

Marco ético-conceptual que sustenta el Modelo

Contenido A

| | |
|---|-----|
| - 2.1. Enfoque de Derechos | 63 |
| — 2.1.1 Enfoque de derechos sexuales y reproductivos (DSR) | 65 |
| — 2.1.2. La Salud sexual y reproductiva | 69 |
| 2.2. Enfoque desde la Salud Pública | 77 |
| 2.3. Enfoque de género y orientación sexual | 81 |
| 2.4. Enfoque diferencial | 89 |
| — 2.4.1. Enfoque diferencial étnico | 90 |
| — 2.4.2. Enfoque diferencial por discapacidad | 93 |
| — 2.4.3. Enfoque diferencial por ciclo vital | 96 |
| — 2.4.4. Enfoque diferencial por género y orientación sexual | 99 |
| 2.4.5. Enfoque diferencial por ubicación dentro de un grupo humano en posición socio - económica desventajosa: | 100 |
| 2.5. Enfoque de Integralidad | 101 |

Capítulo 2. Marco ético- conceptual que sustenta el Modelo

La presentación de los diversos enfoques que sustentan el Modelo tiene una finalidad didáctica, a fin de que los agentes del sistema de salud asuman una visión integral de la problemática, necesidades, intereses y derechos de las víctimas de las violencias sexuales para asegurar la integralidad de las respuestas de salud ante la violencia sexual y acciones para la prevención de este tipo de violencias de género. Los enfoques aquí planteados dan cuenta de los puntos de vista orientadores, de tipo ético y conceptual, que adoptan el Ministerio de la Protección Social (MPS) y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para la atención integral de las víctimas de violencias sexuales. Este Marco ético y conceptual debe presidir todas las intervenciones en salud y orientar las acciones, procesos y procedimientos a que haya lugar para restablecer los derechos de las víctimas y garantizar la integralidad en la atención.

2.1 Enfoque de Derechos

El enfoque de derechos prioriza los derechos humanos de las personas como universales, indivisibles e interdependientes, que se hacen reales mediante la igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Los derechos civiles y políticos se articulan con los derechos económicos, sociales y culturales, así como con los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la medida en que es en el cuerpo de las personas donde se establece su unidad y se hace posible el ejercicio de los mismos. Igualmente, la integridad física y mental de las personas se considera como presupuesto fundamental para el ejercicio del resto de sus derechos.

Según la Carta Universal de los Derechos Humanos (1948) los derechos humanos se definen como un conjunto de garantías legales universales que protegen los individuos y los grupos sociales frente a acciones u omisiones por parte de los Estados, gobiernos, grupos o personas, que puedan llegar a afectar sus libertades y su dignidad humana. Los derechos humanos son bienes o merecimientos individuales y sociales, materiales o espirituales cuya realización es fundamental para el desarrollo integral del individuo y las comunidades dado que les permite desarrollar plenamente sus capacidades y potencialidades. Los derechos humanos buscan el bienestar y el desarrollo de las personas y las comunidades.

Es así como, según la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, el propósito del enfoque de derechos es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las

prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo ⁸⁸.

Los derechos humanos han sido producto de largas luchas de la humanidad y son expresión de sus aspiraciones éticas más elevadas, han emergido de la tradición de oposición o forma de limitar el ejercicio de relaciones abusivas de poder y dominación y de restablecer opciones de convivencia respetuosas entre los individuos y entre estos y los Estados. Pero, además, los derechos humanos están resguardados por mecanismos eficaces de garantía, protección y sanción que los hacen exigibles ante los demás y ante el Estado, que se expresan en los diversos instrumentos jurídicos adoptados por la comunidad internacional y por los Estados. **Todas las personas están obligadas a respetar los derechos humanos, pero a los servidores públicos y a las instituciones del Estado competentes para la atención, en particular, para el caso, de las violencias basadas en género y de las violencias sexuales, les cabe una mayor responsabilidad y observancia dado que son representantes del Estado o son autoridades gubernamentales.**

Los derechos humanos establecen valores para regular y controlar las relaciones mutuas entre los individuos, los grupos, las comunidades, los pueblos, el Estado y las naciones, y establecen límites al ejercicio abusivo del poder. Los derechos humanos, en el terreno de las relaciones sociales, se dirigen a garantizar las relaciones democráticas y de equidad entre hombres y mujeres y entre adultos, niños y niñas y entre ciudadanos y ciudadanas en las distintas esferas de la vida económica, política, social y cultural. La Corte Constitucional Colombiana establece que la dignidad es fundamento de los derechos humanos, e implica el respeto a la vida y a la integridad; la abstención de cualquier trato cruel o degradante; y la prohibición expresa de la reducción de un ser humano a la condición de simple instrumento al servicio de una voluntad de poder.

En el sentido en que lo expresa la Corte Constitucional respetar la dignidad en nuestra propia persona y en los demás significa tratar a los humanos siempre como fines y nunca como medios. En el campo de la sexualidad y la reproducción la dignidad significa que todas las personas por el solo hecho de existir tienen derecho a ser respetadas en su realidad corporal, psíquica y moral. Ni los hombres ni las mujeres pueden considerarse instrumentos, ni ser usados como objetos o como cosa sexual o como instrumentos de procreación ⁸⁹. “Es decir, ningún ser humano puede ser usado, vendido, comprado, traficado o explotado sexualmente. Se consideran vulneraciones a la dignidad humana en el terreno de la sexualidad, todas las formas de violencia sexual, incluidas la trata de personas, la pornografía y la prostitución” ⁹⁰.

88 Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Nueva York, Ginebra, 2006.

89 Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos. Módulo pedagógico para formadores N° 2. Bogotá, 1999.

90 Consejería Presidencial para los Derechos Humanos, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos. Módulo pedagógico para formadores N° 2. Bogotá, 1999.

Siendo destinatarios de los derechos, en particular, grupos o poblaciones puestos en situación de vulnerabilidad por diversas razones culturales, sociales, políticas, económicas o ambientales tal es el caso, entre otras, la población étnica (indígenas, afrocolombianas, raizales, pueblo ROM); personas en situación de desplazamiento; niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, mujeres; personas en situación de discapacidad física, sensorial visual, sensorial auditiva, mental y cognitiva; y LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intersexuales). Colombia ha suscrito un conjunto de instrumentos internacionales de derechos humanos, ha consagrado en la Carta Constitucional el respeto a los mismos y ha suscrito los planes de acción a través de diversos convenios, reafirmando su compromiso con los derechos humanos de todos estos grupos de personas.

Los cuadros que se presentan en este capítulo priorizan los instrumentos internacionales, nacionales y de política pública que dan sustento al enfoque de Derechos, base del presente Modelo de Atención Integral en Salud para casos de violencia sexual.

2.1.1 Enfoque de derechos sexuales y reproductivos (DSR)

La sexualidad como condición humana y el ejercicio de la sexualidad son campos de ejercicio de derechos humanos. Esto significa que una sexualidad sana orientada al disfrute y al desarrollo personal debe estar precedida por el respeto de la dignidad humana y de las libertades y derechos, y orientada a la realización del proyecto de vida personal.

Los derechos sexuales y reproductivos son los derechos humanos relativos al ejercicio de la sexualidad y de la reproducción. Estos hacen parte de los derechos humanos como campos de ejercicio de derechos y libertades de aspectos de la vida que históricamente se consideraban privados o íntimos tales como los relacionados con la vivencia y toma de decisiones en el mundo de las relaciones afectivas, las relaciones sexuales y los aspectos relacionados con la reproducción, los lazos parentales o de familia.

Los derechos sexuales y reproductivos se fundan y desarrollan en la dignidad humana y se orientan a la regulación de las relaciones sexuales, al logro de la armonía y la equidad sexual y por tanto, se oponen a toda forma de discriminación, riesgo, miedo, amenaza, coacción y violencia en el terreno de la sexualidad y de la reproducción.

En cuanto al carácter de derecho fundamental de la dignidad humana, en la sentencia T-881 de 2002, afirmó la Corte Constitucional que este derecho tiene “un objeto de protección más o menos delimitado (autonomía, condiciones de vida, integridad física y moral)”. Así mismo, la Corte concluye que el referente concreto de la dignidad humana está vinculado con tres ámbitos exclusivos de la persona natural:

La autonomía individual (materializada en la posibilidad de elegir un proyecto de vida y de determinarse según esa elección). Unas condiciones de vida cualificadas (referidas a las circunstancias materiales necesarias para desarrollar el proyecto de vida) y la

intangibilidad del cuerpo y del espíritu (entendida como integridad física y espiritual, presupuesto para la realización del proyecto de vida) ⁹¹.

Las conferencias internacionales del Cairo y Beijing señalan que los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, en las leyes nacionales y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente acerca de la sexualidad y la reproducción, lo que incluye el derecho a decidir acerca de si se tienen o no hijos, el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También, se incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos ⁹². En este sentido el ser humano es sujeto de su auto-biografía sexual, escribe su historia sexual como sujeto de libertades y derechos en razón de lo cual puede orientarla y resignificarla.

Por su parte, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) hace referencia a que los derechos sexuales incluyen libertad, igualdad, privacidad, autonomía, integridad y dignidad de todas las personas. Los derechos sexuales ofrecen un enfoque que incluye, pero que trasciende la protección de identidades particulares. Los derechos sexuales garantizan que cada persona tenga acceso a las condiciones que permitan la realización y expresión de sus sexualidades de manera libre de coerción, discriminación o violencia, y dentro de un contexto respetuoso de la dignidad” ⁹³.

La sexualidad es un concepto en evolución que comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Está constituida mediante la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones ⁹⁴.

91 Corte Constitucional Colombiana. Sala Plena de Constitucionalidad. Sentencia T-410/03. (mayo 22 de 2003). Referencia: expediente T-697667.

http://www.superservicios.gov.co/basedoc/corte_constitucional.shtml?x=54571

92 CIPD

93 IPPF. Derechos Sexuales. Una declaración de la IPPF, en: http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/5EDABB51-4827-439C-9722-A78A35900910/0/Declaration_Spanish.pdf

94 Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Declaración de los Derechos Sexuales en: www.worldsexualhealth.org/about_sexualrights_spanish.asp

Derechos Sexuales

1.El derecho de hombres y mujeres a ser reconocidos como seres sexuados. 2.El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad. 3.El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual. 4.El derecho a vivir la sexualidad sin sometimiento a violencia, coacción, abuso, explotación o acoso. 5.El derecho a escoger las y los compañeros sexuales. 6.El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales. 7.El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no, o si se quiere ser sexualmente activo o activa, o no. 8.El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas. 9.El derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si se permanece solo o sola. 10.El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual. 11.El derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual. 12.El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad. 13.El derecho a contar con información oportuna, veraz y completa sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, por ejemplo, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino y cuáles son las infecciones que se pueden adquirir a través de las relaciones sexuales.

De otra parte, los derechos reproductivos permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear, de regular la fecundidad y de disponer de la información y medios para ello. También implica el derecho a tener acceso a servicios de salud reproductiva.

Derechos Reproductivos

1.El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo. 2.El derecho de hombres y mujeres de decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres. 3.El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar. 4.El derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia). 5.El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad en el estudio, trabajo o dentro de la familia. 6.El derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia, y se brinde las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

7. El derecho de contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva.
8. El derecho a tener acceso a los beneficios del progreso científico para contar con servicios accesibles que satisfagan las necesidades dentro de los mejores estándares de calidad.
9. Derecho a decidir interrumpir voluntariamente el embarazo en los casos permitidos por la Ley.⁹⁵

Son titulares de los derechos sexuales y reproductivos todas las personas sin distinción de etnia, sexo, orientación sexual, condición social o económica. Los derechos sexuales y reproductivos están dirigidos a garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, homosexuales y heterosexuales, y entre adultos, niños y niñas, en los ámbitos de la sexualidad, y a lograr el máximo nivel de su salud sexual y reproductiva. La vigencia y garantía de los derechos sexuales y reproductivos se aplica a todos los campos de la vida social de las personas tanto en el ámbito público como privado, en la relación con su pareja, en la familia, en la escuela, en el trabajo, en la vida comunitaria, en la calle y en la relación con el Estado. En ese orden de ideas es de suma importancia atender a los principios generales establecidos por la IPPF para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos:

Principios generales de los derechos sexuales y reproductivos

Principio 1. La sexualidad es una parte integral de la personalidad de cada ser humano, por esta razón debe crearse un medio ambiente favorable en el cual cada persona pueda disfrutar de sus derechos sexuales como parte del proceso de desarrollo.

Principio 2. Los derechos y protecciones garantizados para las personas menores de 18 años difieren de los de los adultos y deben tomar en cuenta las capacidades evolutivas del menor como individuo para ejercer sus derechos en su propio nombre.

Principio 3. La no discriminación es subyacente a la protección y protección de todos los derechos humanos.

Principio 4. La sexualidad y el placer derivado de ella es un aspecto central del ser humano, independientemente de si la persona elige reproducirse o no hacerlo.

Principio 5. La garantía de los derechos sexuales para todas las personas incluye un compromiso con la libertad y la protección del daño.

Principio 6. Los derechos sexuales pueden estar sujetos solamente a las limitaciones que determine la ley con el propósito de asegurar el debido reconocimiento y respeto por los derechos y libertades de los demás y del bienestar general en una sociedad democrática.

Principio 7. Las obligaciones de respetar, proteger y garantizar su ejercicio son aplicables a todos los derechos y libertades sexuales.

⁹⁵ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006. MP. Manuel José Cepeda

⁹⁶ Defensoría del Pueblo y Profamilia, Op. Cit, 2007., p. 28`

2.1.2 La Salud sexual y reproductiva

De acuerdo con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital⁹⁷.

Esta mirada de la salud sexual y reproductiva está centrada en la persona no en la enfermedad, en su carácter relacional, y en la consideración de que la sexualidad está humanamente construida. Dice de la capacidad de las personas de disfrutar su vida sexual y reproductiva sin riesgos, daño, discapacidad, muerte, embarazos no deseados, forzados e inoportunos.

La salud sexual y reproductiva es un derecho central a la realización de los derechos sexuales y reproductivos que sirve a la calidad de vida que favorece u obstaculiza la realización de la misma. Este derecho se materializa a través de servicios específicos para su atención a través de satisfacer las necesidades de hombres y mujeres en las distintas fases del ciclo vital.

Sin embargo, hay una distancia o tensión entre las aspiraciones éticas de una vivencia respetuosa en la sexualidad y reproducción que se expresan en los derechos sexuales y reproductivos y la vida real, dado que existen desencuentros y desigualdades simbólicas, históricas y estructurales que se manifiestan entre los sexos y las generaciones, que lesionan estos derechos y se expresan como daño, amenaza de daño, sufrimiento, enfermedad, discapacidad y muerte evitable. Las diversas violencias sexuales constituyen vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos⁹⁸.

⁹⁷ Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2003. Ministerio de la Protección Social.

⁹⁸ Aunque hombres y mujeres pueden ser lesionados en sus derechos sexuales y reproductivos, muchas de estas violaciones específicas suelen estar referidas a la vida sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas, dada la construcción de feminidades y masculinidades que favorecen las relaciones de dependencia, las asimetrías y abusos de poder, en especial en la vida privada y en el terreno de la sexualidad.

La Política Nacional de SSR parte del reconocimiento de que “la violencia sexual está íntimamente relacionada con problemas de salud sexual y reproductiva, tales como alteraciones ginecológicas, aborto inseguro, complicaciones del embarazo, aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y enfermedad pélvica. Deotra parte, quienes viven una relación abusiva frecuentemente tienen dificultades para rechazar las relaciones sexuales que no desean, para negociar el uso del condón o para utilizar otros métodos anticonceptivos y por lo tanto, están en riesgo de embarazos no planeados y de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA”⁹⁹.

Tabla 5. Instrumentos internacionales, nacionales y de política pública que dan sustento al enfoque de derechos, base del presente Modelo de Atención Integral en Salud para casos de violencia sexual.

| Instrumentos Internacionales | Descripción |
|--|--|
| Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU (1948) | <p>Proclamada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.</p> <p>Artículo 2. “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en ésta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión...”</p> <p>Artículo 7. “Todos son iguales ante la ley y tienen sin distinción, derecho a igual protección de la ley...”</p> |
| Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la ONU (1966) | <p><i>Proclamado el 16 de diciembre de 1966 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Aprobado por la Ley 74 de 1968. Preámbulo:</i></p> <p>“Considerando que, conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables...”</p> <p>Artículo 26. “Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social...”</p> |
| Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) | <p>Proclamada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.</p> <p>Artículo 2. “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en ésta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión...”</p> <p>Artículo 7. “Todos son iguales ante la ley y tienen sin distinción, derecho a igual protección de la ley...”</p> |

⁹⁹ Política Nacional de SSR (2003). Ministerio de la Protección Social.

| | |
|--|--|
| <p>Convención Interamericana de Derechos Humanos (1972)</p> | <p>Proclamada el 22 de noviembre de 1969. Aprobada por la Ley 16 de 1972. Artículo 1. “Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social...” Artículo 6. “Nadie puede ser sometido a esclavitud o servidumbre, y tanto éstas, como la trata de esclavos y la trata de mujeres están prohibidas en todas sus formas...”</p> |
| <p>La Declaración y Programa de Acción de Viena (1993)</p> | <p>“Los derechos humanos constituyen los valores esenciales que sustentan la convivencia en la comunidad humana y que los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales”. “La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexual, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas, son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas.</p> |
| <p>Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo.(1994)</p> | <p>Aprobada en 1994 en el Cairo. Definió como objetivos: 1. Acceso universal a servicios de salud reproductiva; 2. Educación primaria universal; 3. Reducción de la mortalidad materna; 4. Reducción de la mortalidad infantil; 5. Aumento de la esperanza de vida; 6. Reducir las tasas de contagio de VIH/SIDA. Se reconocieron conceptualmente los derechos reproductivos como parte integrante e indivisible del conjunto de derechos humanos universales. El Plan de Acción reitera a los gobiernos participantes su obligación de adoptar medidas contundentes para proscribir todas las formas de discriminación y de violencia contra las mujeres, las adolescentes y las niñas, incluidas la violencia en el ámbito doméstico, la violación y todas las formas de explotación y hostigamiento, mediante las siguientes acciones: prohibir el tráfico y la prostitución de mujeres, adolescentes y niñas, incluidas las mujeres migrantes y las escolares, apoyar el debate abierto acerca de la necesidad de proteger a las mujeres del abuso, la explotación y la violencia sexual, establecer condiciones y procedimientos necesarios para alentar a las víctimas a denunciar toda violación y promulgar y aplicar la legislación para hacer frente a estos problemas, y adoptar medidas preventivas y de servicios de rehabilitación para las víctimas de la violencia.</p> |
| <p>Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989)</p> | <p>Adoptada por la Asamblea General en Resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor para Colombia el 28 de enero de 1991 en virtud de la Ley 12 de 1991. Se establece que “el entorno que un menor necesita para desarrollar sus capacidades físicas, intelectuales o cognitivas, emocionales, sociales y de autoestima, requiere tanto de una atención médica o una educación adecuadas, como de un medio social y familiar sano y seguro, una alimentación equilibrada (...) instando a los gobiernos de todos los países a que dicho desarrollo saludable de los niños y las niñas esté entre las prioridades de cada una de las naciones integrantes. En el Artículo 24 de la Convención establece que Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de</p> |

Cumbre Mundial en Favor de la Infancia New York - 2002

este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir: a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal; b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales; c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

Ratificada en Nueva York en 2002. **Se ratifica** el compromiso de la comunidad de naciones con los niños y las niñas del mundo, razón por la cual su documento final fue denominado "Un mundo Justo para los Niños". El pacto acordado por consenso por parte de los Estados fue el de dar toda la prioridad a los niños, niñas y adolescentes en políticas públicas. Se definió poner a los niños siempre de primero y, entre otros, los siguientes principios: Erradicar la pobreza e invertir en la infancia; educar a todos los niños; proteger a los niños de la violencia y la explotación;

| Instrumentos Nacionales | Descripción |
|--|--|
| <p>Constitución Política de Colombia (1991)</p> | <p>Artículo 5°. El Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad.</p> <p>Artículo 13°. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.</p> <p>El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.</p> <p>El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.</p> <p>Artículo 43°. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. ...</p> |
| <p>Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003</p> | <p>En cuanto al objetivo general plantea mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas. ...Las metas, por su parte, apuntan a la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual.</p> |

Resolución
412 de 2000

Establece la guía de atención del menor maltratado y la guía de atención de la mujer maltratada. Que se constituyen en los documentos mediante los cuales se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de los diferentes tipos de violencia intrafamiliar y sexual a cargo de las entidades promotoras de salud, entidades adoptadas y administradoras del régimen subsidiado. Las guías continúan vigentes. Todas las instituciones prestadoras de salud deben contar con ellas como referencia para los protocolos de atención adoptados en su institución.

Ley 360 de 1997

Considera la violencia sexual como "Delitos Contra la Libertad Sexual y la Dignidad Humana" y no contra la libertad y el pudor sexual precisando el bien jurídico a tutelar en el marco de las libertades individuales.

Artículo 15. Los derechos de las víctimas de los delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana así: a. Toda persona víctima de los delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana tiene derecho: a. Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social; b. Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible; c. Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito; d. Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado y; e. Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:

- examen y tratamiento para la prevención de enfermedades venéreas incluido el VIH/SIDA.
- examen y tratamiento para trauma físico y emocional.
- recopilación de evidencia médica legal.
- ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados con el delito.

Artículo 16. En todo el país se crearán Unidades Especializadas de Fiscalía con su Cuerpo Técnico de Investigación para los Delitos contra la libertad Sexual y la Dignidad Humana. Ellas conocerán de las infracciones consagradas en el título XI del Código Penal. Cada una de las Unidades Especializadas de que trata el presente artículo deberá contar con un Psicólogo de planta, para que asesore a los funcionarios en el manejo de los casos entreviste y oriente a las víctimas, y rinda su concepto al fiscal.

Ley 599 de 2000.
Código Penal

Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales:

- La violación

Acceso carnal violento (Art. 205). El que realice acceso carnal con otra persona mediante violencia, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años.

Acto sexual violento (Art. 206). El que realice en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal mediante violencia, incurrirá en prisión de ocho (8) a dieciséis (16) años.

Acceso carnal o acto sexual en persona puesta en incapacidad de resistir (Art. 207). El que realice acceso carnal con persona a la cual haya puesto en incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia, o en condiciones de inferioridad síquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Si se ejecuta acto sexual diverso del acceso carnal, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años.

- **Actos sexuales abusivos**

Acceso carnal abusivo con menor de catorce años (Art. 208). El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años.

Actos sexuales con menor de catorce años (Art. 209). El que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de nueve (9) a trece (13) años. Acceso carnal o acto sexual abusivos con incapaz de resistir (Art. 210). El que acceda carnalmente a persona en estado de inconsciencia, o que padezca trastorno mental o que esté en incapacidad de resistir, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Si no se realizare el acceso, sino actos sexuales diversos de él, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años. Acoso sexual (Art 210 A). El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años.

Circunstancias de agravación punitiva (Art 211). Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando: La conducta se cometiere con el concurso de otra u otras personas.

- El responsable tuviere cualquier carácter, posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima o la impulse a depositar en él su confianza.

- Se produjere contaminación de enfermedad de transmisión sexual.

- Se realizare sobre persona menor de catorce (14) años.

- La conducta se realizare sobre pariente hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto de afinidad o primero civil, sobre cónyuge o compañera o compañero permanente, o contra cualquier persona que de manera permanente se hallare integrada a la unidad doméstica, o aprovechando la confianza depositada por la víctima en el autor o en alguno o algunos de los partícipes. Para los efectos previstos en este artículo, la afinidad será derivada de cualquier forma de matrimonio o de unión libre.

- Se produjere embarazo.

- Si se cometiere sobre personas en situación de vulnerabilidad en razón de su edad, etnia, discapacidad física, psíquica o sensorial, ocupación u oficio.

- Si el hecho se cometiere con la intención de generar control social, temor u obediencia en la comunidad.

En la sentencia C-521 de 2009, la Corte declara inexecutable el agravante de 14 años en los casos de acto sexual abusivo con menor de 14 años y acceso carnal abusivo con menor de 14 años, por el principio legal Non bis in Ídem, que se refiere a no acusar dos veces por el mismo delito a una persona

- Proxenetismo

Inducción a la prostitución (Art 213). El que con ánimo de lucrarse o para satisfacer los deseos de otro, induzca al comercio carnal o a la prostitución a otra persona, incurrirá en prisión de diez (10) a veintidós (22) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Constreñimiento a la prostitución (Art 214). El que con ánimo de lucrarse o para satisfacer los deseos de otro, constreña a cualquier persona al comercio carnal o a la prostitución, incurrirá en prisión de nueve (9) a trece (13) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

* Ver nuevos delitos introducidos por la Ley 1329 de 2009 (213A y 217A). 74

Circunstancias de agravación punitiva (Art 216). Las penas para los delitos descritos en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando la conducta:

- Se realizare en persona menor de catorce (14) años.
- Se realizare con el fin de llevar la víctima al extranjero.
- Se realizare respecto de pariente hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto de afinidad o primero civil, sobre cónyuge o compañera o compañero permanente, o contra cualquier persona que de manera permanente se hallare integrada a la unidad doméstica, o aprovechando la confianza depositada por la víctima en el autor o en alguno o algunos de los partícipes. Para los efectos previstos en este artículo, la afinidad será derivada de cualquier forma de matrimonio o de unión libre.
- Se cometiere sobre personas en situación de vulnerabilidad en razón de su edad, etnia, discapacidad física, psíquica sensorial, ocupación u oficio.

Estímulo a la prostitución de menores (Art 217). El que destine, arriende, mantenga, administre o financie casa o establecimiento para la práctica de actos sexuales en que participen menores de edad, incurrirá en prisión de diez (10) a catorce (14) años y multa de sesenta y seis (66) a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales mensuales vigentes. La pena se aumentará de una tercera parte a la mitad cuando el responsable sea integrante de la familia de la víctima. **Pornografía con menores (Art 218).*** El que fotografíe, filme, venda, compre, exhiba o de cualquier manera comercialice material pornográfico en el que participen menores de edad, incurrirá en prisión de diez (10) a catorce (14) años y multa de ciento treinta y tres (133) a mil quinientos (1.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes. La pena se aumentará de una tercera parte a la mitad cuando el responsable sea integrante de la familia de la víctima. Para efectos de determinar los miembros o integrantes de la familia habrá de aplicarse lo dispuesto por el artículo 35 y siguientes del Código Civil relacionados con el parentesco y los diferentes grados de consanguinidad, afinidad y civil.

Omisión de denuncia (Art 219 B). El que, por razón de su oficio, cargo, o actividad, tuviere conocimiento de la utilización de menores para la realización de cualquiera de las conductas previstas en el presente capítulo y omitiere informar a las autoridades administrativas o judiciales competentes sobre tales hechos, teniendo el deber legal de hacerlo, incurrirá en multa de diez (10) a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Si la conducta se realizare por servidor público, se impondrá, además, la pérdida del empleo.

Delitos contra personas y bienes protegidos por el DIH Acceso carnal violento en persona protegida (Art 138). El que, con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, realice acceso carnal por medio de violencia en persona protegida incurrirá en prisión de diez (10) a dieciocho (18) años y multa de quinientos (500) a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. **Actos sexuales violentos en persona protegida (Art 139).** El que, con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, realice acto sexual diverso al acceso carnal, por medio de violencia en persona protegida incurrirá en prisión de cuatro (4) a nueve (9) años y

| | |
|---|---|
| <p>Ley 1146 de 2007</p> | <p>multa de cien (100) a quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes.</p> <p>Establece normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, así: “Atención Integral en Salud. En caso de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. La no definición del estado de aseguramiento de un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual no será impedimento para su atención en salud, que en todo caso incluirá como mínimo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Salud tales como EPS, IPS, ARS previamente mencionadas, de manera inmediata y en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo estos casos como de urgencia médica; 2. Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso; 3. Provisión de antirretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/Sida; 4. Durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y psicológica del niño, niña o adolescente víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias; 5. A que se recoja de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia; 6. Se dará aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF; y, 7. Se practicarán de inmediato las pruebas forenses, patológicas y psicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.” (Art 9). |
| <p>Ley 1098 de 2006. Código de Infancia y Adolescencia</p> | <p>Artículo 20. Derechos de Protección: Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de la persona menor de edad. - El secuestro, la venta, la trata de personas y el tráfico y cualquier otra forma contemporánea de esclavitud o de servidumbre. <p>Las guerras y los conflictos armados internos.</p> |
| <p>Ley 1329 de 2009. Por medio de la cual se modifica el Título IV de la Ley 599 de 2000 y se dictan otras disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.</p> | <p>Artículo 219. El que utilice o facilite el correo tradicional, las redes globales de información, telefonía o cualquier medio de comunicación para obtener, solicitar, ofrecer o facilitar contacto o actividad con fines sexuales con personas menores de 18 años de edad, incurrirá en pena de prisión de 10 a 14 años y multa de 67 a 750 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las penas señaladas en el inciso anterior se aumentarán hasta en la mitad (1/2) cuando las conductas se realizaren con menores de catorce (14) años.</p> |

2.2 Enfoque desde la Salud Pública

El modelo se enmarca en elementos de tres (3) perspectivas teóricas y conceptuales en salud pública: el manejo social del riesgo, el enfoque de determinantes sociales en salud, y la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Desde una perspectiva del manejo social del riesgo, aplicable en general al campo de la protección social, se plantea que han de incluirse tres (3) estrategias para abordar los riesgos: la prevención, la mitigación y la superación de eventos negativos, junto con tres (3) niveles de formalidad en el manejo de dicho riesgo: informal, de mercado y público, organizando lo anterior mediante la participación coordinada de varios actores a cargo: personas, hogares, comunidades, organizaciones no gubernamentales (ONG), diversos niveles de gobierno y organizaciones internacionales. Este enfoque para manejo del riesgo se centra principalmente en las personas empobrecidas, entendidas como las más vulnerables a los riesgos y quienes habitualmente carecen de herramientas efectivas para enfrentarlos .

100

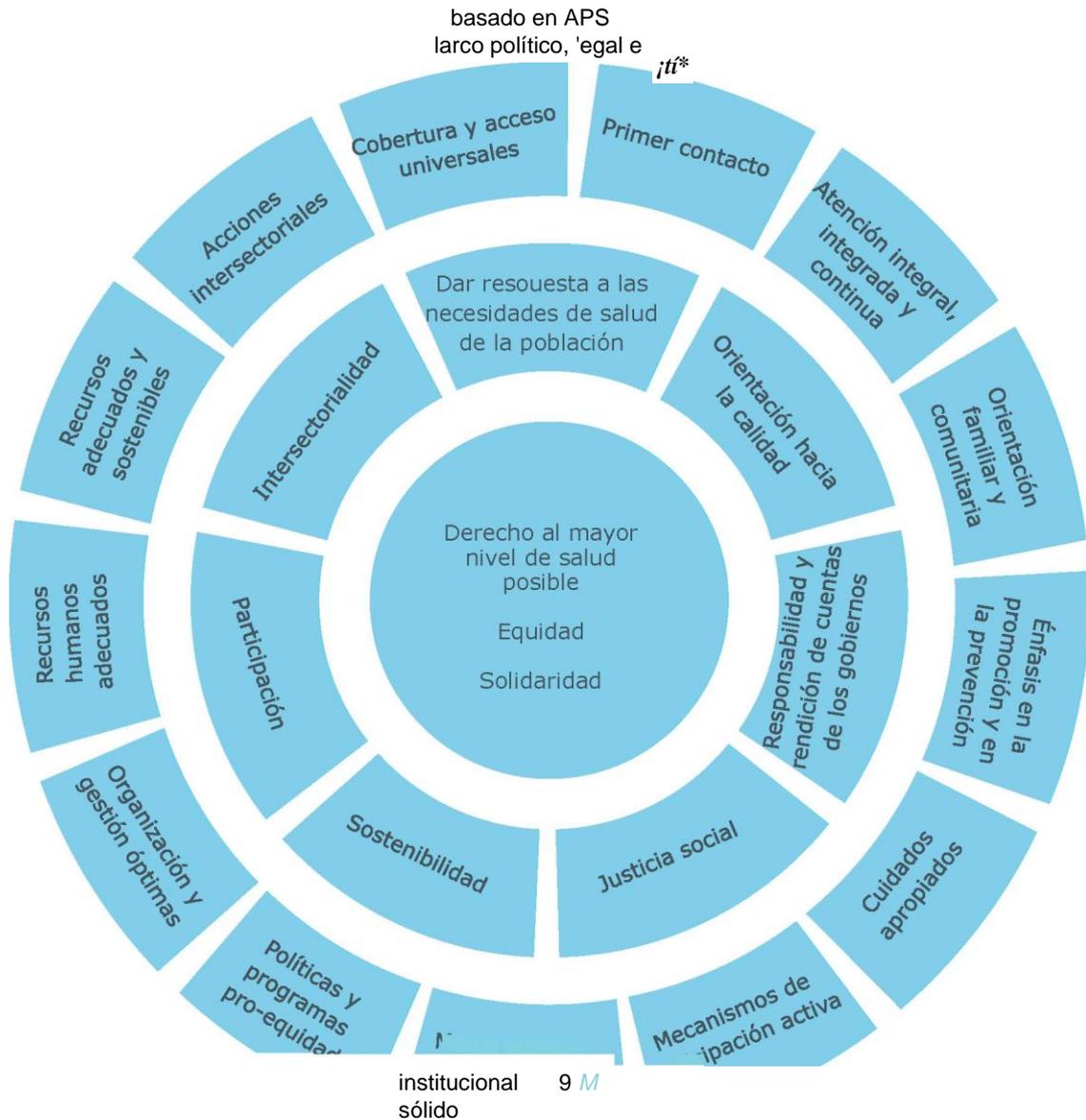
Las estrategias a emplear para manejar el riesgo en los grupos sociales empobrecidos son aquellas que reducen al mínimo sus probabilidades de pérdida de bienestar; por ejemplo, los servicios de atención primaria en salud. Por lo tanto, la planificación de acciones sanitarias tomando en cuenta el manejo social del riesgo ha de emplear estrategias coordinadas de prevención (para reducir la probabilidad del riesgo), de mitigación (para disminuir el posible efecto de un futuro riesgo de deterioro), y de superación (para aliviar el impacto del riesgo una vez producido), con especial énfasis en que beneficien a quienes se encuentran empobrecidos ¹⁰¹.

La estrategia de atención primaria en salud es entendida como una estrategia integral para la acción en salud, basada en la participación

¹⁰¹ Holzmann, R. "Manejo Social del Riesgo. Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2003, 21 (1): 73 – 106.

coordinada de recursos y tecnologías ubicados en distintos niveles de complejidad desde las acciones individuales de autocuidado hasta las atenciones médicas altamente especializadas. Un modelo de atención en salud soportado en esta estrategia se basa en los siguientes valores, principios y elementos esenciales ^{102,103}.

Figura 3. Valores, Principios y elementos esenciales de un Modelo de Atención en Salud

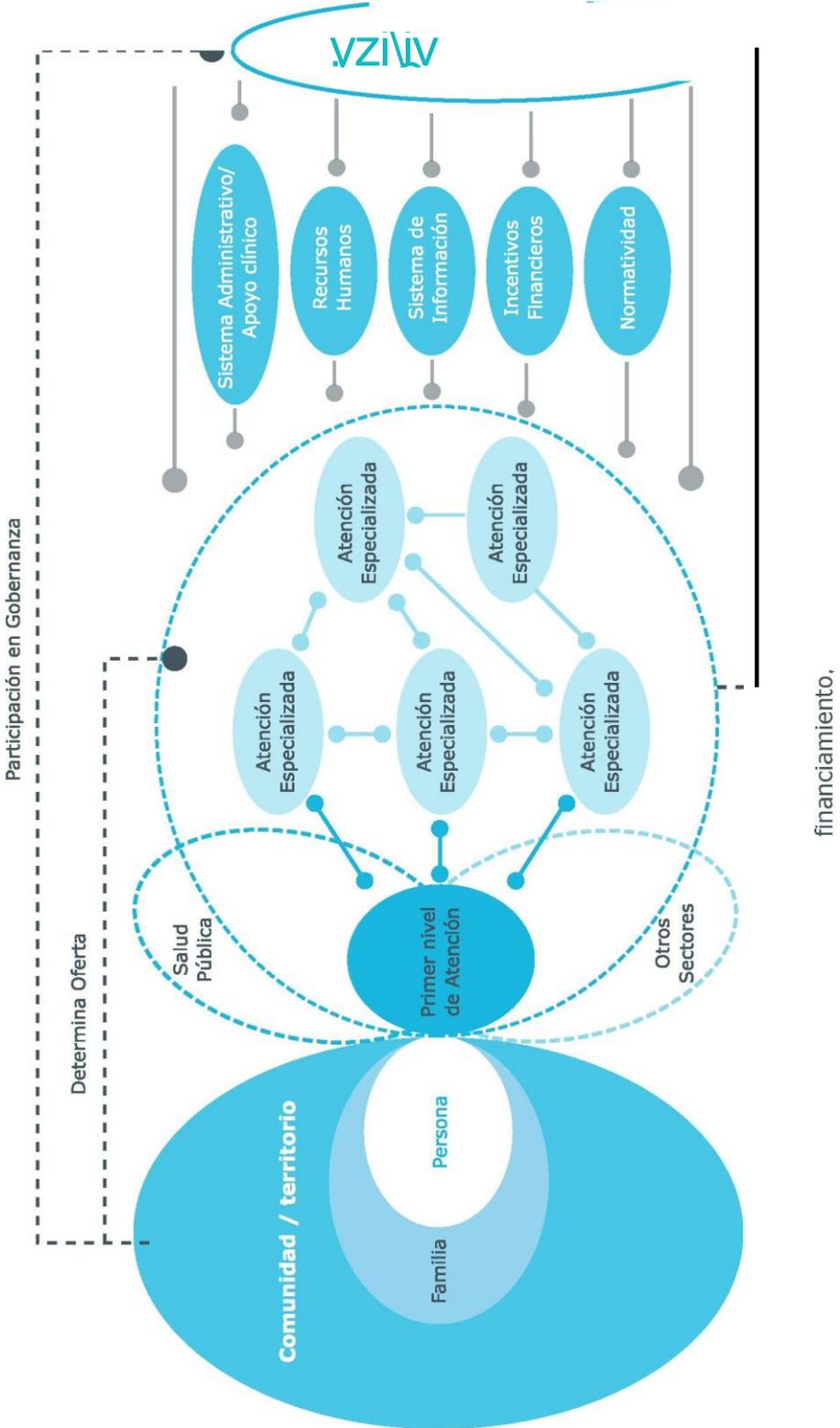


Fuente: Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008)

- 102 Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008) “Sistemas de salud basados en la atención primaria en salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas No. 1. Biblioteca OPS. Washington D.C. 46 p.
- 103 Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008) “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en la Región de Las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Biblioteca OPS. Washington D.C. 48 p.

A la vez, los modelos de salud basados en la estrategia de APS han de basarse en redes de salud funcionalmente integradas y altamente coordinadas, tal como ilustra el esquema:

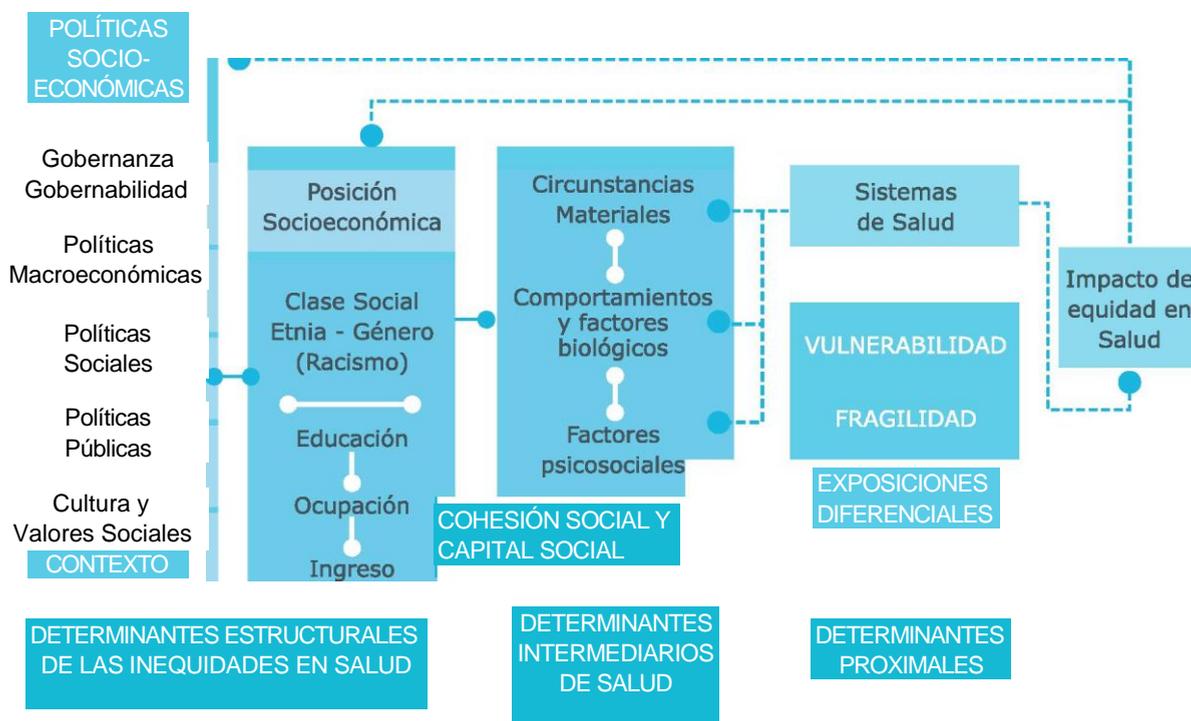
Figura 4. Características de las Redes Integradas de Servicios de Salud en APS



La APS surgió como estrategia operativa de las acciones de salud en concordancia con los planteamientos para comprender la causación en los procesos de salud enfermedad, a partir del trabajo del Comité de Determinantes Sociales en Salud de la OPS – OMS. Para la agencia canadiense de salud pública el enfoque de determinantes sociales en salud expresa: “un complejo conjunto de factores o condiciones que determinan el nivel de salud” de una colectividad; especialmente se alude a condiciones socio – económicas que afectan la salud de las personas, y se establece que en su conjunto los contextos sociales, políticos y económicos precisan la situación de salud de las personas porque definen la estratificación social, de modo que en el nivel individual se concretan determinantes específicos (condiciones de vida, exposición, vulnerabilidad diferencial); los servicios de salud operan así mismo respondiendo de manera desigual a los daños, de modo que en conjunto se inducen resultados desiguales sobre la salud de las personas. La acción sanitaria implica entonces la identificación detallada de los procesos de determinación social (estructurales, intermediarios y proximales), de modo que se pueda actuar para reducir inequidades, mediante alianzas estratégicas entre el Estado y la Sociedad Civil ¹⁰⁴.

Desde esta versión anglosajona de los procesos de determinación social de la salud, los determinantes sociales son equiparables a los factores de riesgo del modelo epidemiológico clásico, aunque organizados en niveles interactuantes con similar jerarquía en el proceso de causación dentro del cual se implican:

Figura 5. Modelo de análisis de determinantes sociales de la salud CMDS_OMS,2007



2.3 Enfoque de género y orientación sexual

El enfoque de género¹⁰⁵ en el desarrollo de este modelo busca evidenciar como la problemática de la violencia sexual tiene sus raíces y manifestaciones en la estructura machista y patriarcal de nuestra sociedad, en la que hombres y mujeres, lo masculino y lo femenino, se encuentran en desigualdad e inequidad.

Las diferencias biológicas entre los sexos se constituyen en el primer eslabón sobre el cual hombres y mujeres son socializados diferencialmente¹⁰⁶, incluidos en patrones culturales de roles y estereotipos que definen creencias, comportamientos y actitudes sobre lo femenino y lo masculino, sobre el cuerpo y la sexualidad.

Históricamente a las mujeres y a lo femenino se les otorgó el espacio de lo privado, caracterizado por funciones reproductivas en las que el rol biológico y cultural de la maternidad era el eje fundamental de la vida, en el marco de una sexualidad controlada por los hombres y en el control social y religioso de una vida casta y distante del placer; y a los hombres el espacio de lo público, con funciones productivas, en las que se planteaban elementos de control y poder sobre la sexualidad y el cuerpo de las mujeres.

Estas diferencias convertidas en desigualdades e inequidades, mantuvieron la noción del cuerpo y la sexualidad femenina bajo el control de lo masculino, y a lo masculino, en la idea de una sexualidad masculina incontrolable, insaciable y en la que todo era válido en torno a la satisfacción.

104 Hernández, M. Seminario Distrital sobre la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, Bogotá. Citado por: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá – Corporación Grupo Guillermo Fergusson. La estrategia promocional de calidad de vida y salud, una vía hacia la equidad y el derecho a la salud. Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud,

105 2008. 39 p.

“El término es utilizado por las ciencias sociales para analizar las complejas dinámicas de lo que en distintas sociedades se define como ser hombre y ser mujer, masculino y femenino. La construcción social de lo que es ser hombre o mujer no depende de las características biológicas, sino de procesos psicosociales en cambio constante. Cada sociedad y cultura le imprime características y tiene expectativas diferentes acerca de lo que se espera de un hombre y una mujer en cada fase del ciclo vital. De ahí que el concepto de género se refiere a los valores, actitudes y normas que conforman la construcción social y no biológica de hombres y mujeres” Violencia sexual contra las mujeres. Serie Documentos técnicos. Año 1 PROYECTO REGIONAL CORTE PENAL INTERNACIONAL Y JUSTICIA DE GÉNERO. Por: Roxana

106 Arroyo Vargas y Lola Valladares Tayupanta. Edición: Gilma Andrade Moncayo.

El sistema de relaciones de género opera en las diversas dimensiones de la vida social como un ordenador, distribuidor y productor de valores, funciones, roles, espacios, tiempos, asignación de trabajos y significaciones asociados al hecho de ser hombres y mujeres. El sistema de relaciones de sexo/género también asigna y distribuye estatus, prestigio, posiciones y consideraciones sociales y atraviesa la vida social (cuerpo, sexualidad, reproducción, economía, política, atención en salud, justicia, ambiental) y se expresa como relaciones de poder de diferente tipo.

En particular, en el terreno de la sexualidad y de la afectividad las creencias machistas/patriarcales sustentan que las mujeres y la feminidad se fundamenta en el deber de agradar, depender afectivamente y aún económicamente y ser validadas en la vida familiar y social por los hombres. En razón de tales creencias las mujeres deberán socialmente disponerse a ser conquistadas mientras que de los hombres se espera que sean audaces sexualmente, dominantes; el culto al machismo favorece o estimula que el varón tenga múltiples relaciones sexuales desde temprana edad, sin preguntarse por las consecuencias de sus actos; se le estimula a la vivencia de la sexualidad acción frente a la sexualidad relación o compromiso y la agresividad sexual suele ser reconocida como un valor asociado a la masculinidad.

La cultura patriarcal socializa a las mujeres como objetos naturales de posesión masculina y a los hombres como normal y necesariamente agresivos; esta cultura ha desarrollado también el concepto de que el fenómeno de la violencia sexual depende de determinadas conductas femeninas, como no portarse bien, provocar, andar en la calle, vestirse seductoramente, entre otras ¹⁰⁷.

Estas diferencias persisten en la cultura pese a que en la vida real las mujeres han traspasado muchas fronteras y roto muchos paradigmas y estén cada vez más articuladas a la producción económica, a la generación de ingresos y a procesos de participación social y política. Persisten brechas de género que es necesario salvar en especial las referidas a la ciudadanía plena de las mujeres y a la eliminación de múltiples formas de violencia, en especial las violencias sexuales, que se ejercen en su contra por el solo hecho de ser mujeres.

El movimiento internacional de las mujeres, los movimientos de defensa de los derechos de la infancia, las organizaciones sociales, el Sistema de Naciones Unidas y los gobiernos en las últimas décadas han logrado desarrollos importantes que se expresan en la adopción de un conjunto de instrumentos jurídicos internacionales, avances legislativos nacionales (normas de derecho interno) para prevenir, sancionar y eliminar las distintas formas de violencia contra las mujeres, la violencia doméstica, la violencia intrafamiliar y la violencia sexual. Actualmente las violencias sexuales empiezan a posicionarse como un asunto de interés público, de interés para la salud pública tanto por su magnitud como por su impacto en el desarrollo humano, la salud de las personas y la convivencia social.

¹⁰⁷ Magaly Caram. Fortaleciendo la Capacidad de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva para Abordar la Violencia de Género. PROFAMILIA, República Dominicana. Simposio 2001: Violencia de Género, Salud y Derechos en las Américas <http://www.paho.org/english/hdp/hdw/Repdomsp.PDF>

El conocimiento de estos avances normativos y de derechos sustenta el quehacer de los diferentes niveles de atención y de los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y entrega suficientes argumentos a los trabajadores de salud y al personal médico para el restablecimiento de derechos de las víctimas, a través de la prestación de servicios y de la entrega de respuestas integrales en el marco de los derechos humanos en los diferentes componentes de la integralidad: promoción, prevención, detección, atención, reparación, recuperación, de acuerdo con las competencias de ley.

En esta misma dirección es necesario contemplar los derechos que tienen las víctimas de violencias basadas en el género, los cuales son enunciados por la Ley 1257 de 2008¹⁰⁸ y de obligatorio cumplimiento para los operadores/as de justicia, administrativos, policía y para las y los prestadores de servicios de salud, estos son:

Recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesibles y de calidad.

Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado desde el momento en el que el hecho constitutivo de violencia se ponga en conocimiento de la autoridad.

Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos y con los mecanismos y procedimientos.

Dar su consentimiento informado para los exámenes médico-legales en los casos de violencia sexual y escoger el sexo del facultativo para la práctica de los mismos, dentro de las posibilidades ofrecidas por el servicio.

Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva.

Ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o asistencia social respecto de sus datos personales, los de sus descendientes o de los de cualquier otra persona que esté bajo su guarda o custodia.

Recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico para ellas y sus hijos.

Acceder a los mecanismos de protección y atención para ellas y sus hijos.

La verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia.

La estabilización de su situación conforme a los términos previstos en la Ley.

A decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los de procedimientos administrativo, judiciales o de otro tipo.

¹⁰⁸ Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de las formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal y de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

Es preciso advertir que, teniendo en cuenta la noción de Bloque de Constitucionalidad desarrollado en jurisprudencia reiterada de la Corte Constitucional frente a la interpretación del Artículo 93 de la Constitución Política, los tratados y convenios de derechos humanos ratificados por Colombia prevalecen en el orden interno y deben ser tenidos en cuenta para interpretar los derechos establecidos en la Constitución Política.

La región de América Latina cuenta con la plataforma jurídica más garantista respecto del ejercicio de los derechos de las mujeres; esta normatividad denominada Convención de Belém Do Pará o Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer fue ratificada por Colombia mediante la Ley 248 del 29 de diciembre de 1995.

Por lo tanto, el presente Modelo toma como marco de referencia desde la perspectiva de derechos y de género lo contenido en esta Convención. La convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer establece el derecho de toda mujer a vivir una vida libre de violencia y regula los compromisos asumidos por los Estados americanos frente a la violencia contra la mujer. Además, define este tipo de la violencia como: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Adicionalmente, este instrumento jurídico internacional, amplió los escenarios de violencia contemplando:

Violencia física, sexual y psicológica en la familia.

Violencia física, sexual y psicológica en el nivel de la comunidad en general.

Violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra por acción o por omisión.

Violaciones de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado, en particular los asesinatos, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados.

Esterilización forzada y el aborto forzado, la utilización coercitiva o forzada de anticonceptivos, el infanticidio de niñas y la determinación prenatal del sexo.

Algunos instrumentos internacionales y nacionales ofrecen, desde el principio del siglo XX, el marco jurídico para la lucha contra las diversas formas de violencia sexual. A continuación, se mencionan los más destacados y se precisa en su contenido lo relativo a la violencia sexual:

Tabla 6. Marco jurídico para la lucha contra las diversas formas de violencia sexual

| Instrumentos Internacionales | Descripción |
|---|--|
| Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños | <i>Proclamada el 15 de noviembre de 2000 por las Naciones Unidas. Entrada en Vigor 25 de diciembre de 2003. El Protocolo establece que por sancionar la trata de personas especialmente de mujeres y niños su ratificación obliga a los Estados a fortalecer su legislación nacional y apoyar internacionalmente la coordinación del orden</i> |

Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer
CEDAW

público para combatir la trata de personas.

Adoptada por la Asamblea General en su Resolución del 18 de diciembre de 1979, ratificada mediante la Ley 51 de 1981. Artículo 1. “A los efectos de la presente Convención, la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera...”

Artículo 6. “Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer...”

Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer
Belém Dó Pará

Adoptada en Belem do Pará, el 9 de junio de 1994. Entrada en vigor para Colombia el 15 de diciembre de 1996, en virtud de la Ley 248 de 1995. En La Ley se establece que “La violencia contra las mujeres es una violación a los derechos humanos porque afecta gravemente una serie de derechos humanos y libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades”. Esos derechos y libertades comprenden: a) El derecho a la vida; b) El derecho a no ser sometido a torturas o tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes; c) El derecho a protección en condiciones de igualdad con arreglo a normas humanitarias en tiempo de conflicto armado internacional o interno; d) El derecho a la libertad y seguridad personal; e) El derecho a igualdad ante la ley; f) El derecho a igualdad en la familia; g) El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental; h) El derecho a condiciones de empleo justas y favorables.

Conferencia Mundial sobre la Mujer.

Aprobada en Beijing de 1995 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Los gobiernos asumieron el compromiso de patrocinar todas las medidas posibles para eliminar o restringir las violencias contra las mujeres, tales como: examinar las legislaciones nacionales, promocionar la capacitación y apoyar la apertura de centros de acogida para las mujeres víctimas de malos tratos. Reiteró el compromiso de la comunidad internacional con los objetivos de igualdad entre los géneros, el desarrollo y la paz para todas las mujeres. Se definieron un conjunto de objetivos y medidas de adelanto y promoción de la mujer: a. La mujer y la pobreza; b. La educación y la capacitación de la mujer; c. La mujer y la salud; d. La violencia contra la mujer; e. La mujer y los conflictos armados; f. La mujer y la economía; g. La mujer en posiciones de poder y en la adopción de decisiones; h. Los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; i. Los derechos humanos de la mujer; j. La mujer y los medios de comunicación; k. La mujer y el medio ambiente.

Novena Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Aprobada en México DF el 12 de junio de 2004. CEPAL-ONU. Reafirma los compromisos de los países con los objetivos de la Plataforma de Acción de Beijing, la Declaración de Milenio y los Programas de Acción de El Cairo, Copenhague y Durban. El consenso reafirma la voluntad de los gobiernos para trabajar en las siguientes áreas a favor del adelanto de las mujeres: a. Políticas públicas, planes y presupuestos con perspectiva de género; b. Pobreza; c. Empleo; d. Educación; e. Salud; f. Violencia; g. Participación en la toma de decisiones y ejercicio de la ciudadanía; h. Legislación; i. Acceso a la justicia y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales; j. Estadísticas desagregadas por sexo; k. Cooperación Internacional; l. Fortalecimiento institucional; y, m. Migrantes.

| Instrumentos nacionales | Descripción |
|-------------------------|---|
| Ley 1257 de 2008 | <p><i>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 194 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Se crea el tipo Penal de Acoso Sexual: "El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años". (Artículo 29); se definen medidas de protección para víctimas de violencia sexual y derechos de víctimas de delitos sexuales. Se definen circunstancias de agravación punitiva para delitos sexuales cuya víctima sea una mujer, es así como el Artículo 27 establece que "La pena prevista en este artículo se aumentará de la tercera parte a la mitad cuando se cometiere contra una mujer por el hecho de ser mujer".</i></p> |

De otro lado, la orientación sexual es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva por individuos de sexo/ género diferente, del mismo sexo/género o de más de un sexo/ género, así como de tener relaciones íntimas y sexuales con esas personas.

La orientación sexual existe a lo largo del continuo que va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad. Las personas bisexuales pueden experimentar una atracción sexual, emocional y afectiva hacia personas de su mismo sexo y del sexo opuesto. A las personas con una orientación homosexual se las denomina a veces gay (tanto hombres como mujeres) o lesbianas (sólo a las mujeres).

La orientación sexual es diferente de la conducta sexual porque se refiere a los sentimientos, y el concepto de orientación sexual abarca los deseos, sentimientos, prácticas e identificación sexuales. La orientación sexual puede

ser hacia personas del mismo sexo o de diferente sexo (orientación homosexual, heterosexual o bisexual) ¹⁰⁹.

De otra parte, la identidad de género se refiere a la compleja relación entre el sexo y el género en referencia a la experiencia de autoexpresión de una persona respecto a las categorías sociales de masculinidad o feminidad (género). Una persona puede sentir subjetivamente una identidad de género distinta de sus características sexuales o fisiológicas.

Los términos concretos que las personas usan y con los que se identifican en cuestiones de orientación sexual e identidad de género varían mucho de una cultura a otra. No obstante, las categorías que comúnmente constituyen a la población LGBTI ¹¹⁰ son ¹¹¹:

Lesbianas. Mujer que es atraída afectiva y/o sexualmente por personas del mismo sexo/género. No precisa haber tenido, necesariamente, experiencias sexuales con otras mujeres para identificarse como lesbiana.

Gays. Término que se usa para hacer relación a los hombres que sienten atracción erótica afectiva exclusivamente por otros hombres y viven su vida en esa dirección.

Bisexuales. Hombres y mujeres cuyas manifestaciones afectivo-eróticas están dirigidas a personas de ambos sexos/géneros. Estas personas han sido objeto de múltiples consideraciones, pero en todo caso no significa que tengan relaciones al mismo tiempo con personas de ambos sexos.

Transgeneristas. Esta categoría tiene que ver más con la identidad sexual que con la orientación, aquí se incluyen a travestis, transexuales y transformistas quienes podrán tener una orientación sexual heterosexual, homosexual y bisexual. Terminología empleada para describir personas que transitan entre los géneros. Son personas cuya identidad de género trasciende las definiciones convencionales de la sexualidad. Según Talero Monroy (2.007) ¹¹², la definición de transgeneristas incluye personas que construyen una subjetividad genérica masculina en el cuerpo

¹⁰⁹ Amnistía Internacional en:

<http://www.amnesty.org/es/sexual-orientation-and-gender-identity>

¹¹⁰ Sigla utilizada para referirse a la población de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas

¹¹¹ Profamilia. Módulo Profamilia Educa. Diversidad Sexual, 2010.

¹¹² Talero, M.; Página principal de Trans-ser. Red de apoyo a transgeneristas. Colombia (2007)
http://www.trans-ser.org/transser_contenido.html

de una mujer, llamándose a sí mismo un “hombre transgenerista” o que igualmente construye una subjetividad genérica femenina en el cuerpo de un hombre, llamándose a sí misma mujer transgenerista.

Transexual. Persona que tiene una identidad de género diferente del sexo que le fue descrito en el nacimiento. Los hombres y las mujeres transexuales pueden manifestar el deseo de someterse a intervenciones médicas y quirúrgicas para realizar la adecuación de sus características físicas de nacimiento (inclusive genitales) a su identidad de género constituida. Estas personas pueden tener una orientación heterosexual, homosexual o bisexual, dependiendo de cómo se identifiquen.

Intersexuales. Personas que tienen desde su nacimiento características físicas de ambos sexos. Anteriormente conocidas como personas hermafroditas, término general adoptado para referirse a una variedad de condiciones (genéticas y somáticas) con las que una persona nace presentando una anatomía reproductiva y sexual que no se ajusta a las definiciones típicas de lo femenino o de lo masculino.

Drag Queen. Se refiere a un hombre que viste prendas femeninas bajo un enfoque teatral, su esencia es la ironía y la sátira y hasta la ridiculización de lo femenino, se nota en los maquillajes y vestuarios. No necesariamente es gay o lesbiana o bisexual.

Drag King. Se denomina así a una mujer que viste prendas masculinas, con una mirada teatral, su esencia es la burla, el humor y la exageración.

Transformista. Individuo que se viste con ropa del género opuesto movido por intereses artísticos.

Homofobia. Es un concepto que ha sido usado ampliamente. Es utilizado para describir una variada gama de fenómenos sociales relacionados con el prejuicio, la discriminación y la violencia contra las personas homosexuales ya sean hombres o mujeres, que se expresa en el lenguaje a través de descalificaciones, burlas o injurias, mediante actitudes de asco, incomodidad o franco rechazo, o con de acciones de franca discriminación que pueden llevar a la exclusión, a la vulneración de derechos humanos tales como el derecho a la educación o al trabajo, a la violencia física o psicológica y en no raras ocasiones a crímenes de odio.

Lesbofobia. Palabra creada para representar el rechazo y la aversión a las lesbianas.

Transfobia. Palabra creada para representar el rechazo y aversión a transexuales.

Toda persona tiene una orientación sexual y una identidad de género. Cuando no coinciden con las de la mayoría se considera, a menudo, la persona objetivo de discriminación o abuso. Toda persona debe poder disfrutar de todos los derechos humanos consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Sin embargo, millones de personas de todo el mundo se enfrentan a la ejecución, el encarcelamiento, la tortura, la violencia y la discriminación por su orientación sexual o identidad de género. La variedad de abusos es ilimitada ¹¹³:

Mujeres violadas para “curarlas” de su lesbianismo, a veces a instancias de sus progenitores.

Personas procesadas porque sus relaciones privadas mantenidas de mutuo acuerdo se consideran un peligro social.

Pérdida de la custodia de los hijos e hijas.

Palizas de la policía.

Agresiones y a veces homicidios en la calle (“crímenes de odio”).

Insultos frecuentes.

Acoso escolar.

Denegación de empleo, domicilio o servicios de salud.

Denegación de asilo a personas que han conseguido escapar de abusos.

Violación y otras torturas bajo custodia.

Amenaza por hacer campaña en favor de sus derechos humanos.

Incitación al suicidio.

Ejecución estatal.

Los abusos contra los derechos humanos basados en la orientación sexual o en la identidad de género incluyen la violación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, la imposición de tortura y trato cruel, inhumano y degradante, la detención arbitraria por motivos de identidad o creencia, la restricción de la libertad de asociación y de los derechos básicos al debido proceso, y en alta frecuencia la violencia sexual.

2.4 Enfoque diferencial

El enfoque diferencial pone de presente el hecho de que ciertas personas tienen vulnerabilidades especiales en razón de su pertenencia a diferentes grupos poblacionales y establece que, por tanto, tales especificidades deben

¹¹³ Op. Cit. Amnistía Internacional.

verse reflejadas en los mecanismos legales y de política pública contruidos para su beneficio ¹¹⁴, a la vez el desarrollo de acciones y procesos de atención ajustados a sus necesidades específicas que incluyen entre otras usos y costumbres. Por tal razón el presente Modelo responde a la pretensión de la transversalización para la atención integral de las víctimas de las violencias sexuales ¹¹⁵.

Dicho enfoque propone que las personas o grupos de población que tengan vulnerabilidades especiales (físicas, psíquicas, sociales o ambientales) frente a diversas formas de discriminación y violencia, y en particular de violencia sexual, reciban una atención acorde con su situación, características y necesidades especiales; estas necesidades puedan abordarse a través de mecanismos legales, servicios y política pública, diferenciales. En ese sentido el enfoque diferencial, basándose en el *principio de la equidad*, busca la igualdad real y efectiva; por lo tanto, disminuir situaciones de inequidad y dificultad en el goce efectivo de sus derechos fundamentales, buscando lograr la equidad en el *derecho a la diferencia* ¹¹⁶.

El enfoque diferencial se refiere entonces a una atención que responda a las necesidades particulares desde las perspectivas de ciclo vital, género, orientaciones sexuales, pertenencia a un grupo étnico (indígena, afrodescendiente y ROM), ubicación dentro de un grupo social en posición socio – económica desventajosa, y a las diferentes discapacidades tanto físicas como mentales. Estas condiciones se pueden conjugar en una misma persona lo cual implica observar no sólo a hombres o mujeres, sino a ellos en los diferentes momentos de su ciclo vital, perteneciendo a distintos grupos étnicos, en distintos contextos culturales y con experiencias particulares.

2.4.1 Enfoque diferencial étnico

Según el DANE, en Colombia existen 87 etnias indígenas, tres grupos diferenciados de población afro y el pueblo ROM o gitano; se hablan 64 lenguas amerindias, el bandé, lengua de los raizales del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; el palenquero, lengua criolla de las comunidades de San Basilio de Palenque y el Romanís o Romanes, lengua de los pueblos ROM ¹¹⁷. Lo anterior hace de Colombia un país multiétnico y pluricultural tal y como lo establece la Constitución Política.

114 ACNUR. Guía para incluir el enfoque diferencial en la atención a población desplazada en Santander, Bucaramanga, 2008.

115 ACNUR. Guía para incluir el enfoque diferencial en la atención a población desplazada en Santander, Bucaramanga, 2008.p.5.

116 ACNUR. Guía para incluir el enfoque diferencial en la atención a población desplazada en Santander, Bucaramanga, 2008.p.5.

117 Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Colombia una nación multicultural: su diversidad étnica. Dirección de censos y demografía. Mayo .2007.

Según el Censo de 2005 el 13,8% de la población pertenece a comunidades étnicas (3,36% indígenas; 10,40% afrocolombianos; y 0,01% ROM), las cuales se constituyen en una minoría poblacional de especial importancia en la definición de nuestra cultura y de la nacionalidad. Estas minorías hoy se ven fuertemente afectadas por el conflicto armado, la violencia, el despojo, el desplazamiento ¹¹⁸ e históricamente han sido víctimas de la discriminación y de crímenes como la violencia sexual.

Según la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (CNRR), dentro del universo de víctimas, estas poblaciones se encuentran en mayor situación de riesgo ya que están ubicadas en zonas estratégicas importantes que sirven como corredores de paso de los grupos armados. El Tercer Informe sobre la Situación de Derechos Humanos en Colombia de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de 1999 y el Informe del Relator Especial sobre la situación de los Derechos Humanos y las Libertades fundamentales de los Indígenas (Rodolfo Stavenhagen, Misión en Colombia, 2004), algunos de los hechos más sobresalientes son: la muerte de dirigentes, autoridades tradicionales y líderes indígenas; la desaparición forzada, invasión y dominación del territorio; daños a los lugares sagrados; ejecuciones extrajudiciales; tortura, masacres; bombardeos por parte de la Fuerza Aérea; efectos mortíferos de artefactos explosivos y minas antipersonal; secuestros, homicidios, terrorismo, confinamiento, reclutamiento forzado; desplazamientos individuales y colectivos; y violencia sexual ¹¹⁹.

Referente a las comunidades afro cabe anotar que ellas también están localizadas en zonas deprimidas, escenarios propicios para el actuar de los actores armados. Esta población se localiza principalmente en el litoral pacífico, donde habita el 455 del total, así: en Chocó (82,68%), Valle (27,21%), Cauca (22,19%) y Nariño (18,82%); en el litoral Caribe se destacan Bolívar (27,57%), y en ciudades como Cartagena, Cali, Barranquilla, Medellín y Bogotá (29%).

De acuerdo con el Documento CONPES 3310 de 2004 los indicadores de bienestar social, condiciones y calidad de vida, entre otros, ubican a la población afro colombiana por debajo de la media nacional. La tasa de analfabetismo en comunidades afro estaba por debajo del promedio nacional, 86% frente al 88%; la afiliación al SGSSS es del 35% frente a la

118 ACNUR, Guía para incluir el enfoque diferencial en la atención a población desplazada en Santander, Bucaramanga, 2008.p.9.

119 Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación. Área de Género y poblaciones específicas. Enfoque diferencial

del resto del país que es del 51%. El porcentaje de personas afro que ingresa a la educación superior es del 14.5% mientras que el promedio nacional es del 26%. Estos datos son un ejemplo de la situación de inequidad, marginalidad y alto grado de vulnerabilidad que presentan las comunidades afro e indígena frente al resto de la población colombiana.

La Corte Constitucional ha reconocido a las comunidades indígenas y afro como sujetos colectivos y como tales gozan de derechos que recaen en la comunidad, entendida como la unidad, más allá de los sujetos que la conforman. Por lo tanto, los grupos étnicos gozan tanto de los derechos individuales como de los colectivos. Aunque primen los derechos colectivos no se desconocen los derechos individuales y es imperativo que la reparación integral por los daños sufridos, bien sea por el desplazamiento, las violaciones al territorio o los lugares sagrados, así como por la perpetración de actos sexuales no consentidos, a cualquier miembro de la comunidad, debe propender por la complementariedad entre los derechos individuales y colectivos.

En lo que respecta a la prevención, la atención integral y al restablecimiento de derechos de las víctimas de la violencia sexual pertenecientes a comunidades indígenas y afro, es de suma importancia, atender a particularidades culturales tales como la cosmovisión sobre el cuerpo y la sexualidad, así como el lugar que ocupan, los roles y las funciones que ejercen las mujeres, niñas y adolescentes al interior de dichas colectividades.

Un ejemplo de lo anterior es la ablación o mutilación genital femenina (A/MGF) entendida como una práctica ancestral de las comunidades indígenas. De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas se estima que entre 120 y 140 millones de mujeres han sido sometidas a esta práctica nociva y peligrosa y que 3 millones de niñas siguen estando en riesgo cada año. La práctica persiste en parte por la percepción social, pues todavía se piensa que si las niñas renuncian a la ablación, tanto ellas como sus familias se arriesgan a padecer vergüenza y exclusión social, al tiempo que verán reducidas las perspectivas de matrimonio.

Dicha práctica tal como lo evidenció la Defensoría del Pueblo de Colombia y el Fondo de Población de Naciones Unidas, en un acercamiento a la comunidad Embera en el municipio de Dosquebradas, ha sido históricamente practicada por esta comunidad como una forma de control del placer y de la sexualidad de las mujeres, legitimada y naturalizada por los varones de la comunidad. La A/MGF tiene consecuencias inmediatas y a largo plazo en la salud de las mujeres y las niñas, y constituyen una violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

Sí bien en el capítulo sobre el diagnóstico de la violencia sexual en Colombia se hablaba de las dificultades para dimensionar este fenómeno debido a las debilidades del sistema de información y la poca denuncia de los hechos violentos por parte de las víctimas, por miedo a las retaliaciones por parte del agresor, desconocimiento de sus derechos y de las rutas de atención, y la poca credibilidad en las autoridades competentes; las comunidades afro e indígenas no son ajenas a dicho panorama.

Por ser grupos poblacionales históricamente vulnerables, el registro de la violencia sexual presenta mayores vacíos. Las víctimas de violencia sexual indígenas y afro tienden a naturalizar los episodios violentos, no cuentan con red de apoyo ni conocen las instituciones del Estado a cargo de la atención a las víctimas; los sistemas de información no cuentan con las categorías desagregadas para dar cuenta del fenómeno en dichas comunidades; y adicionalmente, el hecho de que las comunidades indígenas cuenten con una legislación autónoma hace que muchas de las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos queden por fuera de la legislación ordinaria, contribuyendo así a invisibilizar la violencia sexual y a crear espacios de impunidad, basadas en los principios de diversidad étnica y cultural y de autonomía de los pueblos indígenas.

2.4.2 Enfoque diferencial por discapacidad

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York. Esta Convención se concibió como un instrumento de derechos humanos con una dimensión explícita de desarrollo social. En ella se adopta una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales ¹²⁰.

La OMS define discapacidad como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia), de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Por otro lado, la funcionalidad se refiere a la capacidad que tiene un individuo de realizar sus actividades básicas de forma independiente y serían sus alteraciones o limitaciones, sin importar la edad del que las padezca, las que llevarían a un individuo a ser persona con discapacidad.

¹²⁰ Organización de las Naciones Unidas. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

La Constitución Nacional en su artículo 47 establece que “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”. La Corte Constitucional ha afirmado que una de las características más relevantes del Estado Social de Derecho es la defensa de quienes por su condición de debilidad e indefensión pueden verse discriminados o afectados por acciones del Estado o de particulares. Los discapacitados tradicionalmente se han considerado sumamente vulnerables, y en consecuencia, se les ha otorgado gran protección ¹²¹. Mediante la Ley 1145 de 2007 se creó en Colombia el Sistema Nacional de Discapacidad.

El Enfoque Diferencial de Discapacidad está orientado a “Analizar las diferentes intervenciones y las rutas de atención que articulan el ciclo de vida de las personas con discapacidad, teniendo en cuenta el enfoque diferencial desde el individuo en situación de discapacidad, su entorno familiar, comunitario y social” ¹²².

Según el DANE (2005) ¹²³, la tasa de prevalencia de discapacidad para el total de la población colombiana es de 6,3%, siendo mayor en hombres (6,6%:6,1%), además los datos arrojaron que los departamentos de Huila, Boyacá, Quindío, Tolima, Nariño, Cauca y Caldas, presentan el mayor número de municipios con índices de intensidad de población con limitaciones permanentes. En contraste, el Distrito Capital y los departamentos de Amazonas, Vaupés, Córdoba y Guajira, presentan los menores.

El Censo, además, reportó que de cada 100 personas con limitaciones 43,3% las tienen en la visión, en forma permanente; 29,5% para caminar o moverse; 17,4% para oír; 14,9% para usar brazos y piernas; 13,2 para hablar%; 12,3% para aprender o entender; 10,1% para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales; el 9,9% para su autocuidado y, el 18,8% presentan otra limitación ¹²⁴.

121 Defensoría del Pueblo. Observatorio de Justicia Constitucional. <http://www.defensoria.org.co/? es=0& s=ojc& palabra=Constituci%F3n& a=5& b=2293>

122 Ministerio de la Protección Social. Sistema Nacional de Discapacidad. http://www.colombiaaprende.edu.co/html/home/1592/articles-195233_archivo4.pdf

123 DANE. Colombia una nación multicultural: su diversidad étnica. Dirección de censos y demografía. Mayo .2005.

124 DANE. Colombia una nación multicultural: su diversidad étnica. Dirección de censos y demografía. Mayo .2005.

Se ha determinado que algunos de los factores que hacen vulnerables a las personas con discapacidad a la violencia sexual son :

Su dependencia de los cuidadores puede fomentar la sumisión a los mismos, facilitando el abuso sexual. Miedo a denunciar el abuso por la posibilidad de la pérdida de los vínculos y la provisión de cuidados.

Las personas con discapacidad suelen tener mayores dificultades para obtener información sobre derechos sexuales y reproductivos, para reconocer cuando un comportamiento por parte de un cuidador o conocido no es adecuado, y para poner límites sobre su cuerpo. Esto debido a que en varios tipos de discapacidad el cuerpo ha sido sometido a constantes y variados contactos con cuidadores y profesionales (terapias) que siendo necesarios para el cuidado de la condición, desdibujan el cuerpo como privado.

Las personas con discapacidad pueden ser percibidas por los agresores/abusadores como personas menos poderosas, vulnerables e incapaces de revelar el abuso y acusarlos, lo que aumenta su sensación de impunidad. Así por ejemplo, «creer» que por el hecho de tener una discapacidad visual va a significar la imposibilidad de identificar al agresor.

Por la menor credibilidad que se les atribuye a la hora de denunciar hechos de este tipo ante algunos estamentos sociales.

La tradicional educación de «obedecer al adulto y someterse a sus indicaciones» se hace más patente en mujeres, niños y niñas con discapacidad, en especial la psíquica. Aun fomentando su autonomía, muchos de ellos dependen de los cuidados de las personas adultas, frecuentemente son adultos los abusadores, y difícilmente van a enfrentarse a ellos para denunciar lo que está ocurriendo.

Gran parte de las personas, especialmente las mujeres con discapacidad víctimas de la violencia o abusos lo son sin ser conscientes de ello. El sentimiento de aceptación o merecimiento de una acción violenta o abusiva perpetrada contra una de estas mujeres forma parte de la percepción errónea que, en numerosos casos, se tiene de la vivencia de la propia discapacidad. Las propias mujeres no detectan que se trata de comportamientos violentos o abusivos, denunciables y que violan sus derechos humanos. En el caso de mujeres y niñas con discapacidad intelectual, estas suelen confiar más en desconocidos y presentan más dificultades para discriminar estas conductas. A menudo no tienen ni siquiera consciencia de anormalidad en lo que viven a diario.

La severidad de un déficit y la falta de habilitación o rehabilitación adecuadas pueden provocar en las personas con discapacidad situaciones de grave indefensión ante la posibilidad de repeler y afrontar situaciones de abuso, violencia sexual o maltrato.

Finalmente, la falta de información sobre la sexualidad y las relaciones personales unido a la falta de oportunidades sociales, el aislamiento y su mayor proclividad a dar y recibir afecto, generan situaciones ambivalentes para ellas que pueden derivar en formas de violencia sexual.

2.4.3 Enfoque diferencial por ciclo vital

Niños, niñas, y adolescentes

Tal y como se hizo referencia en el capítulo anterior, de acuerdo con las cifras de violencia sexual disponibles en el país, se encuentra que la población infantil en todas sus edades y condiciones constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad a estos tipos de violencia.

Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la intervención de la violencia sexual debe realizarse desde el enfoque diferencial¹²⁶ el cual reconoce la existencia de grupos poblacionales que por sus condiciones y características étnicas, culturales, socio demográficas, su sexo, su orientación sexual y su ciclo vital, son más vulnerables y requieren un abordaje ajustado a sus necesidades y particularidades, para disminuir situaciones de inequidad y dificultad en el goce efectivo de sus derechos fundamentales, buscando lograr la equidad en el derecho a la diferencia¹²⁷.

El enfoque del ciclo vital se caracteriza por tener en cuenta que cada etapa en el desarrollo del individuo es un momento fundamental en la estructuración física, psicológica y social de los seres humanos. Con tal propósito se tendrán en cuenta etapas como la infancia y la adolescencia en las que niños, niñas y adolescentes comienzan a adquirir habilidades intelectuales y desarrollar competencias emocionales para relacionarse asertivamente con el mundo, para conocerse a sí mismo y aprender a manejar los recursos adquiridos para desenvolverse en sociedad. Este aprendizaje explica la necesidad de que crezcan en entornos seguros y

¹²⁶ Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual. Documento en construcción. (2010). Ministerio de la Protección Social.

¹²⁷ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Lineamiento Técnico Administrativo para el restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Bogotá, 2010. p. 3.

protectores con el ánimo de que les brinden herramientas oportunas para afrontar situaciones para las que aún no están listos ni física ni emocionalmente ¹²⁸.

Adicionalmente, en Colombia el ejercicio de los derechos humanos de la niñez y la adolescencia experimenta particulares afectaciones con ocasión del conflicto armado interno. La población civil, entre ellos los niños, niñas y adolescentes están expuestos a ser víctimas de amenazas, masacres, homicidios, delitos sexuales, desapariciones, torturas, ataques indiscriminados, accidentes e incidentes por minas antipersonal y armas de uso convencional, enfrentamientos armados, desplazamiento, reclutamiento forzado, restricciones a la circulación de bienes e insumos indispensables para su supervivencia, entre otras acciones calificadas como infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH) inclusive como crímenes de guerra y crímenes de lesa humanidad según el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional.

Sumado a las anteriores formas de victimización, la violencia sexual es utilizada de manera recurrente como estrategia de guerra, como forma de control territorial y como forma de sometimiento de la población civil.

Las afectaciones más frecuentes a los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes caracterizadas como violencia sexual ya han sido analizadas en detalle en el capítulo anterior, por tal razón se considera que desde la perspectiva diferencial de los derechos de la infancia y la adolescencia la atención integral a esta población debe basarse en la identificación de los riesgos y vulnerabilidades; la promoción de acciones de protección, orientación y cuidado; la prevención de los diferentes tipos de violencia sexual; la atención basada en sus necesidades y su nivel de desarrollo; la garantía de acceso a servicios; la orientación e intervención con padres o cuidadores; y el abordaje integral desde los derechos de las víctimas.

Garantizar sus derechos, brindarles un tratamiento digno y humano, teniendo en cuenta siempre su condición de víctima.

Apoyar a las autoridades competentes en la protección de los NNA y sus familias, y trasladarlos cuando sea procedente a los hogares de paso o a los lugares donde se desarrollen los programas de atención especializada de acuerdo con la orden emitida por estas autoridades.

Informar a las víctimas sobre sus derechos y sobre el proceso, considerar sus opiniones. Proteger debidamente su intimidad e identidad; y evitar las demoras innecesarias.

Velar por la seguridad de las víctimas, así como familias y testigos a su favor.

El hecho de existir dudas acerca de la edad real de la víctima no impedirá la iniciación de las investigaciones penales, incluidas las investigaciones encaminadas a determinar la edad de la víctima.

Adultos mayores

El envejecimiento de la población mundial es, sin duda, un triunfo del desarrollo del último siglo; sin embargo, trae consigo una serie de retos. En 2045 en todo el mundo las personas mayores de 60 años serán más numerosas que los menores de 14 años. Según el último censo de 2005, las personas mayores de 60 años constituían casi el 9% de la población colombiana 8%, un total de 3, 721,943 de adultos mayores sobre la población total censada de 41, 468,384. Sin embargo, de acuerdo con la proyección del DANE a junio 30 de 2009, el total de la población colombiana ha crecido a casi 45 millones, de los cuales se estima que los adultos mayores corresponden al 14 por ciento de los colombianos.

Cabe destacar que las personas mayores representan no sólo el grupo poblacional que más rápido crece en Colombia, sino que también demuestran altos índices de pobreza, 60,2% de ellos se categorizan en SISBEN I y II y con un nivel de analfabetismo de 23,4%, especialmente en áreas rurales ¹²⁹. Las personas mayores enfrentan múltiples dificultades en su vida diaria dada la pobreza en que viven, la discriminación y exclusión social por la edad y la falta de acceso a servicios.

De otro lado, el “Primer Foro de la Sociedad Civil” en Brasilia, (2000)¹³⁰ reconoce el impacto diferenciado que tienen en los adultos mayores algunas situaciones de emergencia entre las que se destaca el desplazamiento interno, de igual manera, resalta la prioridad que ellos y ellas deben recibir por parte del Estado, en la construcción y ejecución de programas y políticas, en dicha situaciones de emergencia humanitaria:

En las situaciones de emergencia, tales como los desastres naturales y otras situaciones de emergencia humanitaria, las personas de edad son especialmente vulnerables y ello debe reconocerse, ya que pueden estar aisladas de sus familias y amigos y les resulta más difícil hallar alimento y resguardo. También pueden tener que asumir la responsabilidad principal en la prestación de cuidado. Los gobiernos y los organismos de socorro humanitario deben reconocer que las personas de edad pueden hacer un aporte positivo en las situaciones de emergencias y promover la rehabilitación y la reconstrucción.

¹²⁹ Ibídem. El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, Madrid 2002 es el único acuerdo

¹³⁰ internacional que reconoce el potencial de las personas adultas mayores para contribuir al desarrollo de sus sociedades. Es un compromiso de los gobiernos de incluir el envejecimiento en todas las políticas de desarrollo sociales y económicas, inclusive en programas de reducción de la pobreza bajo tres áreas prioritarias: Las personas mayores y el desarrollo, el fomento a la salud y al bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable.

De igual manera, respecto al enfoque diferencial por ciclo vital en relación a los adultos mayores es preciso hacer referencia a que debido a su condición particular de vulnerabilidad, ya que generan relaciones de dependencia, abandono y rechazo, están en riesgo de ser víctimas de violencia sexual. Si bien los adultos/as mayores son considerados/as como aquella población a la que se le tiene que dar prioridad en la atención (junto con poblaciones tan vulnerables como los niños, niñas, adolescentes, mujeres y grupos étnicos), particularmente en situaciones de emergencia o de conflicto armado interno, la temática del adulto/a mayor y la violencia sexual no ha sido suficientemente desarrollada en profundidad en el país.

A pesar del altísimo subregistro de delitos sexuales en adultos mayores debido a las condiciones anteriormente analizadas, el informe Forensis 2009 reporta 8 casos de violencia sexual en adultos mayores hombres y 69 casos en mujeres mayores de 60 años. Estos datos son indicativos de la impunidad y la invisibilidad de estos delitos en este grupo poblacional.

2.4.4 Enfoque diferencial por género y orientación sexual

Tal como ha sido ampliamente expresado anteriormente, la pertenencia al género femenino en cualquier grupo de edad, así como al colectivo LGBTI, confieren una vulnerabilidad especial para sufrir violencia sexual dentro de nuestro país, replicando lo observado en muchas otras sociedades occidentales.

Esta vulnerabilidad particular ha de ser tomada en cuenta para planear servicios asistenciales en salud que resulten fácilmente accesibles y sensibles a las necesidades particulares que mujeres, niñas, adolescentes femeninas, y personas LGBTI manifiestan cuando han sido víctimas de violencia sexual.

Igualmente, es necesario que los equipos de salud encargados de la atención de estas personas hagan conciencia de los dispositivos de poder que se ponen en juego dentro de la sociedad para hacer más vulnerables a estos grupos humanos ante la violencia sexual, ya mencionado, de modo que las intervenciones sanitarias generales y específicas que se les provean (en salud mental, en salud sexual y reproductiva, entre otras) no reproduzcan tales dispositivos de poder intrínsecos a los actos de victimización sexual, sino que por el contrario resulten liberadores para las víctimas, contribuyendo a su empoderamiento ante ellos.

2.4.5 Enfoque diferencial por ubicación dentro de un grupo humano en posición socio – económica desventajosa:

Aunque se conoce que la violencia sexual puede llegar a afectar a cualquier tipo de personas, ubicada en cualquier posición socio – económica, también ha quedado ilustrado hasta el momento que en Colombia existen algunos grupos humanos que suelen estar especialmente afectados por este problema, (mujeres, niñas, niños, adolescentes, personas LGBTI, habitantes rurales y aquellas personas que viven dentro de territorios especialmente afectados por el conflicto armado interno, o que han sido desplazadas forzosamente).

En el entrecruzamiento de vulnerabilidades ante la violencia sexual dada por la pertenencia a un determinado género o grupo de orientación sexual, a una étnia indígena o afrodescendiente, a un grupo de edad, o a la condición de habitar en el área rural o de estar en situación de especial afectación por el CAIN, habrá que agregar las desventajas propias de pertenecer a un grupo social especialmente “desempoderado” por ausencia de los recursos socio – económicos suficientes para satisfacer adecuadamente las necesidades básicas de sus miembros. Todo ello para disminuir su exposición a riesgos de enfermar o morir, o para atender las necesidades específicas e incrementadas de recursos y apoyo social que alguno de sus miembros puede requerir cuando enfrenta adversidades como la enfermedad, o la exposición a cualquier tip¹o³¹de victimización, tal como la victimización sexual .

En el caso de la atención integral a víctimas de violencia sexual es muy importante tomar en cuenta para la atención sanitaria su ubicación dentro de grupos humanos que se encuentran en posiciones de desventaja socio – económica, incluyendo su pertenencia a grupo sociales sometidos a pobreza, estigma social, condiciones de desarraigo por desplazamiento forzado y otras causas, o alteración severa de sus modos de vida habituales por sometimiento a los rigores del conflicto armado o las catástrofes naturales.

Numerosos estudios han mostrado que la recuperación exitosa de las víctimas depende tanto de la calidad de las respuestas sociales e institucionales desplegadas en torno a sus necesidades sanitarias integrales, como del mejoramiento en general de las condiciones de vida que rodean a la víctima, las cuales fomentan procesos protectores que

131 Breilh, J (1996) “El género entre fuegos: inequidad y esperanza”. Quito. Centro de estudios y asesoría en salud – CEAS -

promueven la restauración de su salud¹³²; tomando en cuenta que tanto las respuestas sociales, habitualmente disponibles como las condiciones de vida, suelen ser precarias cuando la víctima pertenece a grupos humanos en desventaja socio – económica. Una meta central en los servicios integrales de atención en salud para el tipo de víctimas descrito ha de ser facilitar su acceso a la totalidad de los recursos asistenciales que requieran para proteger y recuperar su salud amenazada por la victimización sexual, acorde con los principios ya planteados en salud pública tomado en cuenta para este modelo.

2.5 Enfoque de Integralidad

El enfoque de integralidad da cuenta del carácter eco-bio-psico-social de los seres humanos y propone una mirada desde lo espiritual de la persona víctima del delito sexual. La integralidad invita a considerar a los seres humanos como realidades complejas e indivisibles, atravesados por múltiples dinámicas que se interrelacionan. En especial la consideración de que el ser humano no se agota en la dimensión biológica o física o meramente en lo orgánico funcional. Esto es, una intervención integral implica actuar sobre la dimensión psicológica, social, legal y física del problema.

En el caso de la violencia sexual, entre otros, significa considerar el entorno afectivo y familiar, los aspectos emocionales, la atención en crisis, la desculpabilización de la víctima y el soporte psíquico tanto a la persona vulnerada como a su grupo familiar. De igual manera, hay que tener en cuenta las condiciones de vida y satisfacción de necesidades básicas que favorecen la vida, la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos; los sistemas de creencias culturales acerca de la sexualidad, el cuerpo, la reproducción; las relaciones de poder entre sexos y entre generaciones; las construcciones culturales del ser; los factores protectores y de riesgo en la vivencia de la sexualidad y la reproducción, así como la presencia o ausencia de institucionalidad.

Dar una respuesta integral al problema de la violencia sexual significa ir más allá de la recuperación física de las heridas o lesiones. Significa crear los medios que garanticen la seguridad física, emocional, sexual, social, legal de las víctimas y apoyen los esfuerzos por retomar el control de sus vidas y avanzar en los procesos de curación, justicia y reparación. En el caso de la violencia sexual el abordaje integral compromete una mirada interdisciplinaria

¹³² Sanmartín, J (Coord.) “Violencia contra niños” Ariel. Barcelona. 225 p.

desde la salud, las ciencias sociales, la atención jurídica y psicológica que dé cuenta de las diferentes necesidades (bio-psico-sociales) de las víctimas/sobrevivientes y la sanción de los agresores.

La atención integral es el escenario propicio para la interacción de todos los enfoques descritos para este modelo; pues posibilitan dar respuesta a las necesidades particulares de cada una las víctimas, en aras del restablecimiento de sus derechos.

Es decir, debe atender las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo, las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo. La atención integral supone llevar a cabo acciones de promoción, prevención, atención y restablecimiento de derechos que respondan a las necesidades particulares de los niños, niñas y adolescentes, de los/las adultos mayores, de las víctimas pertenecientes a comunidades indígenas o afro; o a las personas LGBTI.

La atención integral supone ante todo estar atento a las manifestaciones de de nuestra sociedad patriarcal, en la que hombres y mujeres, lo masculino y lo femenino, se encuentran en desigualdad e inequidad; manifestaciones que legitiman e invisibilizan la violencia sexual.

Además, en consideración de que los procesos de violencia sexual ocurren en entornos familiares y sociales, la atención integral deberá dar cuenta tanto de lo personal, lo familiar y lo comunitario que incluye, por ejemplo la escuela y el barrio o comunidad rural. Esto se debe a que el impacto de la violencia sexual es de carácter radial y envolvente, es decir compromete el entorno relacional, afectivo y social de la persona sobreviviente.

El modelo invita a los servicios, equipos y agentes de salud a avanzar desde lo biomédico a lo bio-psico-social y de lo individual a lo familiar y comunitario. En lo familiar es preciso incorporar una mirada crítica sobre el mundo de los afectos, sobre las relaciones y asimetrías de poder al interior de la pareja y la familia. Por ello, la atención integral no se agota en la atención médica y psicológica; comprende el conjunto de acciones de promoción de la salud sexual reproductiva orientadas a estimular una vivencia de la sexualidad y de la reproducción fundada en los derechos humanos sexuales y reproductivos; comprende, también, el conjunto de estrategias, programas y acciones dirigidas a potenciar factores personales, familiares, comunitarios e institucionales para la prevención de todas las formas de violencia y en especial, de las violencias sexuales y el conocimiento e identificación oportuna de los signos y síntomas físicos, psíquicos y del comportamiento que faciliten la detección temprana.

La estrategia fundamental para lograr intervenciones sanitarias enmarcadas por el enfoque de integralidad es el trabajo en equipo de salud, a través del cual se integran no sólo diferentes saberes y disciplinas, sino recursos humanos y tecnológicos pertenecientes a diferentes niveles sanitarios de atención, que no obstante, se articulan en torno a la solución de las necesidades de un mismo caso clínico, en concordancia con los principios de las redes de servicios y las características de la estrategia de APS que se constituyen en guía central desde la salud pública para el funcionamiento de este modelo^{133, 134}.

Para la OPS – OMS, cualquier modelo de atención en salud basado en APS debe brindar una atención integrada, integral y continua, lo cual implica que las opciones de servicios disponibles para atender las necesidades de salud de cada persona han de abarcar la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo al autocuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e implica una atención integrada expresa, dada en la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades en salud, y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención, sin interrupciones. Para las personas, la atención integral implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida, y que cuenta con sistemas de referencia y contrareferencia a través de todos los niveles del sistema de salud, y en ocasiones, también hacia los servicios sociales requeridos en torno al cuidado de la salud de un caso particular¹³⁵.

133 Pinheiro, R; et al (2007) “Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas”. Rio de Janeiro. IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO. 208 p.

134 Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008) “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en la Región de Las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Biblioteca OPS. Washington D.C. 48 p.

135 Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008) “La Renovación de la Atención Primaria en Salud en la Región de Las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Biblioteca OPS. Washington D.C. 48 p.

**Marco ético- conceptual que sustenta
el Modelo**

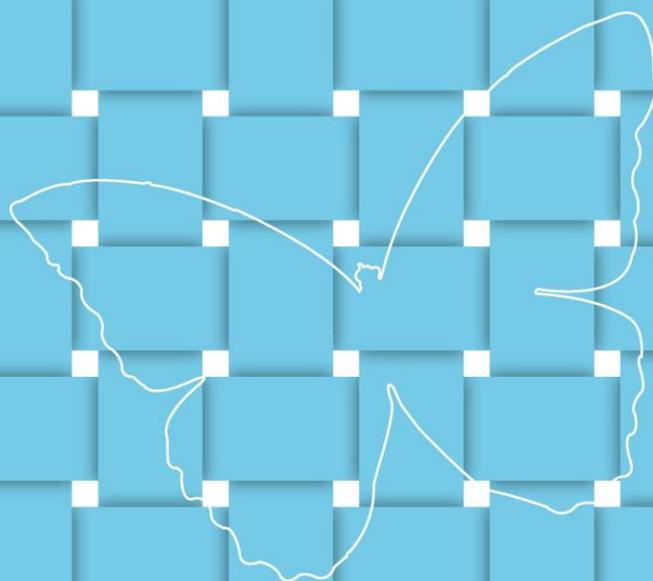
MARÍA CRISTINA HURTADO SÁENZ

CLAUDIA PATRICIA GÓMEZ LÓPEZ

ARGELIA LONDOÑO VÉLEZ

ÉRIKA GIOVANNA VELOZA MARTÍNEZ

Zulma Consuelo Urrego Mendoza



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

ISBN - 978-958-99949-6-2