la perspectiva de los profesionales del área social. A través de entrevistas cualitativas con expertos, la investigación reveló que estos profesionales enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios, alta carga de trabajo, falta de apoyo y una alta rotación de personal. Estos factores afectan negativamente la salud mental de los trabajadores, provocando alteraciones emocionales y síndrome de burnout, lo que, a su vez, repercute en la calidad de las intervenciones. El estudio concluye que es fundamental mejorar las condiciones laborales y ofrecer apoyo adicional para fortalecer la capacidad del personal en la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual.

En la misma ciudad, Medellín, se realizó en 2023 el estudio “El modelo médico hegemónico y su impacto en la atención a víctimas de violencia sexual: la noción de revictimización en las narrativas de médicos y médicas” (34), que exploró cómo los profesionales de la salud entienden y abordan la revictimización de las víctimas de violencia sexual en urgencias hospitalarias. Utilizando un enfoque etnográfico y estudios de caso colectivo en dos hospitales universitarios, se llevaron a cabo entrevistas y encuentros pedagógicos. Los resultados mostraron que la revictimización se percibe como una acción activa, particularmente en víctimas adolescentes, afrocolombianas, de bajos recursos, trabajadoras sexuales o cuando el agresor era una pareja. El estudio concluyó que la revictimización es un problema frecuente, y destacó la importancia de reconocer sus manifestaciones para mejorar la práctica médica y abordar los efectos del modelo médico hegemónico y del sistema patriarcal.

Por otro lado, el estudio “Barreras de acceso frente a la ruta de atención integral a niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual entre los 13 y 16 años en la Comuna 3 de Medellín” (35) reveló preocupantes realidades, como la falta de atención oportuna y la revictimización en los centros de salud, además de la escasa capacitación en los protocolos adecuados. Estos obstáculos son particularmente graves, ya que las víctimas, muchas veces dependientes económicamente o emocionalmente vinculadas al agresor, enfrentan serias dificultades para denunciar. El estudio resalta la necesidad urgente de fortalecer la calidad de la atención en salud y mejorar la capacitación de los profesionales para superar las barreras que silencian a las víctimas, garantizando su recuperación y bienestar.

En 2023, se llevó a cabo un estudio en Nariño titulado “Garantía de los derechos de las mujeres víctimas de violencia sexual en el contexto del conflicto armado en el Departamento de Nariño, entre los años 2015 y 2022” (36). Este análisis examina las violaciones de derechos de mujeres afectadas por violencia sexual durante el conflicto armado en la región. De acuerdo con la Ley 1448 de 2011, el estado debe proteger los derechos humanos y garantizar justicia y reparación para las víctimas. Desde 2012, se han implementado programas para prevenir y proteger a las mujeres, y la Ley 1719 de 2014 asegura atención médica prioritaria. Sin embargo, la violencia de género persiste y se ve agravada por desigualdades estructurales. El estudio, estructurado en tres capítulos, evalúa la efectividad de las políticas públicas y mecanismos de justicia para evitar la revictimización y promover la reparación y la verdad.

El estudio "Violencia sexual en el departamento del Huila (Colombia): un problema de salud pública" (37) realizado en 2022 analizó la violencia sexual cuantitativa y descriptivamente en el Huila durante el quinquenio de 2016 a 2020. Se utilizó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) y fichas de la Secretaría de Salud Departamental del Huila (SSDH). Se registraron 4988 casos, con Neiva, Pitalito, La Plata y Garzón como los municipios más afectados. La mayoría de las víctimas se encontraban en la adolescencia, infancia y primera infancia, siendo las mujeres las más afectadas (7,3 mujeres por cada hombre). La modalidad más común fue el abuso sexual, seguido de la violación, el acoso sexual y los actos sexuales. Los agresores mayoritariamente fueron del género masculino (26,2 por cada agresor femenino). Destaca la importancia de abordar las desigualdades sociales, económicas, violencias de género y comportamientos abusivos en las políticas públicas locales.

En 2022, en Bogotá, Colombia, se llevó a cabo el estudio "Violencia física contra la mujer durante el confinamiento por COVID-19 en Bogotá, Colombia" (38), con el objetivo de analizar la probabilidad de violencia física contra mujeres mayores de 18 años durante el confinamiento por COVID-19 de marzo a agosto de 2020. Utilizando datos de la Secretaría Distrital de la Mujer de Bogotá, se consideraron variables como localidad, edad, estado civil, estrato socioeconómico, escolaridad,

ocupación y tipo de relación con el agresor, obteniendo 4,033 denuncias. Evidenciaron que la probabilidad de ser víctima disminuye con la edad, mientras que estar casada o en unión libre aumenta esta probabilidad, lo cual destaca la importancia de entender los factores asociados a la violencia.

En Medellín, en 2022, se llevó a cabo el estudio “Subjetividades de médicas y médicos en su encuentro con víctimas de violencia sexual en hospitales universitarios de Medellín, Antioquia, 2021-2022” (39), cuyo objetivo fue entender cómo los profesionales de la salud expresan sus subjetividades al atender a víctimas de violencia sexual en urgencias hospitalarias. La investigación empleó una metodología cualitativa con diseño etnográfico, que incluyó diarios de campo y entrevistas a coordinadoras y médicos. Los resultados identificaron cuatro momentos en el recorrido de las víctimas, destacando que las subjetividades médicas se reflejaron tanto en el reconocimiento como en el cuidado, aunque en ocasiones las prácticas clínicas vulneraban a las víctimas. Sin embargo, se observó que un enfoque más comprensivo podría mejorar la calidad de la atención. La discusión del estudio sugiere que la falta de reconocimiento de estas víctimas limita su ciudadanía en salud y que las tensiones actuales en el sistema de atención reflejan un modelo en crisis, pero con potencial de transformación.

En 2022, también se realizó en Medellín el estudio “Violencia sexual en un municipio de Colombia: características de las víctimas y de sus victimarios 2011-2020” (40), un análisis descriptivo transversal centrado en Envigado, Antioquia, que utilizó datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. El estudio reveló 807 casos de violencia sexual en ese período, de los cuales la mayoría de las víctimas eran menores de 18 años (62%), especialmente adolescentes mujeres agredidas por familiares. Los agresores eran principalmente hombres, con una edad media de 26 años. Los resultados concluyen que la violencia sexual ha aumentado en los últimos años, especialmente en 2020, durante el confinamiento por la COVID-19, afectando notablemente a mujeres jóvenes.

El estudio “Violencia sexual en el departamento del Huila (Colombia): un problema de salud pública” (37). Realizado en 2022, analizó la violencia sexual en el Huila entre 2016 y 2020. Utilizando datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) y de la Secretaría de Salud Departamental, se registraron 4,988 casos, siendo Neiva, Pitalito, La Plata y Garzón los municipios más afectados. La mayoría de las víctimas eran mujeres en adolescencia, infancia y primera infancia, con una relación de 7,3 mujeres por cada hombre agredido. El abuso sexual fue la modalidad más común, seguido de la violación y el acoso sexual. El estudio resalta la necesidad de abordar las desigualdades sociales y las violencias de género en las políticas públicas locales.

En 2021, se llevó a cabo en Valledupar el estudio titulado “Panorama psicosocial para la prevención de la violencia sexual infantil en la comunidad educativa del Colegio Ebenezer” (41), que tuvo como objetivo prevenir la violencia sexual infantil

a través de estrategias psicosociales. La investigación utilizó una metodología mixta y contó con una muestra de 40 estudiantes, 40 padres y 22 docentes. Los resultados revelaron deficiencias en la participación de los padres en las intervenciones escolares, con un 63% de la comunidad infantil mostrando una débil red de apoyo. No obstante, se fortalecieron factores protectores como la comunicación emocional y la autoimagen en el 68% de los estudiantes. Además, el 88,89% de los docentes mostró un buen entendimiento del abuso sexual infantil, aunque enfrentan limitaciones en cuanto a la prevención de estos casos.

En Medellín, en 2021, se realizó el estudio “Rutas de atención para la violencia intrafamiliar durante el confinamiento por COVID-19” (42), que exploró el aumento de la violencia intrafamiliar durante el confinamiento y las rutas de atención disponibles en la ciudad. Entre enero y abril de 2021, se identificaron 1,741 casos de violencia, con un incremento significativo durante el aislamiento. El estudio concluyó que, aunque la Fiscalía General de la Nación es la principal ruta para denunciar estos casos, otras instituciones también ofrecen atención, resaltando la necesidad de investigar la eficacia y el impacto de las políticas existentes. Es crucial garantizar una cobertura integral y un seguimiento adecuado a través de profesionales capacitados en la atención de la violencia intrafamiliar.

En Tolima, en 2020, se realizó el estudio “Patrones de violencia de género en los resguardos de la ACIT” (43), centrado en mujeres indígenas, con la participación de 30 mujeres. Se observó que el 53% de las participantes tenían entre 31 y 35 años. Los resultados indicaron que aquellas con bajos niveles de apoyo social emocional e informacional podrían estar más expuestas al maltrato psicológico en su entorno familiar o de pareja. En cuanto al apoyo afectivo, el 67% de las participantes presentó niveles bajos, mientras que el 33% mostró niveles medios; no se registraron niveles altos de apoyo entre las participantes.

1.5.1.3 Nivel regional y local. En Tumaco, un estudio realizado en 2024 titulado "Afectaciones de las violencias psicológica, física y colectiva asociadas al conflicto armado en las relaciones sociales de adolescentes de 12 a 17 años en el barrio Obrero" (44) examinó el impacto de diversas formas de violencia en los adolescentes afectados por el conflicto armado. Los resultados mostraron que la violencia psicológica generó síntomas como depresión, insomnio y ansiedad, mientras que la violencia física dejó secuelas físicas y emocionales, como miedo, ira y trastornos del sueño, especialmente en adolescentes afrodescendientes y de familias en situación de vulnerabilidad económica. Además, la violencia colectiva deterioró la percepción del futuro de las familias y la cohesión social. Las principales causas de este sufrimiento incluyen la desigualdad económica, la falta de oportunidades laborales y la marginalización social.

En un contexto similar, un estudio realizado en Pasto en 2021, titulado "Violencia de género en estudiantes de pregrado del 2020 de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia" (45), exploró las actitudes frente a la violencia de género entre los

estudiantes universitarios. Al analizar las respuestas de 182 estudiantes, se halló que más de la mitad de los participantes consideraba la violencia de género un tema de importancia significativa, y se identificaron factores como los problemas psicológicos de los agresores, los maltratos en la infancia y la pérdida de control como los principales desencadenantes de la violencia. Este estudio subraya que, tanto en contextos urbanos como rurales, la violencia está vinculada a normas sociales desiguales y resalta la necesidad de estrategias eficaces para su prevención y atención. Ambos estudios reflejan cómo la violencia, ya sea en el contexto del conflicto armado o en la violencia de género, afecta profundamente a las víctimas, especialmente a los más jóvenes, y subrayan la urgencia de abordar las raíces estructurales de la violencia en la sociedad.

1.5.2 Marco Teórico

Fundamentos de la violencia sexual

En el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la erradicación de la violencia sexual se configura como una prioridad transversal que demanda esfuerzos coordinados a nivel global, en esta se establecen 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) interrelacionados, destacando en particular el ODS 16, que aboga por promover sociedades pacíficas e inclusiva, en este sentido, la meta 16.2, orientada a poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños, constituye un hito al reconocer por primera vez en la agenda internacional de desarrollo la necesidad de proteger a los niños y niñas de todo tipo de violencia. Según UNICEF (2020), los avances en esta meta tienen un efecto multiplicador en otros objetivos, como la igualdad de género (ODS 5), la educación inclusiva y equitativa (ODS 4) y la promoción de la salud y el bienestar (ODS 3), indicando que, de no abordarse las metas relacionadas con la violencia sexual de manera integral, el progreso en toda la Agenda 2030 se ve comprometido (17).

El reconocimiento de la violencia sexual como un problema global se sustenta en la necesidad de eliminar las barreras estructurales y culturales que perpetúan estas conductas, en consecuencia, la inclusión de esta problemática en los ODS refleja el compromiso de la comunidad internacional para garantizar el derecho de mujeres, niñas y adolescentes a vivir sin temor ni violencia, en consonancia con la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño (17).

En esta línea, las mujeres, niñas y adolescentes constituyen un grupo especialmente vulnerable frente a la violencia sexual debido a factores socioculturales, económicos y políticos que perpetúan la desigualdad de género y limitan su acceso a recursos de protección. Según la Organización Mundial de la Salud, una de cada tres mujeres en el mundo ha experimentado violencia física o

sexual en algún momento de su vida, siendo las niñas y adolescentes particularmente susceptibles a estas formas de abuso debido a su mayor dependencia económica, su limitado poder de decisión y la persistencia de normas patriarcales que normalizan la violencia en su contra (5).

En América Latina, la violencia sexual contra las mujeres y niñas refleja profundas desigualdades estructurales que obstaculizan su desarrollo pleno. De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), las adolescentes son particularmente vulnerables durante situaciones de conflicto, migración o crisis humanitaria, donde la protección estatal es limitada. La promoción de sus derechos, tal como se establece en la Convención de Belém do Pará y en la Agenda 2030, exige acciones intersectoriales que combinen la atención integral con estrategias de prevención y empoderamiento, esto incluye garantizar el acceso a la educación, fortalecer su participación en la toma de decisiones y erradicar las normas sociales que perpetúan su subordinación (90).

El análisis de la violencia sexual se fundamenta en perspectivas multidimensionales que explican su origen, manifestaciones y consecuencias, al respecto el modelo ecológico, desarrollado inicialmente por Bronfenbrenner y adaptado por Heise para el estudio de la violencia de género, se ha convertido en una herramienta clave para comprender las interacciones entre factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales que contribuyen a la perpetuación de este fenómeno. Según este enfoque, la violencia sexual no es un fenómeno aislado, sino el resultado de dinámicas complejas que incluyen, a nivel individual, la historia personal de la víctima y del perpetrador, como experiencias de abuso en la infancia o problemas de salud mental (91) (92).

A nivel relacional, las dinámicas familiares y de pareja juegan un papel crucial, especialmente en contextos de desigualdad de poder y dependencia económica. En el ámbito comunitario, la falta de acceso a servicios educativos y de salud, así como la tolerancia hacia conductas violentas, refuerzan la normalización de estas prácticas. Finalmente, en el nivel estructural, factores como la pobreza, las políticas públicas insuficientes y las normas culturales patriarcales crean un entorno propicio para la violencia sexual. (93). La OMS destaca que abordar la violencia desde este enfoque requiere estrategias integrales que incluyan la transformación de normas sociales, la mejora de los sistemas de protección y la promoción de la igualdad de género (5).

En este contexto, para garantizar una atención integral y efectiva a las víctimas de violencia sexual, es fundamental que las teorías sobre las causas y dinámicas de la violencia se traduzcan en prácticas concretas dentro del sistema de salud, proceso que exige una articulación entre los fundamentos conceptuales y los marcos normativos que guían la intervención en los niveles clínico y asistencial.

Atención a víctimas de violencia sexual

La Resolución 459 de 2012 en Colombia establece el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual, con el objetivo de ofrecer una atención adecuada y efectiva a las personas afectadas por este tipo de violencia, garantizando sus derechos y protegiéndolas frente a cualquier forma de revictimización. Esta resolución surge como respuesta a la creciente necesidad de establecer procedimientos claros y efectivos para la atención integral de las víctimas de este tipo de violencia, con el objetivo de proporcionar una atención de salud que no solo sea adecuada desde el punto de vista médico, sino que también considere los aspectos psicológicos, sociales y legales que acompañan a estas situaciones.

Esta resolución establece, en su marco normativo, dos enfoques fundamentales para la atención a las víctimas de violencia sexual: el abordaje clínico-asistencial y el abordaje administrativo, ambos complementarios para garantizar una atención integral, respetuosa y efectiva (4).

Abordaje Clínico-Asistencial

En cuanto al abordaje clínico-asistencial, la resolución establece un protocolo claro para la atención médica inmediata de las víctimas de violencia sexual, en donde se destaca la necesidad de una atención rápida y eficaz, priorizando la evaluación y manejo de las lesiones físicas, la profilaxis de enfermedades de transmisión sexual, la prevención de embarazos no deseados, y la atención emocional inmediata. Además, recalca la importancia de un enfoque integral, que no solo se centre en la recuperación física de la víctima, sino también en la atención psicológica, ayudando a manejar el trauma emocional y el estrés postraumático que puede derivarse de la experiencia de violencia sexual.

Además, se establece que los profesionales de la salud deben estar capacitados en el manejo adecuado de casos de violencia sexual, reconociendo la importancia de crear un ambiente seguro para las víctimas, evitando cualquier forma de revictimización, en el marco de una atención médica que debe ser proporcionada sin prejuicios, respetando la confidencialidad y garantizando el acceso a los servicios sin discriminación alguna (4).

Abordaje Administrativo

El abordaje administrativo que establece la Resolución 459 de 2012 se centra en la creación de un sistema de gestión institucional eficaz que permita coordinar de manera adecuada la respuesta ante la violencia sexual. Este enfoque administrativo aboga por la creación de protocolos claros de actuación, la coordinación entre las diferentes entidades del sistema de salud, la justicia y la seguridad, así como la asignación de recursos adecuados para garantizar la implementación de estos protocolos. En este sentido, se plantea que las

instituciones de salud, a través de sus directivas y personal administrativo, deben facilitar la integración de los servicios médicos, psicológicos y legales, asegurando que todas las áreas trabajen de manera coordinada para una atención rápida y adecuada.

Del mismo modo, resalta la importancia de sensibilizar y capacitar al personal administrativo y de salud en relación con la atención a víctimas de violencia sexual. Esto incluye la creación de espacios de formación y sensibilización para asegurar que todo el personal esté al tanto de los protocolos, las leyes nacionales e internacionales relacionadas con la violencia de género, y los derechos humanos de las víctimas. A nivel administrativo, la norma también prevé la creación de mecanismos de seguimiento y evaluación de la implementación de los protocolos de atención, asegurando que se mantenga un control sobre la calidad de la atención y que los servicios sean prestados de manera eficiente y con la dignidad que merecen las víctimas (4).

Calidad en la atención en salud

La violencia sexual contra la mujer constituye una problemática de salud pública de gran magnitud que demanda un estudio exhaustivo para comprender sus múltiples dimensiones y abordarla de manera efectiva e integral. Para ello, se recurre a diversas teorías que ofrecen perspectivas valiosas sobre el origen y la manifestación de este fenómeno.

El modelo de calidad en los servicios de salud de Avedis Donabedian proporciona un marco útil para evaluar y mejorar la atención a menores de edad que han sido víctimas de violencia sexual. Este modelo, que se basa en los componentes de estructura, proceso y resultado y permite una evaluación integral de los servicios prestados.

La dimensión de la estructura se refiere a los recursos físicos, humanos y organizativos disponibles para la prestación de servicios de salud. Incluye aspectos como la infraestructura de las instalaciones, el equipamiento médico, la disponibilidad de medicamentos, y, crucialmente, la capacitación y competencia del personal de salud. Donabedian argumenta que una estructura sólida es un prerrequisito esencial para la prestación de servicios de calidad, ya que proporciona el marco dentro del cual se llevan a cabo los procesos de atención (52). Sin embargo, una estructura adecuada por sí sola no garantiza un cuidado de calidad; es necesario que los procesos y resultados también sean efectivos.

Dentro de la dimensión de proceso se encuentran todas las actividades que se llevan a cabo durante la prestación del servicio de salud, incluyendo la interacción entre los profesionales de salud y los pacientes, así como la implementación de protocolos y guías clínicas. Donabedian enfatiza que el proceso es el componente

más inmediato y manipulable de la calidad, ya que afecta directamente la experiencia y los resultados de los pacientes (53). Un proceso bien gestionado debe asegurar que las intervenciones sean apropiadas, efectivas y alineadas con las mejores prácticas clínicas, asegurando que los pacientes reciban el tratamiento adecuado en el momento oportuno.

En la dimensión de resultado se enfocan los efectos de la atención sobre la salud de los pacientes, incluyendo los resultados clínicos (como la recuperación de una enfermedad o la mejora en los síntomas) además aspectos como la satisfacción del paciente, la calidad de vida y la percepción de la atención recibida (54). Donabedian destaca que los resultados son el indicador final de la calidad de la atención, reflejando tanto la efectividad de la estructura y los procesos como la capacidad del sistema de salud para cumplir con sus objetivos. No obstante, los resultados también pueden estar influenciados por factores externos al sistema de salud, lo que requiere una evaluación cuidadosa para interpretar correctamente la calidad de la atención prestada.

En este contexto, la estructura incluye la disponibilidad de profesionales competentes en el abordaje de este tipo de situaciones más aún en una población tan vulnerable y la existencia de entornos seguros y apropiados para la atención de menores. El proceso se centra en la implementación de protocolos específicos que aseguren un trato digno y respetuoso, la coordinación con servicios de apoyo psicosocial y la involucración de la familia en el proceso de recuperación. Finalmente, los resultados deben medirse no solo en términos de la recuperación física y emocional del menor, sino también en la capacidad del sistema para generar confianza y prevenir la revictimización, asegurando así una atención de calidad y humanizada.

Bases teóricas

En primer lugar, se considera la teoría biológica, representada por "Darwin y Lorenz" (46), quienes postulan que la violencia es un instinto natural del ser humano que surge en contextos individuales y grupales ante la percepción de amenaza, desencadenando respuestas agresivas y violentas que desafían la racionalidad, la moral y la cultura. Esta perspectiva ofrece una comprensión profunda de los impulsos humanos subyacentes a la violencia.

Konrad Lorenz, en su obra "La historia natural de la agresión", examina la agresión como un fenómeno inherente a la naturaleza humana, interpretándose como un instinto básico con profundas raíces evolutivas (47). Según Lorenz, la agresión es un mecanismo adaptativo que ha evolucionado para asegurar la supervivencia y reproducción de las especies. Desde la perspectiva Darwiniana, este instinto agresivo es fundamental para competir por recursos y parejas reproductivas, lo que ha contribuido a la perpetuación de los genes a lo largo de

las generaciones (47). Para Lorenz, la agresión no es simplemente un comportamiento negativo, sino un componente esencial del desarrollo evolutivo que ha sido vital para la preservación de la vida en entornos competitivos.

En este contexto, la violencia sexual puede explicarse como una manifestación extrema de este instinto agresivo, particularmente en lo que respecta a la competencia por las parejas reproductivas. El biólogo Randy Thornhill y el antropólogo Craig T. Palmer, en su obra "A Natural History of Rape", desarrolla esta idea al sugerir que ciertos comportamientos violentos, como la coerción sexual, podrían haberse desarrollado como estrategias reproductivas en un entorno ancestral (48). Según estos autores, aunque estos comportamientos pueden haber tenido una función adaptativa en el pasado, en las sociedades modernas son disfuncionales y moralmente inaceptables (48).

Lorenz también advierte que, aunque la agresión pudo haber sido crucial para la supervivencia en el pasado, en el contexto social actual estos impulsos pueden llevar a comportamientos destructivos, como la violencia sexual, que dañan tanto a las víctimas como a la cohesión social en su conjunto (47). La descontextualización de estos instintos agresivos, cuando se manifiestan fuera de su entorno evolutivo original, puede tener consecuencias devastadoras.

Por otro lado, *la teoría generacional de la violencia*, desarrollada por autores como Donald Dutton y Stanley Golant, propone que la violencia puede ser transmitida de generación en generación a través de patrones de comportamiento y actitudes aprendidas dentro de la familia y la comunidad. Esta teoría sugiere que los individuos que han sido expuestos a la violencia en su infancia, ya sea como víctimas o como testigos, tienen una mayor probabilidad de perpetuar comportamientos violentos en su vida adulta. Esta transmisión intergeneracional se ve facilitada por la normalización de la violencia como una estrategia de resolución de conflictos o como una forma aceptable de interacción social (46).

Donald Dutton, un psicólogo especializado en el estudio de la violencia doméstica, y Stanley Golant, exploran en su obra "The Batterer: A Psychological Profile" cómo los traumas infantiles y las dinámicas familiares disfuncionales pueden predisponer a los individuos a comportamientos violentos en sus relaciones adultas (49). Dutton argumenta que los hombres que crecen en entornos donde la violencia es una respuesta habitual a los conflictos, internalizan estos comportamientos y los reproducen en sus propias relaciones, perpetuando un ciclo de violencia (49).

La teoría generacional también se apoya en investigaciones como las de Murray Straus, quien en su trabajo sobre la violencia familiar destaca cómo los niños que son disciplinados mediante castigos físicos tienen más probabilidades de utilizar la violencia en sus propias relaciones adultas (50). Esta perspectiva sugiere que la violencia no es solo un producto de instintos biológicos, sino que también es una

conducta aprendida que puede ser transmitida culturalmente de una generación a otra.

Además, la investigación de Cathy Spatz Widom ha proporcionado evidencia empírica de la transmisión intergeneracional de la violencia. Widom, en su estudio longitudinal sobre abuso y negligencia infantil, encontró que los individuos que fueron abusados o descuidados en su infancia tenían una mayor propensión a cometer actos de violencia en la adultez, en comparación con aquellos que no tuvieron tales experiencias (51). Esto refuerza la idea de que la violencia puede ser un ciclo que se perpetúa a través de generaciones si no se interviene adecuadamente.

La teoría generacional de la violencia subraya la importancia de las intervenciones tempranas en familias y comunidades para romper este ciclo. Si bien las raíces biológicas de la agresión pueden ser profundas, como sugiere Lorenz, es crucial reconocer la influencia de los factores sociales y culturales en la perpetuación de la violencia, para abordar de manera integral su prevención y tratamiento.

Estas teorías reflexionan sobre la complejidad del comportamiento humano y la interacción entre factores biológicos y socioambientales que contribuyen a la perpetuación de la violencia contra la mujer. Esta comprensión integral es fundamental para abordar efectivamente esta problemática y plantear soluciones que promuevan la igualdad de género y el respeto hacia la dignidad humana.

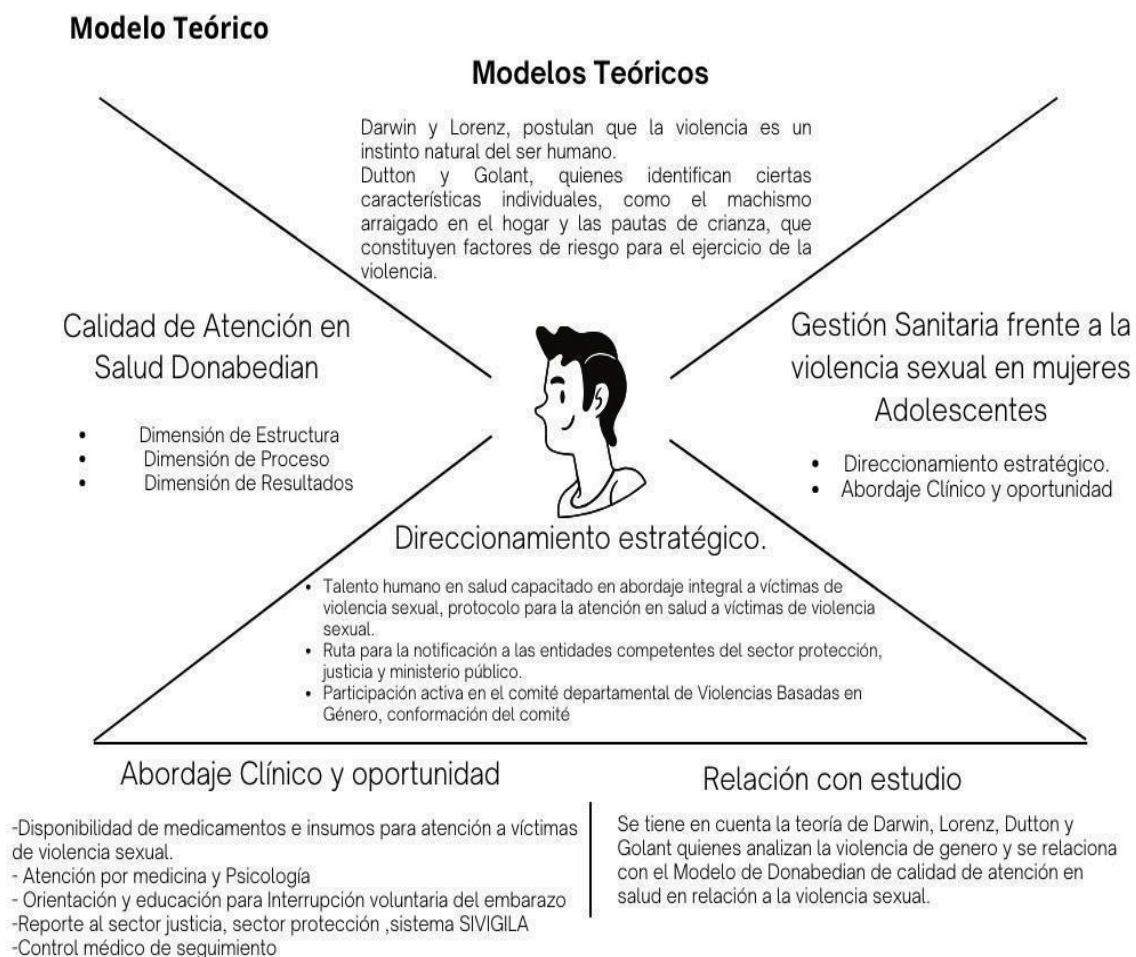
Además, se incorpora la perspectiva de género, que destaca el papel del patriarcado en la generación de violencia contra la mujer, al vulnerar sus derechos fundamentales y perpetuar desigualdades en diversos ámbitos sociales. Esta perspectiva subraya la necesidad de desafiar las estructuras de poder y promover relaciones equitativas entre los géneros como parte de la lucha contra la violencia de género.

Por otra parte, se aborda el concepto de violencia desde una óptica teórica, destacando su uso como medio de poder y control en las relaciones interpersonales. Esta comprensión contribuye a identificar las dinámicas subyacentes a la violencia sexual y orienta la investigación hacia la identificación de estrategias efectivas para su prevención y atención.

En resumen, las teorías de la violencia desde perspectivas biológicas y generacionales, como las propuestas por Lorenz, Thornhill, Palmer, Dutton y Golant, nos permiten entender la complejidad de los comportamientos violentos, particularmente en contextos de violencia sexual en menores de edad. Estas teorías destacan cómo tanto los instintos evolutivos como los patrones de conducta aprendidos a lo largo de las generaciones contribuyen a la perpetuación de la violencia.

Sin embargo, comprender estos factores es solo el primer paso; es igualmente crucial abordar cómo los sistemas de salud responden a tales actos de violencia, asegurando que la atención brindada a las víctimas sea de la más alta calidad. Es aquí donde el modelo de calidad de Avedis Donabedian se vuelve esencial, proporcionando un marco para evaluar y mejorar la atención que reciben los menores afectados, garantizando su bienestar y protección integral.

Figura 1. Modelos Teóricos



Fuente: la presente investigación – año 2024.

La atención a las víctimas de violencia, especialmente en el contexto de la violencia sexual, exige un enfoque integral que no solo aborde las consecuencias físicas y psicológicas, sino que también garantice la calidad en los servicios de salud proporcionados asegurando así un ambiente de seguridad y confianza para los menores. Dado el impacto devastador de este tipo de violencia, es esencial que los servicios de salud ofrezcan una respuesta inmediata y efectiva, que

incluya la detección temprana, la intervención adecuada y el seguimiento a largo plazo (6).

En este sentido, la respuesta de los sistemas de salud debe ser sensible, accesible y efectiva, considerando las particularidades de cada caso para ofrecer un apoyo adecuado y oportuno. Aquí, la calidad del servicio juega un papel crucial, ya que una atención deficiente no solo puede agravar el trauma, sino también disuadir a las víctimas de buscar ayuda en el futuro (7).

Al aplicar el modelo de Donabedian al estudio de la ruta de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual en niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño, se puede establecer un vínculo claro entre las tres dimensiones del modelo y los objetivos del estudio. La dimensión de estructura permite examinar los recursos disponibles, como la formación del personal, la adecuación de las instalaciones y la disponibilidad de insumos necesarios para la atención, lo que es fundamental para identificar el abordaje clínico asistencial en esta ruta de atención.

Además, el análisis del proceso permite evaluar cómo se llevan a cabo las intervenciones clínicas y asistenciales en la práctica diaria, asegurando que los protocolos se sigan adecuadamente y que la comunicación entre los profesionales de salud y las víctimas sea efectiva y humanizada. Por último, el componente de direccionamiento administrativo se relaciona con la dimensión de resultado, permitiendo evaluar si las políticas y directrices administrativas están logrando los resultados esperados en términos de mejora en la atención y satisfacción de las víctimas.

Este análisis integral asegura que la evaluación de la calidad en la atención a víctimas de violencia sexual en menores de edad aborde tanto los aspectos clínicos como administrativos de manera coherente y efectiva, alineando la estructura, los procesos y los resultados con los objetivos estratégicos del sistema de salud.

1.5.3 Marco Conceptual.

Gestión administrativa: constituye un pilar fundamental en la organización y funcionamiento tanto de entidades privadas como públicas. Su esencia radica en el desarrollo de un proceso continuo de planificación estratégica, dirección efectiva y coordinación eficiente de los recursos disponibles, con el objetivo primordial de brindar servicios de calidad que satisfagan las necesidades y demandas de la población. Estas necesidades abarcan una amplia gama de áreas vitales para el bienestar colectivo. En este sentido, la gestión administrativa se convierte en un instrumento clave para optimizar la utilización de los recursos disponibles y

garantizar la efectividad y eficacia en la prestación de servicios públicos y privados. (55)

Violencia contra la mujer: En el contexto colombiano, la Ley 1257 de 2008 emerge como un hito crucial en la lucha contra la violencia de género al introducir y definir el término "violencia contra la mujer". Esta legislación establece una amplia gama de acciones y omisiones que constituyen formas de violencia dirigidas específicamente hacia las mujeres. Esta definición abarca no solo las manifestaciones físicas de violencia, como lesiones o incluso la muerte, sino también el sufrimiento de carácter sexual, psicológico, económico o patrimonial que pueda afectar a una mujer debido únicamente a su género (56).

Es importante resaltar que esta violencia puede manifestarse en diversos ámbitos, ya sea en el espacio público o en el privado, lo que refleja la urgente necesidad de abordar este fenómeno en todas sus dimensiones y contextos. La ley también reconoce la importancia de considerar las amenazas, la coacción y la privación arbitraria de la libertad como formas de violencia contra la mujer, lo que resalta la complejidad y la gravedad de esta problemática social. En consecuencia, la Ley 1257 de 2008 se erige como un marco legal integral que busca prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres en Colombia. (56)

Violencia de género: Según (Poggi) la violencia de género es la expresión general empleada para capturar la violencia que se produce como resultado de expectativas normativas sobre los roles asociados con cada género, junto con las relaciones desiguales de poder entre los dos géneros, en una sociedad específica (57). Según la ONU Mujeres, la violencia de género se refiere a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas. El término se utiliza principalmente para subrayar el hecho de que las diferencias estructurales de poder basadas en el género colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia (57).

Violencia sexual: Destaca que la violencia sexual, junto con la violación, constituye uno de los aspectos más significativos de la violencia discriminatoria contra la mujer, infringiendo su derecho fundamental a la igualdad, incluso ante la ley. Además, subraya que la violencia sexual puede manifestarse incluso en situaciones donde la persona no está en condiciones de expresar un consentimiento claro, como cuando se encuentra en estado de ebriedad, bajo los efectos de sustancias psicoactivas, mentalmente incapacitada o dormida. Esta perspectiva amplía la comprensión de la violencia sexual más allá de los actos de agresión física directa, reconociendo la importancia de considerar el contexto y la capacidad de la víctima para otorgar un consentimiento libre y consciente (58).

Ente sanitario: Según lo establecido en la Resolución 1229 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, se define a las entidades sanitarias

como instituciones jurídicas, ya sean públicas o privadas, que tienen la autoridad para desempeñar funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control en el ámbito de la salud. Estas entidades están encargadas de adoptar medidas preventivas, de control y de seguimiento con el objetivo de garantizar la protección de la salud pública en el país. La resolución enfatiza el papel crucial que desempeñan estas instituciones en la promoción de la salud y el bienestar de la población, así como en la implementación de políticas y estrategias para asegurar la atención adecuada y oportuna a nivel nacional (59).

Gestión sanitaria: La gestión sanitaria en su amplio espectro, abarca una serie de procesos y actividades coordinadas, con el propósito fundamental de elevar tanto la salud de los individuos como la de la población en general, así como también de optimizar la calidad de los servicios de atención médica. Esta labor abarca una amplia gama de acciones que van desde la planificación estratégica hasta la supervisión minuciosa de recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos. Se trata de un enfoque integral que implica la toma de decisiones, la organización efectiva de recursos, la dirección de equipos multidisciplinarios y el constante monitoreo y evaluación de resultados, todo ello con el fin último de garantizar la eficiencia y efectividad de los servicios de salud ofrecidos a la comunidad (60).

Ruta de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual: La ruta de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual se rige como un itinerario esencial que abarca una serie de acciones cruciales y coordinadas que inician desde la notificación inicial del caso por parte de una institución de salud, el despliegue de una serie de intervenciones que involucran diversos actores estatales y sociales con diferentes competencias, entre ellas las judiciales, encargadas de garantizar la justicia, hasta los sectores responsables de brindar protección y seguimiento a la víctima. Cada paso de esta ruta busca asegurar una respuesta integral y oportuna que atienda las necesidades de la persona afectada y contribuya a su recuperación física, psicológica, social y de restablecimiento de sus derechos (61).

Adolescencia: La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la etapa de la adolescencia como el proceso que transcurre entre los 10 y 19 años y generalmente la subdividen en dos fases; adolescencia temprana de 12 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. En cada una de estas etapas se presentan cambios físicos, fisiológicos propios de la edad, algunos de los cuales son: estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas tanto femeninas como masculinas, estructurales o anatómicos, psicológicos que se relacionan a la construcción de la personalidad e identidad y la adaptación a los cambios culturales y/o sociales (61).

Infancia: Según la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, se define a un niño como

todo ser humano menor de 18 años, a menos que, bajo la ley aplicable, se haya alcanzado antes la mayoría de edad. Este documento establece que todos los niños, sin distinción alguna, deben ser protegidos en sus derechos y recibir un trato acorde con su desarrollo físico, mental, emocional, social y moral, asegurando su bienestar y crecimiento en un entorno que les permita alcanzar su máximo potencial. (62)

1.5.4 Marco Contextual. La presente investigación se llevará a cabo en el departamento de Nariño, por lo cual se hace necesario detallar su ubicación, la cual se describe a continuación.

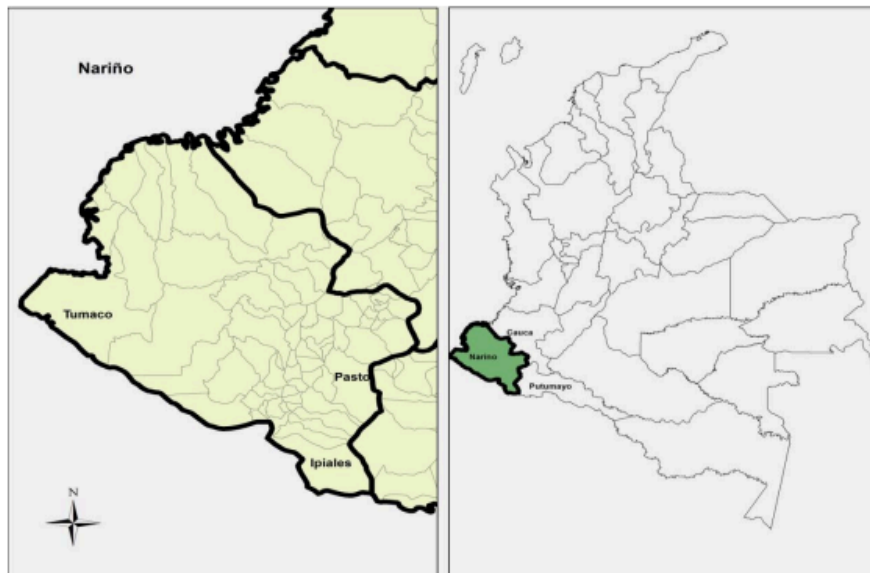
El Departamento de Nariño, situado en el suroccidente de Colombia entre la cordillera de los Andes y el océano Pacífico, se delimita al norte con el departamento del Cauca, al sur con la República del Ecuador, al oriente con el departamento de Putumayo, y al occidente con el océano Pacífico.

El territorio nariñense tiene una extensión de 3.326.800 hectáreas, esta región representa el 2.9% del territorio nacional y alberga alrededor del 3,7% de la población nacional, lo que equivale a 1,7 millones de habitantes. La distribución demográfica muestra que el 51% de la población reside en áreas rurales y el 48% en cabeceras municipales. Los municipios más poblados son Pasto, Ipiales y Tumaco, que concentran el 44% de la población del departamento, con más de 100 mil habitantes cada uno. Además, 41 de los 64 municipios tienen una población superior a los 10 mil habitantes, con una densidad promedio de 55 personas por kilómetro cuadrado. Dentro del departamento existen 71 resguardos indígenas que abarcan alrededor de 600 mil hectáreas. Según el censo de 2005, el 10,8% de la población se identificó como indígena y el 18,8% como afro-descendiente. Entre 1996 y 2012, el INCODER tituló colectivamente 1.128.930 hectáreas en consejos comunitarios afro-descendientes, representando el 20% del total del área titulada en el país y el 34% de la extensión territorial del departamento. Estas tierras tituladas son inembargables, imprescriptibles e inalienables. En cuanto a los campesinos, entre 1960 y 2012, se titularon 281.696 hectáreas de predios baldíos (63).

Administrativamente, se divide en 64 municipios que se agrupan por subregiones o nodos geográficos, para referenciar el estudio se establecieron; el nodo norte que cuentan con 9 municipios entre los que se destacan la Unión, el nodo sur con 13 municipios, resaltando a municipios como Cumbal, Guachucal, Potosí, Aldana y Ipiales como el referente de la subregión, siendo este, una localidad fronteriza y con alta demanda de flujo migratorio. El nodo centro con 21 municipios, entre ellos la ciudad de Pasto, capital del Departamento de Nariño, además los municipios de la Florida, Tambo, Buesaco, Chachagüi, El Peñol, Yacuanquer, Tangua y Nariño. El nodo centro occidente con 11 municipios entre los que se destacan Túquerres y Guaitarilla. El nodo occidente con 10 municipios, todos con delimitación en costa

pacífica y presencia de comercio marítimo, entre ellos Tumaco, Francisco Pizarro, Mosquera, El Charco, Olaya Herrera, Santa Barbara, Magui Payan y La Tola.

Figura 2. Mapa Departamento de Nariño



Fuente: DNP con base en información del IGAC 2023

1.5.5 Marco Legal.

Constitución Política de Colombia 1991. Artículo 11. El derecho a la vida, consagrado como inviolable, es fundamental para la prestación de los servicios de salud, como se establece en el artículo 49, donde se reconoce que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Este marco legal garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Estas consideraciones son esenciales en la gestión de los medicamentos, con el fin de evitar muertes evitables durante la prestación del servicio de salud (64).

Ley 100 de 1993. "El capítulo II establece el sistema de seguridad social integral con el objetivo de mejorar la calidad de vida, ampliando la cobertura y asignando recursos a las entidades prestadoras de servicios de salud. Este sistema se rige por principios fundamentales como la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, con especial atención en la inclusión de las mujeres" (65).

Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015. "Garantiza los mecanismos de

protección del derecho fundamental a la salud por medio de la prestación de los servicios para su promoción y prevención, paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación, de igual manera en su artículo 11 protege a la mujer víctima de violencia como sujeto de protección especial” (66).

Ley 1122 de 2007 de 09 de enero del 2006. Modifica la Ley 100 de 1993 y otras disposiciones, [42] establece la atención integral a la violencia contra la mujer, sin la imposición de copagos. Se enfoca en principios como la prevalencia de derechos y el enfoque diferencial en la atención (67).

Ley 1438 del 19 de enero 2011. Esta normativa representa una reforma integral al sistema general de seguridad social en salud, introduciendo varias disposiciones relevantes. En particular, el artículo 54 aborda la importancia de restablecer la salud de las mujeres afectadas por violencia sexual, tanto en el ámbito psicológico como en el sexual, reconociendo la necesidad de una atención especializada y comprensiva para estas víctimas (68).

Ley 1257 del 19 de enero del 2008. Por medio de esta ley se garantiza a las mujeres que su vida esté libre de violencia en los ámbitos públicos y privados, de igual manera se vela por los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional e internacional, permitiendo de esta manera la accesibilidad a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización (56).

Ley 1719 del 18 de junio de 2014. La presente legislación introduce modificaciones en ciertos apartados de las leyes 599 de 2000 y 906 de 2004, junto con la implementación de medidas orientadas a asegurar el acceso a la justicia para las víctimas de violencia sexual, particularmente aquellas afectadas por el conflicto armado. Además, se incluyen otras disposiciones con el mismo propósito (69).

Decreto 652 de 2001 “Por el cual se reglamenta la Ley 294 de 1996 reformada parcialmente por la Ley 575 de 2000, la cual protege los derechos de la Mujer”. (70)

Resolución 3100 de 2019. Mediante esta resolución se refuerzan los procedimientos y requisitos para la inscripción de proveedores de servicios de salud y la habilitación de servicios de salud. Además, se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. (71)

Resolución Número 8430 del 04 de octubre de 1993. Capítulo 1: Ética en la Investigación en Seres Humanos, Artículo 6: se ayudará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, salvo excepciones indicadas en esta resolución (72). Los participantes en el tienen total libertad para unirse y deben ser informados sobre los detalles de la investigación

por personal capacitado, garantizando su seguridad y bienestar (72).

1.6 METODOLOGÍA O DISEÑO METODOLÓGICO

1.6.1 Enfoque metodológico. Este estudio adoptó un enfoque cuantitativo, el cual, según Hernández y Mendoza, tiene como objetivo describir, explicar, verificar y predecir fenómenos. Este enfoque se sustenta en el manejo de datos numéricos, que deben ser precisos y confiables para asegurar la validez de los resultados obtenidos (73).

En este contexto, se analizó el consolidado de las fichas de notificación sobre violencia de género e intrafamiliar de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, así como las listas de chequeo utilizadas para el seguimiento y auditoría del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual en las instituciones de salud. El propósito de este análisis fue describir y explicar las situaciones identificadas, alineándolas con los objetivos establecidos en la investigación.

Desde esta perspectiva, el análisis cuantitativo de las políticas públicas permite evaluar su efectividad durante el proceso de implementación. Tal como afirman Barreto, Cerón y Fernández, este tipo de investigación es fundamental para la evaluación, ya que permite decidir si una política o programa debe continuar, ajustarse o interrumpirse, y optimizar la asignación de recursos, facilitando la incorporación de los hallazgos y datos obtenidos en la toma de decisiones, contribuyendo a la corrección y mejora continua de las políticas y estrategias (94).

1.6.2 Tipo de estudio. El presente estudio es de tipo observacional descriptivo, buscando identificar los factores sociodemográficos y la gestión sanitaria en el abordaje clínico asistencial y administrativo de la violencia sexual en las niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño y el tipo de violencia sexual.

Según Sullivan et al., los métodos descriptivos tienen como finalidad exponer las características fundamentales de los datos recopilados, así como identificar las tendencias presentes en ellos (95).

1.6.3 Diseño de estudio. El diseño de estudio fue transversal, los autores Hernández y Mendoza definen los estudios transversales como “recolección de los datos en un solo momento, en un tiempo único” (73). En esta investigación se recolectó la información en un solo momento, en donde se realizó el vaciamiento de la información suministrada por el Instituto Departamental de Salud de Nariño de la Dimensión Salud Sexual y Reproductiva.

1.6.4 Población. La población de estudio estuvo conformada por un total de 188 mujeres víctimas de violencia sexual, con edades comprendidas entre los 2 y 19 años, residentes en el Departamento de Nariño, Colombia, estas mujeres fueron atendidas en las 27 Empresas Sociales del Estado (ESE) que fueron auditadas por el ente territorial durante el año 2023, lo que asegura la representatividad y confiabilidad de los datos obtenidos. La selección de este grupo se basa en la disponibilidad de registros médicos y de violencia de género que fueron analizados para evaluar el contexto de atención y la gestión sanitaria aplicada en las instituciones de salud del Departamento.

1.6.5 Muestra. En cuanto a la muestra, dado que el número de mujeres víctimas de violencia sexual dentro del rango de edad y en el contexto especificado corresponde a una población limitada y bien definida, se optó por un muestreo tipo censo. Este tipo de muestreo implica que se seleccionaron todos los elementos que integran la población para su análisis en este caso 188 mujeres, este enfoque es apropiado cuando el número de casos es relativamente pequeño y se busca obtener una visión integral y precisa del fenómeno en cuestión (73).

1.6.6 Criterios de inclusión y exclusión

1.6.6.1 Criterios de inclusión.

- Mujeres entre 2-19 años de edad, reportadas en la base de datos de víctimas de violencia sexual del departamento de Nariño, de las 27 instituciones de salud auditadas por el Instituto Departamental de Salud de Nariño durante el año 2023.

1.6.6.2 Criterios de exclusión

- Reportes cuya información requerida para el estudio se encuentre incompleta.

1.6.7 Sesgos.

1.6.7.1 Sesgos de Información. Respecto a la información contenida en las bases proporcionadas por el Instituto Departamental de Salud de Nariño, estos datos se controlaron a través de un proceso sistemático de depuración, establecidos en dos momentos; el primero en donde se revisó el diligenciamiento completo de cada variable contenida en la ficha 875 del Instituto Nacional de

Salud concerniente a violencias de género, por medio de matrices de vaciamiento. El segundo filtro corresponde a la verificación de duplicidad de los eventos notificados, los procesos anteriormente contemplados, permitieron obtener una información veraz y fidedigna.

1.6.7.2 Sesgos de Selección. Para la selección de los datos se tuvo en cuenta aquellos eventos notificados por las 27 instituciones de salud auditadas por el ente territorial en el año 2023 que corresponden a eventos de violencia sexual en mujeres entre los 2 y 19 años, cuyo reporte al sistema de vigilancia epidemiológica Sivigila constaban su total diligenciamiento, la no existencia de duplicidad y la temporalidad correspondía al periodo de estudio.

1.6.8 Técnicas e instrumentos de recolección de información.

1.6.8.1 Fuente de información. Para la recolección de información se utilizaron fuentes de datos secundarias, lo que permitió el desarrollo integral de la investigación mencionada.

1.6.8.2 Fuentes secundarias. Para abordar los cuatro objetivos del estudio, se realizó un análisis detallado de los datos consolidados de las fichas de notificación sobre violencia de género e intrafamiliar, correspondientes a niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Estos datos fueron obtenidos de las Unidades Primarias Generadoras de Datos de las 27 IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) que fueron auditadas durante el año 2023 por el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). Además, se incluyó el análisis de las listas de chequeo utilizadas para el seguimiento y auditoría del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual, implementado en las mismas instituciones, esto permitió la recolección y consolidación de la información para el logro de los objetivos planteados.

1.6.9 Técnicas. La técnica de análisis de información, es un método de investigación que implica la recopilación, procesamiento y el proceso analítico de datos relevantes relacionados con un tema específico (73).

Para el caso particular, se realizó el análisis de la base de datos del sistema de vigilancia epidemiológica Sivigila, depurada y consolidada en el año 2023 por la oficina de epidemiología del Instituto Departamental de Salud de Nariño; así como los datos recolectados por medio de las listas de chequeo utilizadas para el seguimiento y auditoría del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual

1.6.10 Instrumentos de recolección de información.

Para el primer y segundo objetivo la información se recolectó a través de fuente secundaria, ficha de notificación del Instituto Nacional de Salud de Colombia de violencia de género e intrafamiliar. Es importante mencionar que esta es para fines de vigilancia en salud pública, y las Unidades Primarias Generadoras de Datos reportan la información al ente territorial en este caso el Instituto Departamental de Salud de Nariño.

En el tercer objetivo de este estudio, se consideraron las listas de chequeo utilizadas para el seguimiento y auditoría del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual por el Instituto Departamental de Salud de Nariño a las Empresas sociales del estado objeto de estudio.

1.6.11 Validación de los instrumentos de recolección de información. La ficha de notificación del Instituto Nacional de Salud de Colombia fue elaborada por la Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública en cabeza de Franklyn Edwin Prieto Alvarado, director de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública, con el objetivo de garantizar un registro estandarizado de los casos de violencia de género e intrafamiliar reportados en las diferentes regiones del país.

Por su parte, las listas de chequeo utilizadas para el seguimiento y auditoría del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual fueron desarrolladas por el equipo técnico del Instituto Departamental de Salud de Nariño, tomando como base los lineamientos establecidos en la Resolución 459 de 2012. Esta normativa, que regula los componentes de atención integral a las víctimas de violencia sexual, sirvió como referencia para definir los ítems incluidos en las listas, garantizando su alineación con los estándares nacionales. La coordinación de la dimensión de salud sexual y reproductiva del instituto revisó estas listas, asegurando que abordaran los aspectos esenciales del protocolo, desde la evaluación inicial hasta el seguimiento continuo.

1.6.12 Confiabilidad y validez.

1.6.12.1 Confiabilidad. La presente investigación cuenta con una sólida confiabilidad, ya que se apalanca de fuentes fidedignas, específicamente en bases de datos de un sistema de vigilancia epidemiológica implementadas y utilizadas por entes de salud nacionales y territoriales. Estas bases de datos son reconocidas por su rigor y precisión en la recolección de información, lo que garantiza que los datos utilizados son representativos y actualizados. Además, al

emplear metodologías establecidas y validadas en el ámbito epidemiológico, se minimizan los sesgos y se asegura una recolección de datos consistente.

Cabe recalcar que, para la aplicación del instrumento de recolección de información sobre las auditorías a las instituciones, se realizó un pilotaje durante el año 2022 (Anexo D) con algunas instituciones de salud del departamento evaluadas. Estas instituciones proporcionaron retroalimentación valiosa para ajustar el contenido y asegurar su aplicabilidad en diferentes contextos. Además, con el propósito de verificar que los ítems a evaluar se lleven a cabo de manera precisa, se consideraron las acciones contempladas en la resolución 459 de 2012, la cual establece el protocolo para el abordaje a víctimas de violencia sexual (4).

1.6.12.2 Validez. La investigación cuenta con una validez suficiente, dado que se fundamenta en fuentes de alta confiabilidad, específicamente en bases de datos secundarias de un sistema de vigilancia epidemiológica y de resultados de evaluación de un componente o área de un ente territorial. Estas bases de datos han sido recopiladas y analizadas por expertos en el campo, lo que asegura que la información sea precisa y confiable, además al utilizar datos secundarios, se aprovechan estudios previos y registros históricos, permitiendo una comprensión más amplia del fenómeno investigado.

1.6.13 Variables de estudio

Tipo de Variable	Nombre	Descripción	Naturaleza	Escala/Categoría	Objetivo Específico
Características sociodemográficas de las víctimas	Edad	Reporte la edad cumplida. Si se desconoce indague por la fecha de nacimiento.	Cualitativa ordinal politómica	0 a 5 años 6 a 11 años 12 a 19 años	1 y 2
	Residencia	Zona de residencia habitual del individuo	Cualitativa, nominal. Politómica	Cabecera municipal Centro poblado Rural disperso	
	Nacionalidad	Corresponde al estado o nación al que pertenece una persona según su documento de identificación.	Cualitativa, nominal, politómica	Colombia Ecuador Venezuela	
	Régimen de afiliación al SGSSS	Se relaciona con el régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud, en el que se encuentra el caso que está siendo notificado	Cualitativa, nominal, politómica	Subsidiado Contributivo Excepción No asegurado Indeterminado	
	Pertenencia étnica	Patrimonio cultural compartido por un grupo de personas	Cualitativa, nominal, politómica	Indígena Negra, afro	

			Otro
Orientación sexual	Se refiere a la atracción afectiva, erótica y sexual de una persona hacia otras.	Cualitativa, nominal, politómica	Homosexual Bisexual Heterosexual
Grupo poblacional	Categorías de personas con características comunes relevantes para el análisis de datos de salud pública	Cualitativa, nominal, politómica	Discapacidad Desplazada Migrante Gestante Población a cargo de ICBF Víctima violencia armada Ninguno
Modalidad sexual	Abarca diversas formas de agresión o abuso sexual que pueden variar en su manifestación, impacto y el contexto en el que se presentan.	Cualitativa, nominal, politómica	Acoso sexual Acceso carnal Explotación sexual Trata de personas Actos sexuales Otras violencias sexuales

Tipo de agresor	Corresponda a la relación del agresor con la víctima	Cualitativa, nominal, politómica	Padre <hr/> Pareja <hr/> Familiar <hr/> Ex - pareja <hr/> Amigo <hr/> Compañero de estudio <hr/> Compañero de trabajo <hr/> Profesor <hr/> Vecino (a) <hr/> Conocido (a) <hr/> Desconocido <hr/> Otro <hr/>
Ocupación de la víctima	Describa la ocupación principal de paciente	Cualitativa, nominal, politómica	Estudiante <hr/> Otro <hr/> Trabajador doméstico <hr/> Campesina <hr/> Persona dedicada al cuidado del hogar <hr/> Ninguna <hr/>

	Ámbito	Lugar en el que ocurrió la agresión	Cualitativa, nominal, politómica	Escolar Laboral Institucional Comunitario Hogar Otros	
	Georeferenciación	Ubicación específica en un mapa, permitiendo su identificación en relación con su posición geográfica exacta.	Cualitativa, nominal, politómica	Nodo sur Nodo occidente Nodo centro Nodo norte Nodo centro occidente	
Gestión sanitaria desde el componente clínico	Procesos, procedimientos e insumos para el abordaje clínico	Conjunto de métodos y recursos necesarios para la atención de pacientes	Cualitativa, nominal. Dicotómica	1. Si 2. No	3
	Oportunidad en la profilaxis dentro de las 72 horas de los eventos de violencia sexual frente al acceso carnal en niñas y adolescentes	Tratamiento preventivo que debe iniciarse dentro de las 72 horas posteriores a un evento de violencia sexual, con el fin de prevenir infecciones y otras complicaciones en niñas y adolescentes	Cualitativa, nominal. Dicotómica	1. Si 2. No	

Gestión sanitaria desde componente administrativo	Protocolo para la atención	Conjunto de procedimientos estandarizados para garantizar la atención adecuada.	Cualitativa, nominal. Dicotómica	1. Si 2. No
	Ruta de notificación	Proceso formal para informar y documentar casos de violencia	Cualitativa, nominal. Dicotómica	1. Si 2. No
	Base de seguimiento	Sistema para registrar y monitorear los casos de violencia.	Cualitativa, nominal. Dicotómica	1. Si 2. No
	Elementos materiales probatorios en IPS	Pruebas físicas recolectadas en las IPS que respaldan la denuncia.	Cualitativa, nominal. Dicotómica	1. Si 2. No
	Comité institucional para violencias basadas en género	Grupo o encargado de coordinar acciones dentro de una institución para atender y prevenir la violencia de género	Cualitativa, nominal. Dicotómica	1. Si 2. No

Fuente: la presente investigación – año 2024.

1.6.14 Procedimiento para la recolección de información. El procedimiento de recolección de información para este estudio comenzó con una colaboración estratégica con el Instituto Departamental de Salud de Nariño, entidad encargada de la gestión de la salud pública en el departamento. A través de un acuerdo formal, se obtuvo la autorización para acceder al consolidado de las fichas de vigilancia epidemiología del departamento que contenían información sobre las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual durante el año 2023. Asimismo, se incluyeron las auditorías realizadas en las instituciones de salud involucradas en el estudio. Este acuerdo subrayó la necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos, asegurando que la información personal de las víctimas esté fuera protegida, conforme a las normativas legales y éticas vigentes.

Se tomó como base dos instrumentos, el primero de ellos fue la ficha de notificación del Instituto Nacional de Salud de Colombia, que permite registrar casos de violencia de género e intrafamiliar y las listas de chequeo utilizadas para el seguimiento y auditoría del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual, del Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Con estos instrumentos validados, se organizó la información de manera sistemática mediante hojas de cálculo en Microsoft Excel, facilitando el registro y la gestión de los datos, garantizando que toda la información relevante fuera incluida y clasificada adecuadamente. El ingreso de los datos en las hojas de cálculo tuvo en cuenta que cada campo estuviera completo, así como coherencia de la información, lo que incluyó una revisión para detectar posibles inconsistencias o datos faltantes y hacer la corrección de estos aspectos.

A lo largo de todo el proceso, se garantizó la confidencialidad de los datos sensibles, cumpliendo con las normativas éticas y legales para la protección de la información personal de las víctimas. El acceso a los datos fue restringido al equipo de investigación, y se tomaron medidas de seguridad para proteger la información durante todo el proceso.

1.6.14.1 Plan de análisis de la información. La información fue analizada conforme a los requerimientos específicos de cada objetivo de investigación.

Objetivo 1. Caracterizar la violencia sexual en niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño, año 2023

Para caracterizar la violencia sexual, se realizó un análisis descriptivo utilizando distribuciones de frecuencia para las variables cualitativas relacionadas con los tipos y circunstancias de la violencia sexual, así como para las variables cuantitativas discretas, como la edad. Se generaron tablas que presentaron la

frecuencia absoluta y relativa de cada categoría, proporcionando una visión integral de las características de la violencia sexual y permitiendo identificar patrones y tendencias en la población del Departamento de Nariño.

Objetivo 2. Establecer la tasa de incidencia de la violencia sexual en niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño, año 2023

La incidencia de la violencia sexual fue analizada mediante el uso de medidas de tendencia central, lo que permitió identificar los valores representativos de las variables clave, como la edad de las víctimas y la distribución geográfica de los casos. Este enfoque facilitó la comparación de estos aspectos dentro de la población estudiada. Adicionalmente, se elaboraron tablas que presentaron tanto la frecuencia absoluta como relativa de cada categoría, lo que permitió visualizar la distribución de los casos y realizar comparaciones entre diferentes subgrupos. Con este análisis, fue posible evaluar tanto la frecuencia como la distribución de la violencia sexual en la población en cuestión. Para calcular la incidencia, se utilizó la proyección poblacional, basada en los datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), considerando a las mujeres de entre 2 y 19 años de los municipios evaluados.

Objetivo 3. Identificar el abordaje clínico asistencial y administrativo de la ruta de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual en niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño año 2023

Para identificar el abordaje clínico asistencial y administrativo, se emplearon tablas de frecuencias absolutas y relativas que describieron los métodos y protocolos utilizados en la atención de víctimas de violencia sexual. Este análisis permitió detallar las prácticas y procedimientos seguidos en la ruta de atención, así como la interacción entre las víctimas y los profesionales de la salud. Se identificaron áreas de fortaleza y posibles áreas de mejora en el proceso asistencial y el direccionamiento administrativo.

Objetivo 4. Establecer la asociación entre los factores sociodemográficos de las niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño y el tipo de violencia sexual.

Se realizó un análisis bivariado mediante pruebas de Chi-cuadrado para explorar las posibles relaciones entre los factores sociodemográficos de las niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño y el tipo de violencia sexual.

Limpieza de base y procesamiento de datos: Los datos fueron procesados utilizando Microsoft Excel. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS® versión 21 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.), con licencia amparada por la Universidad Mariana. Los resultados fueron documentados y presentados utilizando Microsoft Word.

1.6.14.2 Plan de divulgación de los resultados. Una vez finalizado el informe, se compartirán los resultados obtenidos con la Universidad Mariana. Luego, se llevarán a cabo diversas acciones de difusión, que incluyen la redacción de un libro, la presentación de ponencias en eventos nacionales y la publicación de un artículo científico en revista de alto impacto.

1.6.14.3 Consideraciones éticas. Para este estudio, se han seguido los lineamientos establecidos en la Resolución 8430 de 1993, que regula los aspectos éticos y técnicos de la investigación en salud en Colombia, garantizando el bienestar de los participantes. Dado que se utiliza información secundaria proveniente de bases de datos, y considerando que la población de estudio incluye menores de edad, se adoptarán medidas estrictas para garantizar la confidencialidad y la protección de los datos personales. En este sentido, se aplicarán los principios establecidos en la Ley 1581 de 2012, que regula la protección de datos personales en Colombia, asegurando que el tratamiento de la información se realizará bajo principios de legalidad, transparencia y confidencialidad (96).

Teniendo en cuenta la Resolución 8430, que regula los aspectos éticos y técnicos de la investigación, nuestro estudio garantiza la máxima confidencialidad de los datos proporcionados por el Instituto Departamental de Salud. Estas bases de datos se manejaron con un anonimato estricto, omitiendo nombres, apellidos e identificaciones de las usuarias y niñas afectadas por eventos de violencia sexual. Este enfoque asegura que la información utilizada en la investigación sea pertinente y necesaria, sin comprometer la privacidad de las personas involucradas.

Se considera una investigación sin riesgo, según lo estipulado en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, que permite el uso de bases de datos ya existentes para fines investigativos, siempre y cuando se respeten las normativas de protección de datos y se garantice la confidencialidad de los mismos. Además, la autorización para el uso de las bases de datos fue obtenida de manera formal del ente territorial responsable, y se adoptaron todos los procedimientos necesarios para asegurar la integridad y privacidad de los datos de las víctimas, en cumplimiento con la normativa vigente. (74).

2. RESULTADOS

2.1 CARACTERIZACIÓN DE FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL.

Tabla 1. Caracterización de los factores sociodemográficos de las niñas y adolescentes víctimas violencia sexual en el Departamento de Nariño, año 2023.

CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL		TOTAL	%
Edad	0 a 5 años	10	5
	6 a 11 años	51	27
	12 a 19 años	127	68
Área de residencia	Cabecera municipal	88	47
	Centro poblado	28	15
	Rural disperso	72	38
Nacionalidad	Colombia	180	96
	Ecuador	2	1
	Venezuela	6	3
Seguridad Social	Subsidiado	172	91
	Contributivo	6	3
	Excepción	2	1
	No asegurado	7	4
	Indeterminado	1	1
Pertenencia étnica	Indígena	17	9
	Negra, afro	59	31
	Otro	112	60
Orientación sexual	Homosexual	1	1
	Bisexual	2	1
	Heterosexual	185	98
Grupo Poblacional	Discapacidad	2	1
	Desplazada	11	6
	Migrante	6	3
	Gestante	19	10
	Población a cargo de ICBF	2	1
	Víctima violencia armada	2	1
	Ninguno	146	78

CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL		TOTAL	%
Modalidad Violencia sexual	Acoso sexual	34	18
	Acceso carnal	74	39
	Explotación sexual	2	1
	Trata de personas	2	1
	Actos sexuales	43	23
	Otras violencias sexuales	33	18
Tipo de agresor	Padre	9	6
	Pareja	40	26
	Familiar	33	21
	Ex - pareja	7	5
	Amigo	12	8
	Compañero de estudio	4	3
	Compañero de trabajo	3	2
	Profesor	8	5
	Vecino (a)	13	8
	Conocido (a)	7	5
	Desconocido	20	13
	Otro	32	21
Ocupación de la víctima	Estudiante	154	82
	Otro	13	7
	Trabajador doméstico	1	1
	Campesina	3	2
	Persona dedicada al cuidado del hogar	1	1
	Ninguna	16	9
Ámbito	Escolar	12	6
	Laboral	1	1
	Institucional	2	1
	Comunitario	7	4
	Hogar	94	50
	Otros	72	38

Fuente: La presente investigación – año 2024.

La tabla 1, muestra los resultados de caracterización de la violencia sexual, la información ofrece una visión detallada de las víctimas y los contextos donde ocurren estos actos. Se destaca que el grupo más afectado son las mujeres adolescentes de 12 a 19 años, además, se observa que la violencia sexual afecta de manera equitativa tanto a áreas urbanas como rurales, sin discriminación. Por otro lado, se observó que la mayoría de las mujeres víctimas de violencia sexual pertenecían a sectores socioeconómicos diferentes, con acceso mayoritario a la

seguridad social subsidiada.

Frente a la modalidad de la violencia sexual, se observó que el acceso carnal y los actos sexuales tuvieron un mayor porcentaje en comparación con los presentados; también se logró conocer que el agresor en su gran mayoría fue la pareja o un familiar. Se resalta también que el hogar es el escenario primario donde se manifiesta la violencia sexual, pero también se resalta entre los otros espacios el ámbito escolar.

2.2 COMPONENTE DE INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO 2023

Tabla 2. Incidencia de violencia sexual en niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño, 2023.

Variable		Casos	Tasa de incidencia * 100.000 mujeres de 0 a 19 años
Edad	0 a 5 años (Primera infancia)	10	22,8
	6 a 11 años (Infancia)	51	114,6
	12 a 19 años (Adolescencia)	127	220,1
Área de residencia	Cabecera municipal	88	169,5
	Centros poblados y rural disperso	100	106,3
Seguridad Social	Subsidiado	172	37,5
	Contributivo	6	1,1
Georreferenciación	Nodo sur	40	144,4
	Nodo occidente	63	71,2
	Nodo centro	34	233,3
	Nodo norte	12	288,3
	Nodo centro occidente	39	351,2
Violencia sexual	Acoso sexual	34	23,3
	Acceso carnal	74	50,7
	Explotación sexual	2	1,4
	Trata de personas	2	1,4
	Actos sexuales	43	29,5
	Otras violencias sexuales	33	22,6

Fuente: La presente investigación – año 2024.

La tabla 2, muestra la incidencia del evento de violencia sexual en niñas y

adolescentes del Departamento de Nariño en el año 2023, las cifras son importantes y destaca la alta incidencia en el grupo de 12 a 19 años, así como en zonas rurales y centros poblados dispersos. El acceso carnal es la forma más común de violencia sexual reportada, además la desigualdad social también es un factor relevante, con mayor incidencia en poblaciones con seguridad social subsidiada. Se observa que hay disparidades en cuanto a la distribución por nodos geográficos, resaltando una alta incidencia en el nodo centro occidente.

2.3 ABORDAJE CLÍNICO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE LA RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

Tabla 3. Abordaje clínico asistencial de la ruta de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual en niñas y adolescentes en el Departamento de Nariño 2023.

ATENCIÓN EN SALUD	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	NODO NORTE	NODO OCCIDENTE	NODO CENTRO	NODO SUR	NODO CENTRO OCCIDENTE	PROMEDIO
Anticoncepción de emergencia	Auditoría	Disponibilidad de medicamentos e insumos	100%	66%	100%	100%	100%	93,2%
	Sivigila	Profilaxis menor a 72 horas	0%	27%	50%	100%	60%	47,4%
Profilaxis TS/VIH	Auditoría	Disponibilidad de medicamentos e insumos	100%	35%	90%	86%	50%	72,2%
	Sivigila	Profilaxis menor a 72 horas	0%	55%	75%	80%	60%	54%
Interrupción voluntaria del embarazo	Auditoría	Orientación para Interrupción voluntaria del embarazo	0%	10%	25%	10%	0%	9%
	Sivigila	Atención en salud para Interrupción voluntaria del embarazo	0%	60%	19%	36%	13%	25,6%
Salud mental	Auditoría	Atención por profesional de psicología	100%	55%	58%	80%	100%	98,6%
	Sivigila	Reporte a salud mental	100%	84%	97%	95%	100%	95,2%
Remisión a	Auditoría	Activación de	100%	87%	88%	100%	60%	87%

ATENCIÓN EN SALUD	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	NODO NORTE	NODO OCCIDENTE	NODO CENTRO	NODO SUR	NODO CENTRO OCCIDENTE	PROMEDIO
Otras instituciones		ruta al sector protección						
	Sivigila	Remisión a protección	92%	51%	76%	63%	100%	76,4%
	Auditoría	Activación de ruta al sector justicia	100%	66%	33%	85%	100%	76,8%
	Sivigila	Remisión a justicia	83%	43%	94%	83%	62%	73%
Promedio de abordaje clínico por nodo	Auditoría		80%	48,5%	66,7%	73,7%	66%	
	Sivigila		37,5%	54,6%	65,2%	76,8%	62,8%	

Fuente: La presente investigación – año 2024

De acuerdo con la tabla 3, el análisis de los datos sobre los servicios de salud obtenidos de la auditoría y el sistema SIVIGILA revela varias inconsistencias en la implementación de intervenciones clave. Aunque la auditoría muestra una disponibilidad del 100% de insumos para anticoncepción de emergencia en los nodos geográficos, el sistema SIVIGILA indica que menos del 50% de los casos recibieron la profilaxis adecuada dentro de las 72 horas. Además, a pesar de que la disponibilidad de medicamentos para profilaxis de ITS/VIH es del 72,2%, la intervención efectiva reportada por SIVIGILA fue solo del 54%.

En cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo, la mayoría de los nodos no alcanzaron altos niveles de cobertura, a excepción del nodo Occidente, que llegó al 60%. La atención psicológica mostró una alta cobertura en la mayoría de los nodos, aunque en Occidente y Centro los porcentajes fueron considerablemente más bajos (55% y 58%, respectivamente).

Respecto a la remisión a otras instituciones, la ruta hacia el sector de protección mostró una alta activación en casi todos los nodos, excepto en el nodo Centro Occidente, que presentó un cumplimiento del 60%. Sin embargo, la activación de la ruta hacia el sector justicia fue significativamente baja, con solo un 33% en el nodo Centro y un 43% en el nodo Occidente, lo que refleja deficiencias en el acceso a la justicia para las víctimas.

En general, aunque existen recursos disponibles, la implementación de intervenciones clave es inconsistente, lo que pone de manifiesto la necesidad de mejorar la coordinación, capacitación y el seguimiento de las políticas de salud pública.

Tabla 4. Oportunidad en la profilaxis de los eventos de violencia sexual frente al acceso carnal en niñas y mujeres adolescentes.

NODOS	TOTAL DE CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL	CASOS QUE REQUERIRÁN PROFILAXIS ANTES DE LAS 72 HORAS	PROFILAXIS							
			PROFILAXIS VIH		PROFILAXIS HEPATITIS B		OTRAS PROFILAXIS		ANTICONCEPCIÓN EMERGENCIA	
			Si	%	Si	%	Si	%	Si	%
Norte	12	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Occidente	63	11	6	54,5	6	54,5	6	54,5	3	27,3
Centro	34	4	3	75,0	3	75,0	2	50,0	2	50,0
Sur	40	5	4	80,0	2	40,0	4	80,0	5	100,0
Centro occidente	39	5	3	60,0	4	80,0	4	80,0	3	60,0
Total	188	25	16	67.4%	15	62.4%	16	66.1%	13	59.3%

Fuente: La presente investigación – año 2024

La tabla 4, muestra el registro de casos de violencia sexual por nodos geográficos que requerían profilaxis antes de las 72 horas.

Teniendo en cuenta la profilaxis para VIH, se observó que su cumplimiento para esta intervención fue de 67.4%, señalar que en el nodo occidente, el porcentaje no alcanza el 55%; en cuanto a la profilaxis para hepatitis B, se observó que de los 25 casos que requerían profilaxis, solo 15 de ellos la recibieron, siendo los de mayor cumplimiento el nodo centro y nodo occidente. La intervención frente a otras profilaxis demostró que su cumplimiento fue 66.1%, así mismo se observa que para anticoncepción de emergencia el porcentaje general no supera el 60%, siendo los nodos más críticos el occidente y centro.

Tabla 5. Distribución porcentual del cumplimiento del componente de direccionamiento administrativo de la ruta de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual en el Departamento de Nariño 2023.

ASPECTOS A EVALUAR	OPCIONES DE RESPUESTA	FRECUENCIA (N=27)	PORCENTAJE (%)
La IPS cuenta con protocolo institucional para la atención en salud de los sobrevivientes de violencia sexual (Resolución 0459 de 2012).	Si	9	33%
	No	18	67%
La IPS cuenta con ruta para la notificación a las entidades competentes del sector protección,	Si	18	67%

justicia y ministerio público (conflicto armado) que incluye directorio actualizado.	No	9	33%
La IPS tiene implementado la base de datos consolidada de los casos de violencia sexual atendidos en seguimiento por medicina y psicología.	Si	17	63%
	No	10	37%
La IPS tiene represado elementos materiales probatorios (EMP) por entregar a la Policía Judicial - Medicina Legal.	Si	5	19%
	No	22	81%
La IPS tiene conformado y funcionando el comité institucional para violencias basadas en género	Si	13	48%
	No	14	52%

Fuente: La presente investigación – año 2024

En relación con la tabla 5, el cumplimiento del componente de direccionamiento estratégico de la ruta de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual, se evidenció que el 33% de las instituciones cuentan con un protocolo ajustado y adaptado al contexto del municipio, por otro lado, el 67% de este si mantiene una ruta clara para la notificación de casos hacia otros sectores garantes. Respecto al seguimiento que realizan las instituciones de salud a los eventos de violencia sexual atendidos, 10 prestadores de servicios de salud no lo realizan.

En lo que respecta a los elementos materiales probatorios (EMP) represados en las instituciones de salud pendientes por entregar a Policía Judicial - Medicina Legal, se evidenció que el 19% de las IPS tiene materiales represados y, finalmente frente a la conformación y funcionamiento del comité institucional para violencias basadas en género, se observa que hay una paridad entre las que sí tienen conformación y las que no la tienen.

Tabla 6. Explorar relaciones entre los factores sociodemográficos de las niñas y adolescentes en el departamento de Nariño y el tipo de violencia sexual.

VARIABLES	ACCESO CARNAL	ACTOS SEXUALES	ACOSO SEXUAL	TRATA DE PERSONAS
	Chi 2 P Valor			
Nacionalidad	0,129	0,617	0,398	0,007
Nodo	0,003	0,02	<0,001	<0,001
Edad	0,059	0,019	0,426	0,384
Lugar de residencia	0,212	0,746	0,079	<0,001
Estrato de la víctima	0,757	0,358	0,504	0,482
Aseguradora de salud	0,954	0,034	0,145	0,128
Etnia de la víctima	0,02	0,001	0,777	<0,001
Vulnerabilidad de la víctima	0,164	0,553	0,281	0,276
Ocupación de la víctima	0,531	0,726	0,675	0,42
Sexo del agresor	0,976	0,355	0,287	0,985
Lugar de la agresión	0,153	0,024	0,004	<0,001
Parentesco con la víctima	0,001	0,002	0,063	0,001
Convivencia con la víctima	0,993	0,771	0,303	0,196
Cercanía a la víctima	0,004	0,231	<0,01	<0,001

Significancia $p = <0,05$

Fuente: la presente investigación 2024

El análisis de la tabla 6, muestra que factores como el nodo, la etnia de la víctima, el lugar de la agresión, el parentesco y la cercanía a la víctima tienen asociaciones significativas con diferentes tipos de violencia sexual. El nodo se relaciona con todos los tipos de violencia, mientras que la etnia está vinculada al acceso carnal, los actos sexuales y la trata de personas. El lugar de la agresión es relevante para el acoso, los actos sexuales y la trata. Además, el parentesco y la cercanía a la víctima son factores claves en el acceso carnal y la trata, sugiriendo que los agresores cercanos, como familiares o conocidos, son más comunes en estos delitos.

2.4 DISCUSIÓN

La violencia sexual como problema de salud pública, debe entenderse desde un enfoque de riesgo en el que está inmersa toda la población, pues convergen múltiples características que posibilitan el desarrollo del evento; en cuanto a la caracterización de la violencia sexual en niñas y mujeres adolescentes en el presente estudio, se observó que existe una situación alarmante en cuanto al contexto y los factores externos que posibilitan su ocurrencia; los resultados obtenidos revelan que las mujeres en el grupo de edad de 12 a 19 años fueron las más afectadas, representando el 68% de las víctimas, un porcentaje similar al hallado en el Departamento del Cauca, donde el 58,7% correspondieron a este grupo etario (75). Asimismo, en el Huila, entre 2016 y 2020, el 47% de las víctimas de violencia sexual fueron adolescentes (97).

En cuanto a la edad, un estudio realizado en España en 2020 reportó que el promedio de edad de las víctimas de violencia sexual fue de 24,7 años. Este dato revela una disparidad con respecto a los grupos afectados en el presente estudio, lo que refleja diferencias en los niveles de educación, desarrollo socioeconómico y cultural. Estos factores pueden influir directamente en la ocurrencia de la violencia sexual, lo que resalta la necesidad de un análisis más profundo de los determinantes subyacentes que contribuyen a esta problemática (98).

Los resultados comparados y las cifras epidemiológicas conllevan a plantear interrogantes sobre los factores de riesgo que contribuyen a la alta incidencia de violencia sexual en adolescentes en esta región del país. Las posibles explicaciones podrían atribuirse a la similitud en los determinantes sociales, económicos y culturales, que pueden influir en la vulnerabilidad de este grupo poblacional. Por otro lado, se consideran factores determinantes el limitado acceso a la educación sexual integral, la perpetuación de estereotipos de género y roles tradicionales, así como también la escasez de recursos y servicios de apoyo para las víctimas (99).

Respecto al régimen de seguridad social en salud, el estudio mostró que el 91% de las víctimas estaban afiliadas al régimen subsidiado, este alto porcentaje puede indicar que las víctimas de violencia sexual enfrentan mayores dificultades socioeconómicas, por tanto, este aspecto podría incidir en una mayor vulnerabilidad. En contraposición, un estudio realizado en el departamento de Antioquia reveló que el 70,4% de las víctimas estaban afiliadas al régimen contributivo, el 15,6% al régimen subsidiado, y un 5,8% no tenían afiliación a ningún régimen (40). Teniendo en cuenta la confrontación anterior, se evidencia que la violencia sexual se perpetua en diferentes ámbitos y contextos independientemente de factores socioeconómicos.

La diversidad étnica también juega un papel importante en la violencia sexual. Un estudio nacional en Colombia reveló que el 25% de las víctimas eran afrodescendientes y el 10% eran indígenas (76). Sin embargo, en el Departamento de Nariño, los datos mostraron una mayor concentración de víctimas pertenecientes a otras etnias, con un 60% de los casos, de los cuales el 31% eran afrodescendientes y el 9% indígenas. Este patrón sugiere una mayor ocurrencia del evento en ciertas poblaciones étnicas, lo que puede estar relacionado con factores etnoculturales.

Otro factor relevante es la relación entre las víctimas y los agresores. En Colombia, los datos sobre violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes (NNA) revelan que el 68% de los casos de abuso sexual involucraron a familiares o conocidos de las víctimas como presuntos perpetradores. De estos, el 65% fueron cometidos por familiares cercanos, y el 62,43% de las agresiones ocurrieron en el ámbito doméstico, siendo los padres o padrastros los principales responsables. Esta tendencia se mantuvo en el presente estudio, pues mostró que el 26% de los agresores fueron parejas de las víctimas y el 21% familiares (3).

La literatura especializada coincide en que las intervenciones para prevenir y abordar la violencia intrafamiliar y de pareja deben considerar la complejidad de las relaciones familiares y las dinámicas de poder y control que a menudo están presentes en estos contextos (78). Es fundamental que los programas de prevención y las políticas públicas no sólo respondan a los incidentes de violencia, sino que también aborden los factores de riesgo, el acceso a servicios de salud, fortalezcan la capacidad de denunciar el evento y promuevan relaciones basadas en la igualdad y el respeto mutuo.

En este estudio se encontró que la cercanía emocional o familiar, así como el parentesco con la víctima, están significativamente asociados con el riesgo de violencia sexual, especialmente en casos de acceso carnal, actos sexuales y trata de personas. Estos hallazgos coinciden con investigaciones recientes que sugieren que los agresores frecuentemente aprovechan las relaciones de confianza o proximidad para perpetrar actos de violencia sexual, lo que incrementa la vulnerabilidad de las víctimas en dichos contextos (79). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 60% de las mujeres que han experimentado violencia sexual han sido agredidas por personas cercanas a ellas, incluyendo familiares y parejas íntimas (100).

De igual manera, la relación significativa entre la cercanía a la víctima y diversos tipos de agresión respalda la literatura actual, que destaca la proximidad como un factor de riesgo clave para la violencia sexual (80). La estrecha relación entre la cercanía del agresor a la víctima y los diversos tipos de agresión respalda la literatura existente, que señala la proximidad como un factor de riesgo clave para la violencia sexual (80). En América Latina, un estudio de la Comisión Económica

para América Latina y el Caribe (CEPAL) reveló que más del 50% de las víctimas de violencia sexual infantil son agredidas por familiares directos o personas con quienes tienen una relación de confianza (101). Estos datos subrayan la necesidad de abordar la prevención de la violencia sexual no solo desde la perspectiva del agresor, sino también considerando las dinámicas sociales y familiares que facilitan estas situaciones. La identificación temprana de factores de riesgo vinculados a la cercanía emocional o familiar es crucial para implementar estrategias de intervención y protección más efectivas, especialmente en contextos donde la confianza y las relaciones de parentesco son vulneradas por la violencia.

Además, la etnicidad de la víctima también mostró una asociación significativa en ciertos tipos de violencia, como el acceso carnal y los actos sexuales. Esto sugiere una mayor vulnerabilidad de algunas minorías, lo cual coincide con estudios previos que resaltan cómo factores estructurales, como la discriminación y la marginación social, pueden aumentar el riesgo de victimización sexual en minorías étnicas (81). Por otro lado, el nodo geográfico fue relevante en los casos de acoso sexual y trata de personas, lo que indica que el contexto regional influye en la exposición a la violencia. Esto apoya investigaciones que sugieren la necesidad de políticas públicas específicas para prevenir la violencia en áreas vulnerables y responder a las condiciones locales (82).

Además, la etnicidad de la víctima también mostró una asociación significativa en ciertos tipos de violencia, como el acceso carnal y los actos sexuales. Esto sugiere una mayor vulnerabilidad de algunas minorías, lo cual coincide con estudios recientes que destacan cómo factores estructurales, como la discriminación y la marginación social, pueden aumentar el riesgo de victimización sexual en minorías étnicas. Según un informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de 2023, las mujeres indígenas y afrodescendientes continúan enfrentando una mayor tasa de violencia sexual que el resto de la población.

La discriminación estructural, la falta de acceso a servicios de salud y la exclusión social son factores que agravan esta situación, lo que las coloca en una posición de mayor vulnerabilidad frente a la violencia sexual (102). Además, un estudio reciente de la ONU muestra que las mujeres indígenas en América Latina tienen el doble de probabilidades de ser víctimas de violencia sexual que las mujeres no indígenas, y las niñas indígenas tienen mayores tasas de abuso sexual infantil (103). Estos hallazgos resaltan la urgencia de diseñar políticas públicas sensibles a las características étnicas de las víctimas y de asegurar que las intervenciones sean culturalmente pertinentes y accesibles.

Por otro lado, el nodo geográfico también fue relevante en los casos de acoso sexual y trata de personas, lo que indica que el contexto regional influye en la exposición a la violencia. Investigaciones recientes de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en 2023 han señalado que las

regiones con altas tasas de pobreza, marginalidad y falta de acceso a servicios básicos presentan índices más elevados de trata de personas y explotación sexual. En particular, las zonas rurales, fronterizas y las regiones con altos niveles de violencia estructural, como las áreas de conflicto armado, son más propensas a ser utilizadas para la explotación sexual y la trata de personas (104). Esto también se observa en países de América Latina, donde el contexto geográfico de las víctimas, como su ubicación en zonas urbanas vulnerables o en comunidades rurales remotas, afecta el tipo y la frecuencia de la violencia sexual a la que están expuestas.

Estos hallazgos respaldan la necesidad de políticas públicas específicas y adaptadas a las características geográficas y sociales de cada región para prevenir la violencia sexual y la trata de personas. Las intervenciones deben tener en cuenta las particularidades de las comunidades, considerando tanto los factores étnicos como las condiciones socioeconómicas y geográficas, para garantizar respuestas más eficaces y equitativas ante esta problemática (105).

En las instituciones de salud ubicadas en la costa pacífica del Departamento de Nariño, los procesos de gestión sanitaria relacionados con la anticoncepción de emergencia en casos de violencia sexual evidencian una significativa deficiencia en la disponibilidad de insumos y medicamentos. Según los datos obtenidos, un 66% de las instituciones reportaron la disponibilidad de anticonceptivos de emergencia, pero solo el 27,3% de las mujeres que requerían este tratamiento efectivamente lo recibieron (83). Esta baja disponibilidad de medicamentos parece ser una de las principales causas de la inoportunidad en el suministro de la profilaxis, lo que transgrede las normativas y lineamientos establecidos para proteger a las víctimas de violencia sexual. Esto pone en riesgo la salud de las mujeres al no ofrecerles la prevención necesaria contra embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Un análisis comparativo con un estudio realizado en Chile sobre violencia sexual en el servicio de urgencias (83) muestra resultados alarmantemente similares. Entre los años 2020 y 2023, solo el 29,9% de las víctimas de violencia sexual recibieron anticoncepción de emergencia, mientras que un 44,7% no recibió medicamentos y el 25,4% no fue registrada su atención. Esta similitud en los datos subraya un patrón común en la deficiencia de la provisión de anticonceptivos de emergencia en contextos de violencia sexual, tanto en Nariño como en Chile, lo que resalta la necesidad urgente de mejorar la respuesta de los sistemas de salud.

La falta de acceso oportuno a anticoncepción de emergencia no solo se debe a la insuficiente disponibilidad de medicamentos, sino también a fallas en la gestión sanitaria y la capacitación del personal médico. La omisión en el registro de la administración de estos tratamientos, como se evidenció en el estudio chileno, es otro obstáculo que agrava la situación, dificultando la evaluación y mejora de los protocolos de atención. Este déficit en la atención integral a las víctimas refleja

una grave falencia en el sistema de salud que pone en riesgo la recuperación física y emocional de las mujeres afectadas por violencia sexual.

Es fundamental que, tanto en Nariño como en otros contextos, se implementen medidas urgentes para mejorar la disponibilidad continua de anticonceptivos de emergencia, así como la capacitación del personal de salud en el manejo adecuado de casos de violencia sexual. Además, es necesario establecer sistemas de registro claros y rigurosos que garanticen que las víctimas reciban la atención médica adecuada en el momento oportuno. Solo a través de estas acciones se podrá garantizar el cumplimiento de los derechos de las mujeres y niñas víctimas de violencia sexual, mejorando su bienestar y promoviendo una respuesta sanitaria efectiva frente a esta grave problemática.

En cuanto a la disponibilidad de medicamentos para la profilaxis de infecciones de transmisión sexual, como VIH, Hepatitis B y otras, se encontró que el 72% de las instituciones de salud auditadas por el ente territorial cuentan con estos insumos. Sin embargo, las Empresas Sociales del Estado (ESE) pertenecientes al nodo occidente y centro occidente presentaron niveles de abastecimiento bajos, con un 35% y un 50%, respectivamente. Por otro lado, la aplicación de profilaxis para VIH tuvo un promedio de 53,9%, para Hepatitis B un 50%, y otras profilaxis alcanzaron el 53%.

Este panorama es coherente con los hallazgos en estudios previos realizados en Colombia, como el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2021, que señala que en varias regiones del país la cobertura en la administración de profilaxis para VIH y Hepatitis B en casos de violencia sexual es insuficiente. En algunas zonas rurales y marginadas, el suministro de medicamentos es aún más limitado, lo que agrava la respuesta ante la violencia sexual y aumenta los riesgos para las víctimas de no recibir la atención adecuada en el momento oportuno (106).

Un estudio realizado en Bogotá en 2022, por ejemplo, reveló que solo el 41% de las víctimas de violencia sexual recibieron profilaxis para VIH en las primeras 72 horas posteriores al evento, a pesar de que las normativas del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia exigen que todos los casos reciban este tratamiento inmediatamente después de la atención médica inicial (107). Esta baja tasa de administración de profilaxis para VIH en el contexto colombiano refleja las barreras sistemáticas, como la falta de recursos y la insuficiente capacitación del personal de salud, las cuales también pueden contribuir a los bajos porcentajes observados en las instituciones de Nariño.

En un estudio comparativo, Olmos (84), en un servicio de urgencias en Chile, el 36% de los casos de violencia sexual recibió tratamiento profiláctico contra el VIH, mientras que un 64% no lo recibió durante el periodo estudiado. Las conductas y pautas médicas observadas en ambos estudios son similares, pero se evidencia

que el tratamiento no alcanza una cobertura óptima. Las barreras directas que podrían explicarlo incluyen el bajo stock de fármacos y el desconocimiento en el manejo de la profilaxis. En este sentido, es responsabilidad del ente regulador de salud continuar fortaleciendo la adherencia a los protocolos de atención en casos de violencia sexual y exigir la disponibilidad de estos insumos para la prestación de servicios.

En Colombia, la Ley 1257 de 2008, que promueve la protección de las mujeres contra todas las formas de violencia, garantiza el acceso a la atención integral de salud para las víctimas, incluyendo la profilaxis contra infecciones de transmisión sexual (ITS) como VIH y Hepatitis B en casos de violencia sexual, obligando a las instituciones de salud a proporcionar atención inmediata dentro de las primeras 72 horas del evento, conforme a los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud (108). En línea con esta legislación, el Protocolo de Atención Integral a las Víctimas de Violencia Sexual (4), emitido por el mismo ministerio, dispone que las víctimas deben recibir, de manera urgente, profilaxis contra el VIH y Hepatitis B, así como acompañamiento psicológico y atención en salud sexual y reproductiva, con el fin de evitar consecuencias graves en su salud, tanto físicas como psicológicas.

A pesar de la existencia de esta normativa, se observan barreras en la implementación de las pautas médicas, que pueden explicarse por factores como la insuficiencia de suministros y la falta de capacitación continua del personal médico. Por lo tanto, es imperativo que el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), como ente regulador de salud, refuerce la asistencia técnica a las instituciones de salud, asegurando la disponibilidad de los insumos necesarios para una atención adecuada. Además, debe garantizar que los protocolos establecidos se respeten y apliquen de manera efectiva, con el fin de mejorar la adherencia a los lineamientos de atención y asegurar que los medicamentos esenciales estén disponibles en todo momento. Este enfoque no solo mejorará la respuesta a la violencia sexual, sino que también fortalecerá el cumplimiento de las políticas públicas orientadas a proteger los derechos y la salud de las víctimas.

La gestión en salud para la activación de la ruta según los escenarios y contextos de los casos de violencia sexual fue importante dentro de las instituciones de salud, el estudio demostró una alta activación de la ruta para el sector justicia como para el sector protección, sin embargo, algunas publicaciones como la realizada por Naranjo menciona que lamentablemente, la respuesta del sistema de justicia y protección a menudo ha sido insuficiente, lo que perpetúa la impunidad y dificulta que las víctimas accedan a la justicia y a los servicios de apoyo que necesitan. (85) Estos sectores poseen una tarea fundamental en la lucha contra la violencia sexual, por un lado, deben garantizar que los casos se investiguen de manera exhaustiva, por otro lado, el sector de protección debe asegurar que las víctimas tengan acceso a servicios integrales de atención, como

asesoramiento psicológico, asistencia médica y apoyo legal (109).

Con respecto al componente de direccionamiento administrativo en cuanto a atención integral en salud a víctimas de violencia sexual en el Departamento de Nariño, se encontró que el 67% de las instituciones de salud auditadas no cuentan con protocolos de atención ajustados o adaptados a su territorio, lo cual es una problemática que afecta de manera directa la prestación del servicio de salud, limitado la calidad, la oportunidad y la humanización. Estos hallazgos coinciden con una investigación realizada en México donde se encontró que solo el 38% de los hospitales contaban con protocolos específicos para la atención de víctimas de violencia sexual (86), en esta comparación, cabe resaltar que los estudios en mención coinciden de manera amplia en sus resultados, evidenciando así que las instituciones de salud no cuentan con un direccionamiento estratégico desde la normatividad para el abordaje de este evento.

En cuanto a las limitaciones del trabajo de investigación, se observó que no fue posible evaluar los 64 municipios del Departamento de Nariño ni todas las Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales son de carácter público, lo que hubiese podido enriquecer y complementar la información obtenida. Además, se detectó que, al auditar las instituciones de salud, las personas responsables de recibir la visita frecuentemente son las encargadas del manejo de otro programa o con procesionales de nueva vinculación que están sujetos a la adaptación, lo que puede ocasionar variaciones en los datos recopilados.

Respecto a la información obtenida por el sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA, podría existir variabilidad y la no calidad del dato, que está sujeto al manejo y diligenciamiento de las personas responsables del registro y, que por lo general no tienen el conocimiento y la formación continua y suficiente.

3. CONCLUSIONES

La violencia sexual afecta principalmente a mujeres adolescentes entre 12 y 19 años, siendo las escolares las más vulnerables, con una distribución de casos similar entre áreas urbanas y rurales. Los sectores socioeconómicos más vulnerables presentan una mayor cantidad de incidentes reportados, destacándose que el hogar es el lugar más frecuente de ocurrencia de estos actos, siendo los agresores mayormente familiares o amigos cercanos. Las modalidades más comunes de violencia sexual fueron el acceso carnal y los actos sexuales.

En términos geográficos, se supervisa que en los municipios del nodo norte y centro occidente del Departamento de Nariño, la tasa de violencia sexual es de aproximadamente 300 casos por cada 100.000 mujeres y niñas en el grupo de edad estudiado. Esta tasa se distribuye de manera equilibrada entre zonas urbanas y rurales, con un predominio en la afiliación subsidiada. Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer las estrategias de prevención y apoyo, especialmente en los sectores más vulnerables y en los entornos familiares donde se concentra gran parte de la violencia.

Existen disparidades significativas en la atención de salud para víctimas de violencia sexual, particularmente en la disponibilidad y distribución de recursos entre nodos geográficos. Mientras algunos logran una cobertura parcial en áreas críticas como anticoncepción de emergencia y profilaxis para ITS/VIH, otros enfrentan importantes deficiencias, lo que evidencia una baja adherencia a los protocolos establecidos y afecta la calidad y oportunidad del tratamiento. A pesar de que más del 60% de las instituciones disponen de rutas de notificación hacia entidades de protección y justicia, se observaron demoras en la gestión de pruebas y seguimiento de casos, señalando limitaciones en la respuesta institucional y en la gestión del riesgo.

Este estudio revela que factores como el lugar de residencia, la etnia de la víctima, el parentesco con el agresor y el lugar de la agresión están estadísticamente relacionadas con los diferentes tipos de violencia sexual como acceso carnal,

actos sexuales, acoso sexual y trata de personas en niñas y adolescentes en Nariño. Estos resultados destacan la importancia de considerar el contexto social y familiar en las estrategias de prevención y atención de la violencia sexual en la región.

4. RECOMENDACIONES

Es fundamental que los entes gubernamentales implementen mecanismos más rigurosos de seguimiento y control sobre el cumplimiento de los protocolos de atención a víctimas de violencia sexual en las IPS. Esto incluye la creación de un sistema de auditorías periódicas y la imposición de sanciones efectivas a aquellas instituciones que no cumplan con las normativas establecidas.

Es crucial que se fortalezcan los canales de comunicación entre las autoridades de salud, justicia y protección, para asegurar una respuesta coordinada y eficiente que no solo garantice la atención adecuada a las víctimas, sino también la aplicación de las sanciones correspondientes a los responsables de estos delitos y a las instituciones que no cumplan con su deber de protección.

Implementar estrategias de información y educación a nivel comunitario, que sensibilicen sobre la importancia de reconocer y denunciar la violencia sexual. Estas actividades deben estar orientadas a aumentar la conciencia sobre los signos de abuso y violencia, proporcionando información clara y accesible sobre cómo y dónde denunciar estos delitos. Además, se recomienda involucrar a líderes comunitarios, escuelas y organizaciones locales en la difusión de estos mensajes, creando una red de apoyo comunitaria que facilite la detección temprana y la intervención rápida, garantizando que las víctimas reciban la protección y el apoyo necesario.

Incluir en los currículos de las carreras de salud, módulos específicos sobre la atención integral a víctimas de violencia sexual, esto debe abarcar aspectos relacionados con el abordaje clínico integral; por otro lado, es necesario fortalecer las competencias técnicas a través de programas de formación continua que incluyan la atención a víctimas según normatividad vigente y el proceso de activación de ruta intersectorial que permitan garantía de atención en salud.

Se recomienda a los investigadores del ámbito de la salud continuar el estudio de gestión sanitaria en violencia sexual, incluyendo las instituciones de salud públicas de los municipios que no se incluyeron e instituciones privadas y de tercer nivel de complejidad, a fin de tener una mirada holística del fenómeno, como también la identificación integral de los procesos de gestión, atención en salud y cumplimiento del protocolo de violencia sexual para el Departamento de Nariño.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022 – 2031 [Internet]. 2022 abril [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra las mujeres. Washington, DC: OPS, 2021 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Defensoría del Pueblo Colombia. Informe defensorial: Violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes en Colombia: Análisis de la respuesta estatal [Internet]. 2023 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13061/557>
4. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 459 de 2012 por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Diario Oficial No. 48.367 (mar. 9 2012)
5. García Moreno C. Violencia de género [Internet]. Harvard Center for Population and Development Studies, 2024 [Citado el 12 de septiembre 2024] Disponible en: <https://www.acnur.org/violencia-de-genero>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual [Internet]. Washington, D.C., 2020 [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52043/9789275221822_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Caballero Blanco V, Gómez Sandoval P, Narváz Sánchez C. Cumplimiento del protocolo para la atención integral en salud a víctimas de violencia sexual, en un servicio de pediatría en Bogotá Colombia. *Medicina* [Internet]. 2019 [citado el 22 de febrero de 2024]; 41(4): 322-338. Disponible en: <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1478/1850>
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Más de 370 millones de niñas y mujeres en todo el mundo se ven sometidas a violaciones y abusos sexuales en la infancia. [Internet]. 2024 octubre 10 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/mas-370-millones-ninas-mujeres-mundo-sometidas-violaciones-abusos-sexuales-infancia>
9. Red Internacional de los Derechos del Niño. Los países latinoamericanos clasificados con respecto a la prevención y la respuesta a la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes [Internet]. 7 de marzo de 2023 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://home.crin.org/readlistenwatch/stories/oosi-latin-america-es>
10. La no prescripción de delitos sexuales cometidos en menores de edad, a un paso de ser ley de la República. [Internet]. 2020. Colombia [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.camara.gov.co/la-no-prescripcion-de-delitos-sexuales-cometidos-en-menores-de-edad-a-un-paso-de-ser-ley-de-la>
11. Chávez Yacila R. Las cifras del abuso: adolescentes de 12 a 17 años son la mayoría de víctimas de violencia sexual en Perú [Internet]. 27 de noviembre de 2022 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://ojo-publico.com/derechos-humanos/genero/adolescentes-son-la-mayoria-victimas-violencia-sexual-peru>
12. Gutiérrez-Ramos M. La violencia sexual en el Perú. *Rev. Peru. ginecol. obstet.* 2021; 67(3). <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v67i2338>
13. Procuraduría General de la Nación. Procuraduría reveló el alarmante panorama de violencia sexual infantil en Colombia [Internet]. 2024 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/procuraduria-revelo-alarmando-panorama-violencia-sexual-infantil-Colombia.aspx>
14. Procuraduría General de la Nación. 3 mujeres cada hora, 128 al día y 47 mil en el 2022, fueron víctimas de violencia intrafamiliar: Procuraduría [Internet]. 2023 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/3-mujeres-cada-hora-128-al-dia-y-47->

mil-en-2022-fueron-victimas-de-violencia-intrafamiliar-procuraduria.aspx

15. Observatorio de Género de Nariño. VII Boletín Cifras Violeta Nariño 2021[Internet]. 2022 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://observatoriogenero.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2023/03/CIFRAS-VIOLETA-NARI%C3%91O-7VF-30112021-1.pdf>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención de las violencias de género y sexual, y atención integral a las víctimas [Internet]. 2021 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Prevenci%C3%B3n-de-las-violencias-de-g%C3%A9nero-y-sexual,-y-atenci%C3%B3n-integral-a-las-v%C3%A9ctimas.aspx>
17. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Objetivos de desarrollo Sostenible [Internet]. [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/es/human-trafficking/sdgs.html>
18. Capriati A, Seghezzo Gogolino J. Enfoques sobre la violencia sexual contra las niñas y adolescencias.: Una revisión narrativa para articular saberes y contribuir con estrategias de prevención y asistencia. Del Prudente Saber Y El máximo Posible De Sabor. 2024;(19): e0022. <https://doi.org/10.33255/26184141/1820e0022>
19. Palacios CV, Blanco SA, Bravo RG, Fernández MA, Romero MA, Alonso MDC. Impacto de la violencia de género en las niñas y las adolescentes. Atención primaria. 2024; 56 (11). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102972>
20. Farfan Quinto MDLM, Quezada Martínez AR. Violencia sexual en adolescentes, desde la perspectiva del agresor y de la víctima: Una revisión sistemática [Tesis de grado]. Lima – Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2024 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/139641/Farfan_QMM_Quzada_MAR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Turrillas Muñoz M. (2023). Embarazo adolescente y abuso sexual infantil: una realidad invisible [Trabajo de grado]. Pamplona/Iruñea: Universidad Pública de Navarra; 2023 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/server/api/core/bitstreams/88a690a4-45fe-4b26-8ba6-f5b97662c269/content>
22. Díaz Coronel E. Gestión de la atención integral en víctimas de violencia sexual en un Centro de Emergencia Mujer, Lima 2023 [Tesis de grado]. Lima – Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2024 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/145764/Diaz_CE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Casas-Muñoz A, Carranza-Neira J, Intebi I, Lidchi V, Eisenstein E, Greenbaum J. Abordaje de la violencia sexual infantil: un llamado a la acción para los profesionales de América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e54. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.54>
24. Barja-Ore J, Flores-Paucarima A, Campos-Enrique J, Burga-Martos A. Manifestaciones de violencia contra la mujer en zonas urbanas y rurales del Perú. *Rev Cubana Med Milit* [Internet]. 2022 [citado el 2 de septiembre de 2023]; 51 (4). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2187>
25. Mariscal Palle E. Caracterización epidemiológica de la violencia sexual durante la pandemia de COVID 19 en la División de Medicina Forense de la ciudad de El Alto en la gestión 2020 [Tesis doctoral]. Universidad Mayor de San Andrés (Bolivia); 2021 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/28923>
26. Gómez Martín B. Abordaje de la violencia sexual en los servicios de urgencias: una perspectiva enfermera. Universidad de Valladolid; 2021 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47735/TFGH2239.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Burgueño Alcalde F, Cabrera Cárdenas CL, Peñafiel Peñafiel MB, Rodríguez Sánchez DA. Determinantes sociales de la salud en mujeres que viven violencia en el Ecuador austral. *AVFT* [Internet]. 6 de abril de 2023 [consultado el 8 de noviembre de 2024];41(6). Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/25955
28. Vázquez Ramos A, López González G, Torres Sandoval I. La violencia de género en las instituciones de educación superior: elementos para el estado de conocimiento. *RLEE*, 2021;51(2):299-326. <https://doi.org/10.48102/rlee.2021.51.2.382>
29. ONU Mujeres. Violencia contra las mujeres durante el COVID-19 [Internet]. 2021 [citado el 23 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://wrd.unwomen.org/sites/default/files/2022-04/Measuring-shadow-pandemic-SP.pdf>
30. Brito Rodríguez S, Porra L, Posada Lecompte M. Femicidio y violencia de género. Percepciones de mujeres chilenas estudiantes de educación superior. *RRTS*. 2021;(25):41-7. <https://doi.org/10.51188/rrts.num25.484>

31. Arboit J, Padoin SM de M, Vieira LB. Violence against women in Primary Health Care: Potentialities and limitations to identification. *Aten Primaria*. 2020;52(1):14–21. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.008>
32. Meneses Pantoja AM. Sistematización de la experiencia del proceso de intervención desde Trabajo Social en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Centro Zonal de Mocoa Putumayo con niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual [Trabajo de grado]. San Juan de Pasto: Universidad Mariana; 2023 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.umariana.edu.co/bitstream/handle/20.500.14112/28451/SISTEMATIZACION%20AJUSTADO%20.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
33. Raigosa Correa AC, Millán-Otero KL. Voces de la intervención psicosocial en la atención del maltrato y abuso sexual de niños, niñas y adolescentes en Medellín. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2024; (71): 136-163. <https://www.doi.org/10.35575/rvucn.n71a7>
34. Moreno S. El modelo médico hegemónico y su impacto en la atención a víctimas de violencia sexual: la noción de revictimización en las narrativas de médicos y médicas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2024;42:e354189DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e354189>
35. Rúa Duque A, Duque Aristizábal E. Barreras de acceso frente a la ruta de atención integral a niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual entre los 13 y 16 años en la comuna 3 de la ciudad de Medellín [Tesis de grado]. Bello Antioquia: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2023 [citado el 23 de febrero de 2024]. Disponible en: https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/17902/1/T.TS__R%c3%baaDuqueAndrea_2023.pdf
36. López Muñoz JH, Potosí Sierra ID, Tarapuez Yanpuezan SV. Garantía de los derechos de las mujeres víctimas de violencia sexual en el contexto del conflicto armado en el Departamento de Nariño, entre los años 2015 y 2022 [Tesis de grado]. San Juan de Pasto - Nariño [Colombia]: Universidad CESMAG; 2023 [citado el 23 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unicesmag.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/943/1/C EDE016-DE%20L864m%202023.pdf>
37. Bonilla Manguera MDT, Galindo-Buitrago JI, Jiménez Barbosa WG. (2023). Violencia sexual en el departamento del Huila (Colombia): un problema de salud pública, 2016-2020. *Revista Científica Salud Uninorte*. 2023; 39(2): 477–497. <https://doi.org/10.14482/sun.39.02.720.493>
38. Bermúdez Ayala MA, Bachiller Moscoso CP, Fuentes López HJ. “Violencia

física contra la mujer durante el confinamiento por covid-19 en Bogotá, Colombia”. Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía. 2023;32(2): 424-437. <https://doi.org/10.15446/rcdg.v32n2.101555>.

39. Moreno-Realphe SP. Subjetividades de médicas y médicos en su encuentro con víctimas de violencia sexual en hospitales universitarios de Medellín, Antioquia, 2021-2022. *Saude soc.* 2024; 33 (1). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230441es>
40. Noreña-Herrera C, Rodríguez SA. Violencia sexual en un municipio de Colombia: características de las víctimas y de sus victimarios, 2011-2020. *Biomédica.* 2022;42(3):492-507. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6460>
41. Arregocés Arzuaga A, Mendoza Espejero W, Mendoza Cudris M. Programa psicosocial para la prevención de la violencia sexual infantil dirigido a la comunidad educativa Colegio Ebenezer en la ciudad de Valledupar [Trabajo de grado]. Valledupar: Fundación Universitaria del Área Andina; 2021 [Citado 20 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/5920>
42. Martínez Agudelo JC, Arango Gallego LF, Mejía Alzate EA. Rutas de atención para la violencia intrafamiliar durante el confinamiento causado por el COVID-19 en Medellín. En *Derecho de Familias, Infancias y Adolescencias*. Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó; 2023
43. Loaiza Loaiza Y, Pino Perdomo MF. Patrones de violencia de género en los resguardos de la ACIT. *IDEST [Internet]*. 4 de enero de 2021 [citado 8 de noviembre de 2024];1(1):93-121. Disponible en: <https://revista.fundes.edu.co/index.php/revista/article/view/7>
44. Melo González AJ. Afectaciones de las violencias psicológica, física y colectiva asociadas al conflicto armado en las relaciones sociales que tienen los adolescentes de 12 a 17 años del barrio obrero del municipio de Tumaco [Trabajo de pregrado]. San Juan de Pasto: Universidad CESMAG, 2024. [citado 8 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unicesmag.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/1155>
45. Zamora Solarte JP, Palacios Chamorro DM. Violencia de Género en estudiantes de pregrado Periodo 16:4 Del 2020 de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD ZCSUR CCAV Pasto. 2021 [Trabajo de grado]. San Juan de Pasto; 2021 [citado el 23 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/41235>
46. Salas Cubillos N, García Charry VC, Zapata Losada LV, Díaz Usme OS.

Intervenciones en violencia de género en pareja: Artículo de Revisión de la Literatura. Revista Cuidarte [Internet]. 31 de agosto de 2020 [citado 3 de diciembre de 2024];11(3). Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/980>

47. Lorenz K. On Aggression. New York: Harcourt Brace Jovanovich; 1966.
48. Thornhill R, Palmer CT. A Natural History of Rape: Biological Bases of Sexual Coercion. Cambridge: MIT Press; 2000.
49. Dutton DG, Golant SK. The Batterer: A Psychological Profile. New York: Basic Books; 1995.
50. Straus MA. Beating the Devil Out of Them: Corporal Punishment in American Families. New Brunswick: Transaction Publishers; 2001.
51. Widom CS. The cycle of violence. Science. 1989;244(4901):160-166. <https://doi.org/10.1126/science.2704995>
52. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
53. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
54. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Q. 1966;44(3):166-206. <https://doi.org/10.2307/3348969>
55. Vela J. Gestión Administrativa en la calidad de atención en los servicios del Hospital Amazónico de Yarinacocha [Tesis de grado]. Trujillo – Perú: Universidad Cesar vallejo; 2019 [citado el 23 de octubre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/44202/Vela_VJN-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
56. Congreso de la República. 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. Diario Oficial No. 47.193 (dic. 4 2008)
57. Poggi F. Sobre el concepto de violencia de género y su relevancia para el derecho Doxa. Cuadernos de Filosofía del Derecho. 2019, 42: 285-307.

doi:10.14198/DOXA2019.42.12

58. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2020). Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe [Internet]. Organización de los Estados Americanos; 2019 [citado el 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>
59. Colombia. Ministro De Salud Y Protección Social. Resolución 1229 de 2013 por la cual se establece el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano. Diario Oficial No. 48.771 (abr. 24 2013)
60. Rojas CP, Hernández HG, Niebles WA. Gestión administrativa sustentable de los sistemas integrados de gestión en los servicios de salud. Revista Espacios [Internet]. 2020 [citado el 23 de octubre de 2024]; 41(01). Disponible en: <http://ww.revistaespacios.com/a20v41n01/a20v41n01p06.pdf>
61. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Diario Oficial No. 50.674 (ago. 3 2018)
62. United Nations. Convention on the Rights of the Child [Internet]. 20 de noviembre de 1989. [citado el 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc.pdf>
63. CONPES 3811. El Desarrollo Agropecuario del PYEP. Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia [Internet]. 2014 [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3811.pdf>.
64. Constitución Política de Colombia. Artículo 11. Gacetas Asamblea Constituyente de 1991 (1991). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>
65. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148 (dic. 23 1993)
66. Congreso de la República. Ley estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.427 (feb. 16 2015)

67. Congreso de la República. 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. Diario Oficial No. 46.506 (ene. 9 2007)
68. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 47.957 (ene. 19 2011)
69. Congreso de la República. 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. Diario Oficial No. 49.186 (jun. 18 2014)
70. El Presidente de la Republica de Colombia. Decreto 652 de 2001 por el cual se reglamenta la Ley 294 de 1996 reformada parcialmente por la Ley 575 de 2000". Diario Oficial No. 44.394 (abr. 20 2001)
71. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Diario Oficial No. 51.149 (nov. 26 2019)
72. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución número 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (oct. 4 1993)
73. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la Investigación [Internet]. México D.F.: McGraw-Hill; 2022. [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/XUcS7U>
74. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en participantes humanos [Internet]. 2024 [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
75. Defensoría del Pueblo. Boletín: Estadísticas de la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes [Internet]. 2021 [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.defensoria.gov.co/server/api/core/bitstreams/f25205d5-813f-4fa6-b6c4-8cc318d75963/content>

76. Pérez-Martínez A, Rodríguez-Fernández A. (2024). La violencia contra la mujer, una revisión sistematizada. *Universitas-XXI, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*. 2024; (40):139-158. <https://doi.org/10.17163/uni.n40.2024.06>
77. White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, Gillard S, Brett E, Allwright L, Iqbal N, Khan A, Perot C, Marks J, Mantovani N. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2024 Jan;25(1):494-511. doi: 10.1177/15248380231155529. Epub 2023 Feb 24. PMID: 36825800; PMCID: PMC10666489.
78. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?. *The Lancet*. 2022; 385(9977): 1555-1566.
79. Mensah P, Atta IK, Oppong FB, Koomson D, Aboagye RG. Prevalence and predictors of intimate partner violence among Ghanaian women: a cross-sectional study in the northern and southern belts. *BMC Public Health*. 2018;23(1):1-11.
80. Owusu-Addo E, Owusu-Addo SB, Bennor DM, Mensah-Odum N, Deliege A, Bansal A, Yoshikawa M, Odame J. Prevalence and determinants of sexual abuse among adolescent girls during the COVID-19 lockdown and school closures in Ghana: A mixed method study. *Child abuse & neglect*. 2023;135: 105997. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105997>
81. Dadi AF, Ahmed KY, Berhane Y, Bizuayehu HM, Tesema GA, Hassen TA, et al. Partner violence and child health outcomes in 37 Sub-Saharan African countries: a demographic health survey data analysis from 2011 to 2022. *Lancet Glob Health*. 2024;12(11): e1785-e1793. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(24\)00313-9](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(24)00313-9)
82. Peterman A, Dione M, Le Port A, Briaux J, Lamesse F, Hidrobo M. Revelación de la violencia contra las mujeres y las niñas en Senegal, *The World Bank Economic Review*. 2024:1-18. <https://doi.org/10.1093/wber/lhae039>
83. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Pobreza multidimensional Región Pacífica Departamento de énfasis: Nariño Año 2019 [Internet]. Bogotá D.C. Boletín técnico; 21 de diciembre de 2020 [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2019/Boletin_Region_bt_pobreza_multidimensional_19_pacifica.pdf

84. Rauld Olmos NA, Acuña Gallegos VA, Caro Bustamante NI, Flores Valenzuela CF, Vargas Zuñiga VJ, Mena Gonzalez BP. Violencia Sexual en Chile entre los años 2017-2020: Un Análisis Observacional del Servicio de Urgencias. *Rev. Cir. Urgenc. Trauma Estud. Med.* 2024; 1(1). <https://doi.org/10.56754/2810-6571>

85. Naranjo Álvarez J. La violencia sexual a la luz de la ley de justicia y paz: Conceptualización y elementos para su estudio. *Novum Jus.* 2021;15(2): 91–119. <https://doi.org/10.14718/NovumJus.2021.15.2.4>

86. González L, Martínez E, Rodríguez M. Protocolos de atención a la violencia de género en los hospitales de la Ciudad de México. *Revista de Investigación en Salud.* 2017;19(2): 87-95.

87. Boyacá. Secretaría de Salud de Boyacá. Modelo de atención: capítulo 7, pliegos 1-2, kit x9. Tunja: Secretaría de Salud de Boyacá;. Disponible en: https://www.b.gov.co/SecSalud/imagenes/Documentos/capitulo%20_POR_FAVOR%20-2%20%20KIT%20X%20%20%20%20CAPIT%20%20MODELO%20AT.pdf

88. Terre des Hommes Suiza. Informe regional sobre violencia sexual: casos en Perú, Colombia y Bolivia. Ginebra: Terre des Hommes Suisse; 2024.. Disponible en: https://terredeshommessuisse.org.pe/espa%20ol:-contenido/subidas/2024//07//INFORME_VIOLENCIA_SEXUAL_PERU_COLOMBIA_BOLIVIA-2.pdf

89. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Global progress report on preventing violence against children. Nueva York: UNICEF; 2020.

90. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.

91. Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women.* 1998;4(3):262-90.

92. Organización Mundial de la Salud. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: clinical and policy guidelines. Ginebra: OMS; 2014.

93. Pino Montoya, José Wilmar.(2017). Aspectos metodológicos para evaluar una política pública. *Rev. Humanismo y Sociedad,* 5(1). <https://doi.org/10.22209/rhs.v5n1a01>

94. O'Sullivan EA, Rassel GR, Berner M. Research Methods for Public Administrators. 1st ed. United States: Pearson Longman; 2008. p. 24-ss.
95. Bonilla Manguera M, Galindo Buitrago J, Jiménez Barbosa W. Vista de Violencia sexual en el departamento del Huila (Colombia): un problema de salud pública, 2016-2020. Educa.co.. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/14909/214421446771>
96. Congreso de la República de Colombia. Ley 1581 de 2012: Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. 17 de octubre de 2012. Diario Oficial No. 48.402.
97. Navarro E, Vega C, Bañón R. Presencia de sustancias psicoactivas en las víctimas de violencia sexual en la provincia de Alicante (España) durante los años 2016-2020 Volumen 49, Junio Marzo 2023, Pages 3-10
98. Badillo-Viloria María, Sánchez Xilene Mendoza, Vásquez Marisol Barreto, Díaz-Pérez Anderson. Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. Enferm. glob. 2020; 19 (59): 422-449. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/global.412161>.
99. Naciones Unidas. La violencia contra la mujer: las estrategias que han funcionado para combatirla. 2024. Disponible en: <https://www.un.org/es/cronica/articulo/la-violenta-estafa-la-mujer-las-e-qu-Ja-F-para-combatirla>
100. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Estudio económico de América Latina y el Caribe 2023: Financiamiento para la transición. Santiago de Chile: CEPAL; 2023. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/p/6798-Estudio-economía-a-lati-do-20-aleta-transición>
101. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Informe sobre la violencia contra las mujeres indígenas en América Latina. (2023). Disponible en: <https://www.oas.org>.
102. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La violencia sexual contra niñas y adolescentes: Informe global. (2023). Disponible en: <https://www.unicef.org>
103. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Informe Global sobre Trata de Personas. 2023. Disponible en: <https://www.unodc.org>.
104. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe sobre la

disponibilidad de profilaxis de VIH en casos de violencia sexual en Colombia, 2021.

105. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Informe sobre la atención integral en violencia sexual y medidas profilácticas, Bogotá, 2022.
106. Ley 1257 de 2008 - Gestor Normativo. Gov.co. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34054>
107. Organización Mundial de la Salud. (2022). Directrices para la atención integral de víctimas de violencia sexual. Ginebra: OMS.

ANEXOS

Anexo A. Cronograma

OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO EN EL CUAL SE EJECUTARÁ EL PROYECTO																
		AÑO 2023 SEMESTRE-I					AÑO 2023 SEMESTRE-II					AÑO 2024 SEMESTRE-I					AÑO 2024 SEMESTRE-II	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18
Feb	Mar	Abr	May	Jun	Ago	Sep	Oct	Nov	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Ago	Sep	Oct	Nov	
1. Caracterizar la violencia sexual en mujeres adolescentes en el Departamento de Nariño 2023.	Ajustar la propuesta investigativa en lo referente a título de investigación, objetivos Antecedentes, Marco teórico, conceptual, contextual, legal																	
	Metodología: Enfoque, Tipo de estudio, Diseño del estudio, Población, o unidad de análisis Cronograma, Presupuesto.																	
2. Describir el componente de direccionamiento administrativo de la ruta de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual en el Departamento de Nariño 2023.	Realizar concertaciones con los entes que intervienen en el proyecto investigativo.																	
	Diseño de instrumentos para recolección de la información																	
3. Identificar el abordaje clínico asistencial de la ruta de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual en el Departamento de Nariño 2023.	Validación de instrumentos, prueba piloto																	
	Recolección y análisis de primer objetivo. Recolección y análisis de																	
4. Establecer la oportunidad de atención dentro de las 72 horas en acceso carnal contra la mujer adolescente en el Departamento de Nariño 2023.	Segundo objetivo. Recolección y análisis de tercer objetivo.																	
	Preparación de informe final y sustentación del trabajo investigativo.																	
	Desarrollo de artículo científico para publicación en revista tipo B.																	

Anexo B. Presupuesto

RUBROS	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	CONTRAPARTIDA ENTIDAD				EJECUCION PRESUPUESTAL POR AÑOS	
					UNIVERSIDAD MARIANA		INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO		Año 2023	Año 2024
					Especie	Dinero	Especie	Dinero		
EQUIPOS	Impresora	1	1.500.000	1.500.000	1.500.000				1.500.000	-----
MATERIAL E INSUMOS	Resmas papel Carta	5	12.000	60.000	60.000					60.000
	Toner	2	55.000	110.000	110.000					110.000
RECURSOS HUMANO	Experto en Revisión de estilo y normas en informes de proyecto y producción científica.	1	700.000	700.000		700.000	-	-		700.000
	Investigador profesional experto en estadística	1	2.500.000	2.500.000		1.500.000	1.000.000			2.500.000
EVENTOS CIENTIFICOS	Inscripción a ponencia	2	300.000	600.000		600.000				600.000
VIAJES	Asistencia a eventos	2	1.000.000	2.000.000		2.000.000				2.000.000
PUBLICACIONES	Artículo científico	2	2.000.000	4.000.000		4.000.000				4.000.000
					1.670.000	8.800.000	1.000.000		1.500.000	9.970.000
Valores parciales del proyecto					10.470.000		1.000.000			
Valores totales del proyecto					11.470.000					

Anexo C. Ficha de notificación



SIVIGILA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual

Datos básicos

FOR-R02.0000-001 V:II 2022-06-08

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL			
1.1 Código de la UPGD Departamento: [][] Municipio: [][][] Código: [][][][] Sub-Índice: [][]		Razón social de la unidad primaria generadora del dato	
1.2 Nombre del evento		Código del evento	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> NS <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> SC <input type="radio"/> DE <input type="radio"/> PT <small>RC: REGISTRO CIVIL TI: TARJETA IDENTIDAD CC: CÉDULA CIUDADANA CE: CÉDULA EXTRANJERA PA: PASAPORTE NS: MENOR SIN ID AS: ADULTO SIN ID PE: PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA CN: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CD: CARNÉ DIPLOMÁTICO SC: SALVOCONDUCTO DE: DOCUMENTO EXTRANJERO PT: PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL</small>		2.2 Número de identificación	
2.3 Nombres y apellidos del paciente			2.4 Teléfono
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad	2.7 Unidad de medida de la edad <input type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 5. Minutos <input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 0. No aplica	2.8 Sexo <input type="radio"/> M. Hombre <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Mujer
2.9 Nacionalidad	2.10 País de ocurrencia del caso		2.12 Área de ocurrencia del caso <input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado
2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia	Departamento	Municipio	2.16 Veredazona
2.13 Localidad de ocurrencia del caso	2.14 Barrio de ocurrencia del caso	2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso	
2.17 Ocupación del paciente <small>Escriba el nombre de la ocupación en la línea inferior</small>	2.18 Tipo de régimen en salud <input type="radio"/> P. Excepción <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> N. No Asegurado <input type="radio"/> E. Especial <input type="radio"/> S. Subsidado <input type="radio"/> I. Indeterminado/ pendiente	2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios	
2.20 Pertenencia étnica <input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 2. Rom, Gitano <input type="radio"/> 3. Raizal <input type="radio"/> 4. Palenquero <input type="radio"/> 5. Negro, mulato afro colombiano <input type="radio"/> 6. Otro	2.21 Estrato		
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente			
<input type="checkbox"/> Personas en condición de discapacidad <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Sembradas de gestación <input type="checkbox"/> Población infantil a cargo del ICBF <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Personas privadas de la libertad <input type="checkbox"/> Habitantes de la calle <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales			
3. NOTIFICACIÓN			
3.1 Fuente <input type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com. <input type="radio"/> 2. Búsqueda activa inst. <input type="radio"/> 5. Investigaciones <input type="radio"/> 3. Vigilancia intensificada		3.2 País, departamento y municipio de residencia del paciente	
3.3 Dirección de residencia			
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)	3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.6 Clasificación inicial de caso <input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. caso epidemiológico	3.7 Hospitalizado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)	3.9 Condición final <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.11 Número certificado de defunción
3.12 Causa básica de muerte	3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha		3.14 Teléfono
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES			
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso <input type="radio"/> 0. No aplica <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 6. Descartado <input type="radio"/> D. Descartado por error de digitación <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 5. Conf. caso epidemiológico <input type="radio"/> 7. Otra actualización		4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)	

Correos: sivigila@ins.gov.co

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual - Datos complementarios

Cod INS 875. Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar

FOR-R02.0000-075 V:02 2022-06-08

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todos las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1284/09

RELACION CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
--	----------------------	-------------------------------

El sistema nacional de vigilancia en salud pública Sivigila, se notifica casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar, no es competencia del sector salud la confirmación de los casos.

5. MODALIDAD DE LA VIOLENCIA (Notifique el tipo de violencia que cause mayor afectación a la víctima)

5.1 Violencia no sexual <input type="radio"/> 1. Física <input type="radio"/> 2. Psicológica <input type="radio"/> 3. Negligencia y abandono	5.2 Violencia sexual <input type="radio"/> 5. Acoso sexual <input type="radio"/> 6. Acceso carnal <input type="radio"/> 7. Explotación sexual <input type="radio"/> 10. Trata de personas <input type="radio"/> 12. Actos sexuales <input type="radio"/> 14. Otras violencias sexuales <input type="radio"/> 15. Mutación genital
--	---

6. DATOS DE LA VÍCTIMA

6.1 Actividad <input type="radio"/> 13. Líder(es) cívicos <input type="radio"/> 24. Estudiante <input type="radio"/> 26. Otro <input type="radio"/> 28. Trabajador (a) doméstico (a) <input type="radio"/> 29. Persona en situación de prostitución <input type="radio"/> 30. Campesino/a <input type="radio"/> 31. Persona dedicada al cuidado del hogar <input type="radio"/> 32. Persona que cuida a otros <input type="radio"/> 33. Ninguna	6.2 Orientación sexual <input type="radio"/> 1. Homosexual <input type="radio"/> 2. Bisexual <input type="radio"/> 5. Heterosexual <input type="radio"/> 6. Asexual	6.2.1 Identidad de género <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Femenino <input type="radio"/> 3. Transgénero	6.3 Persona consumidora de SPA <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No 6.4 Persona con jefatura de hogar <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No 6.5 Antecedente de violencia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No 6.6 Alcohol víctima <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
---	--	---	--

7. DATOS DEL AGRESOR

7.1 Sexo <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> F. Femenino	<input type="radio"/> I. Intersexual <input type="radio"/> Sin Dato (Deje el campo en blanco)	7.2 Parentesco con la víctima <input type="radio"/> 9. Padre <input type="radio"/> 10. Madre <input type="radio"/> 22. Pareja <input type="radio"/> 23. Ex-Pareja <input type="radio"/> 24. Familiar <input type="radio"/> 25. Ninguno
7.3 Convive con el agresor (a) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.4 Agresor no familiar <input type="radio"/> 1. Profesor (a) <input type="radio"/> 2. Amigo (a) <input type="radio"/> 3. Compañero (a) de trabajo <input type="radio"/> 4. Compañero (a) de estudio <input type="radio"/> 5. Desconocido (a) <input type="radio"/> 7. Vecino (a) <input type="radio"/> 8. Conocido (a) sin ningún trato <input type="radio"/> 9. Sin información <input type="radio"/> 10. Otro <input type="radio"/> 11. Jefe <input type="radio"/> 12. Sacerdote / pastor <input type="radio"/> 13. Servidor (a) público	
7.5 ¿Hecho violento ocurrido en el marco del conflicto armado? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		

8. DATOS DEL HECHO


8.1 Mecanismo utilizado para la agresión <input type="radio"/> 1. Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación <input type="radio"/> 2. Caídas <input type="radio"/> 3. Corriente / cortocorriente <input type="radio"/> 4. Cortar / cortapuzante / Punzante <input type="radio"/> 11. Proyecto arma fuego <input type="radio"/> 12. Quemadura por fuego o llama <input type="radio"/> 13. Quemadura por ácido, álcali, o sustancias corrosivas <input type="radio"/> 14. Quemadura con líquido hirviendo <input type="radio"/> 15. Otros mecanismos <input type="radio"/> 18. Sustancias de uso doméstico que causan irritación		
8.2 Sitio Anatómico comprometido con la quemadura <input type="radio"/> Cara <input type="radio"/> Cuello <input type="radio"/> Mano <input type="radio"/> Pies <input type="radio"/> Ploquos <input type="radio"/> Genitales <input type="radio"/> Tronco <input type="radio"/> Miembro superior <input type="radio"/> Miembro inferior	8.3 Grado <input type="radio"/> 1. Primer grado <input type="radio"/> 2. Segundo grado <input type="radio"/> 3. Tercer grado	8.4 Extensión <input type="radio"/> 1. Menor o igual al 5% <input type="radio"/> 2. Del 6% al 14% <input type="radio"/> 3. Mayor o igual al 15%
8.5 Fecha del hecho (dd/mm/aaaa) [][] / [][] / [][][][]	8.6 Escenario <input type="radio"/> 1. Via pública <input type="radio"/> 2. Vivienda <input type="radio"/> 3. Establecimiento educativo <input type="radio"/> 4. Lugar de trabajo <input type="radio"/> 7. Otro <input type="radio"/> 8. Comercio y áreas de servicios (Tienda, centro comercial, etc) <input type="radio"/> 9. Otros espacios abiertos (bosques, parques, etc) <input type="radio"/> 10. Lugar de esparcimiento con expendio de alcohol <input type="radio"/> 11. Institución de salud <input type="radio"/> 12. Área deportiva y recreativa	
8.7. Ámbito de la violencia según lugar de ocurrencia <input type="radio"/> 1. Escolar <input type="radio"/> 2. Laboral <input type="radio"/> 3. Institucional <input type="radio"/> 4. Virtual <input type="radio"/> 5. Comunitario <input type="radio"/> 6. Hogar <input type="radio"/> 7. Otros ámbitos		

9. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Profilaxis VIH. <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Profilaxis Hep B. <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Otras profilaxis <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Anticoncepción de emergencia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Orientación IVE <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Salud Mental <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Remisión a protección <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Informe a autoridades / denuncia a policía judicial (URL, CT), fiscalía, policía nacional <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Recolección de evidencia médico legal <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
--	--	---	---	--	---	--	--	--





Correos: sivigila@ins.gov.co

Anexo D. Prueba piloto

	ACTA DE REUNIÓN		
	CÓDIGO: F-PGED05-11	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 1 de 5

Nombre de la Reunión		Fecha			Hora Inicial	Hora Final	Acta No
		Día	Mes	Año			
Reunión aval instrumento auditoria SSR		27	11	22	8:00 am	11:00 am	1
Lugar: Sala de reuniones Dimensión de Sexualidad							
Asistentes							
No	Nombre	Doc. Identificación	Área o Empresa		Firma		
1	Se anexa registro de asistencia.						
Orden del día							
Nº	Temática	Responsable					
1	Saludo y apertura	Carmen Eugenia Quiñonez					
2	Desarrollo de reunión	Actores					
3	Reunión de cierre	Carmen Eugenia Quiñonez					
Desarrollo							
INFORMACIÓN GENERAL							
<p>El Instituto Departamental de Salud de Nariño como ente departamental en salud y dando cumplimiento a sus competencias y alcance se permite elaborar el instrumento de auditoria para ejecutar acciones de inspección y vigilancia al componente de maternidad, violencia sexual e infecciones de transmisión sexual VIH desde la dimensión de sexualidad, derechos sexuales derechos reproductivos en al año 2022.</p>							
OBJETIVOS DE LA REUNIÓN							
<p>Analizar y avalar instrumento de auditora para el componente de Maternidad, Infecciones de Transmisión Sexual, Violencia Sexual en las instituciones prestadoras de servicios de salud del Departamento de Nariño.</p>							

	 ACTA DE REUNIÓN		 
	CÓDIGO: F-PGED05-11	VERSIÓN: 01	

Página 2 de 5

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1. Descripción del Instrumento

El instrumento en validación se estructura bajo normatividad vigente, teniendo en cuenta la resolución 3280 de 2018 ruta promoción y mantenimiento de la salud emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en este documento se elabora el instrumento para maternidad, el cual se compone de atención pre concepcional, interrupción voluntaria del embarazo, control prenatal, parto, puerperio, emergencias obstétricas, atención para adolescentes y jóvenes y planificación familiar.

El componente de infecciones de transmisión sexual, se respalda en el protocolo para la notificación y abordaje de las infecciones de transmisión sexual dado por el Instituto Nacional de Salud que comprende las siguientes ITS de notificación obligatoria (Hepatitis virales, Sífilis, VIH).

Teniendo en cuenta la resolución 459 de 2012, Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual y la ficha de notificación 875 del Instituto Nacional de Salud se elaboró el componente evaluativo de violencia sexual para instituciones prestadoras de servicios de salud y bajo las competencias y alcance del Instituto Departamental de Salud de Nariño, se contempla la auditoría del componente asistencial como administrativo de cada prestadora de servicios de salud.

2. Diseño del instrumento

El instrumento diseñado está orientado a evaluar tres componentes clave: maternidad, infecciones de transmisión sexual (ITS) y violencia sexual. Este enfoque cuantitativo permite obtener datos precisos y objetivos de las prestadoras de servicios de salud en diferentes niveles de complejidad

3. Participantes

En la elaboración del instrumento participan las profesionales referentes de la Dimensión de Sexualidad del Instituto Departamental de Salud de Nariño, además del personal contratista que lidera el Comité de Violencias Basadas en Género del departamento de Nariño.



ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-11

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 3 de 5

4. Procedimiento

El pilotaje se realizó en dos momentos, el primero constituye la evaluación de ocho instituciones prestadoras de salud de carácter público, Centro de Salud Consaca, Centro Hospital San Luis ESE, Centro de Salud Funes ESE, Hospital Gultarrilla ESE, Centro de Salud de la Llanada, Centro de salud Santiago de Mallama, Centro de Salud San Sebastián, ESE Sapuyes. Se verifican los resultados expresados en porcentaje y se analiza la primera etapa, observándose concordancia con las variables evaluadas.

Fecha	Institución	Direccionamiento estratégico	Atención Integral a víctimas de VS	Interacción con otros sectores	Vigilancia en salud Pública	Promedio
12-may	Centro de Salud Consaca	50	88	100	100	84,5
21-jun	Centro Hospital San Luis ESE	75	71	0	100	61,5
28-jun	Centro de Salud Funes ESE	100	74	100	100	93,5
10-may	Hospital Gultarrilla E.S.E	25	97	100	100	80,5
28-abr	Centro de salud la Llanada	75	94	100	80	87,25
26-abr	Centro de salud Santiago de Mallama	50	96	0	80	56,5
22-jun	Centro de Salud San Sebastian	75	70	100	100	86,25
27-abr	ESE Sapuyes	50	92	100	80	80,5

Dentro de la segunda etapa se evaluaron 15 instituciones de salud de carácter público desde el mes de julio al mes de noviembre, a continuación, se muestran los resultados obtenidos.

Fecha	Institución	Direccionamiento estratégico	Atención Integral a víctimas de VS	Interacción con otros sectores	Vigilancia en salud Pública	Promedio
27-sep	Centro de salud Ancoya ESE	50	59	100	100	77,25
16-nov	Centro de salud Belen aSE	50	69	100	60	69,25
8-sep	ESE Virgen de Lourdes Buesaco	100	58	100	100	89,5
27-oct	De Salud La Buena Esperanza E.S.E	25	58	100	80	65,25
9-ago	San Pedro de Cumbitara	50	56	100	100	76,5
17-ago	Centro de Salud el Rosario	50	57	100	100	76,75
7-sep	de Salud El Tablón	75	57	0	100	58
6-jul	Centro De Salud Iles E.S.E	75	86	100	100	90,25
26-oct	Hospital El Buen Samaritano	50	59	100	100	77,25
11-ago	Centro de Salud San José de Lelva	75	64	100	100	84,25
13-sep	ESE Juan Pablo II Unares	50	74	100	100	81
10-ago	Centro de Salud Policarpa	25	56	0	100	45,25
7-jul	Centro Hospital Nuestro Señor De La Divina Misericordia Puerres ESE	75	88	0	80	60,75
18-jul	Hospital Ricaurte ESE	75	61	100	100	84
26-oct	Hospital San Carlos San Pablo	100	82	100	60	85,5

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD



ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-11

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 5 de 5

B. Conclusiones

En general, las instituciones evaluadas muestran un buen desempeño en los aspectos de interacción con otros sectores y vigilancia en salud pública, por otro lado, hay disparidades en lo que respecta al abordaje del evento y el componente administrativo, esto sugiere una tendencia real entendiendo que las instituciones enfrentan importantes limitaciones en la prestación de servicios y la gestión administrativa. Es necesario profundizar en el análisis de los resultados para identificar las fortalezas y debilidades de cada institución y así establecer acciones de mejora, especialmente en el ámbito de la atención integral a víctimas de violencia sexual.

PROYECTÓ: LORENA MARTINEZ DORADO Contratista Dimensión sexualidad – DSDR		REVISÓ: CARMEN EUGENIA QUIÑONEZ LILIANA ORTIZ CORAL Profesional especializada Dimensión de Sexualidad DSDR	
Firmas 	Fecha: 27 de noviembre 2022	Firma 	Fecha: 27 de noviembre 2022