

¿Y QUÉ PASÓ CON **CAPERUCITA**?



COLOMBIA 2014 © ANNA SURINYACH

Editado por Médicos Sin Fronteras
Noviembre de 2014



ÍNDICE

3| RESUMEN EJECUTIVO

6| INTRODUCCIÓN

7| 223 CUERPOS Y MENTES MARCADOS POR LA VIOLENCIA

9| LAS CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

10| LA RESPUESTA INSTITUCIONAL

12| BARRERAS PARA BUSCAR Y OBTENER AYUDA

14| EL RETO: SACAR EL ICEBERG A FLOTE, ABORDANDO INTEGRALMENTE MÁS CASOS

16| CONCLUSIÓN

17| ANEXOS

20| MÁS INFORMACIÓN Y MATERIALES

RESUMEN EJECUTIVO

Entre Junio de 2012 y Agosto de 2013, los equipos de Médicos Sin Fronteras (MSF) en Colombia recolectaron información sobre los obstáculos que enfrentaron los sobrevivientes de violencia sexual que llegaron a nuestra consulta, al buscar y obtener ayuda en las instituciones públicas de salud.

Durante ese periodo, fueron 223 las personas que recibieron abordaje en nuestras clínicas, luego de haber sobrevivido a uno o varios episodios de violencia sexual. Pretendemos llamar la atención sobre las historias detrás de la cifra y lo que éstas dicen acerca de cuánto es necesario mejorar la respuesta institucional en torno al problema de la violencia sexual en Colombia.

Médicos Sin Fronteras enfatiza que la atención integral en salud es el único servicio que puede salvar la vida de quienes han sido sometidos a violencia sexual. Por lo tanto, garantizar su disponibilidad y accesibilidad, además de una obligación del Estado, debe ser una prioridad.

De los 223 sobrevivientes atendidos por MSF, el 61% refirió no haber acudido a las estructuras públicas de salud por razones que dan cuenta de una profunda falta de información en las comunidades: muchos no estaban sensibilizados sobre la importancia de buscar ayuda y desconocían que tenían derecho a recibir una valoración médica y psicológica de manera urgente; igualmente, en algunos casos los sobrevivientes afirmaron que no sabían que lo que habían sufrido era violencia sexual.

Por su parte, hubo un 26% que decidió no ir al médico debido a amenazas del perpetrador que buscaban evitar una denuncia. Existe la idea en las comunidades que asistimos de que en las estructuras públicas de salud van a presionar al sobreviviente para que denuncie, lo que es reafirmado por la insistencia en la denuncia dentro de los mensajes institucionales que dan a conocer la ruta de la violencia sexual. En este sentido, encontramos que los sobrevivientes bajo amenaza o temor de amenaza optan por no acudir al hospital.

Otros motivos de inasistencia a los servicios de salud incluyen vergüenza, presión familiar, temor a la estigmatización, desconfianza en las instituciones y la lejanía de los hospitales.

Las consecuencias sobre la salud física y mental de la desatención ante casos de violencia sexual pueden ser muy graves. Varias de las mujeres vistas en la consulta de MSF quedaron embarazadas luego de la violación; a algunas les habían practicado aborto forzado. También se registraron pacientes que desarrollaron enfermedades de transmisión sexual, las cuales habrían podido evitarse de haber recibido un tratamiento temprano. A nivel de salud mental, los sobrevivientes manifestaron síntomas relacionados principalmente con depresión y con ansiedad.

De acuerdo con la experiencia de MSF, para poder hacer más visible la realidad de la violencia sexual en Colombia y que todos los que la padecen puedan tener atención médica y psicológica de forma oportuna, es necesario que:

- **El enfoque de la violencia sexual como una urgencia médica sea transversal** a todas las instituciones que están involucradas en la respuesta a la violencia sexual. Los mensajes que se transmitan en este sentido deberían ser difundidos por la totalidad de los actores implicados.
- **El Estado aumente los esfuerzos para llevar a cabo acciones de preparación a la comunidad para acceder a los servicios de salud**, según lo estipulado en el capítulo 2 del *Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*.¹
- **Se cree una estrategia de comunicación pública donde no se imponga un determinado concepto de lo que es la violencia sexual**, sino que se deje a las personas la posibilidad de definir las situaciones dentro de las cuales se reconocen y sufren.
- **El personal de salud de los hospitales, centros y puestos de salud sea formado** para que implementen estrategias de captación activa de casos de violencia sexual y para que respondan integralmente a estos eventos, sin producir revictimización.
- **Se asegure la disponibilidad del servicio de salud mental en las estructuras de salud de primer nivel de atención**, pues en las zonas rurales ésta es la única puerta de acceso a la salud.

¹ Diario Oficial. Viernes 9 de marzo de 2012. "Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual". P. 6. Disponible en: <http://actualisalud.com/images/stories/violenciasex.pdf>.



Paciente de MSF. Colombia 2014. © EMILY MACINNES

Para Médicos Sin Fronteras, la violencia sexual debe ser vista primeramente como un problema de salud pública, en donde lo más importante es preservar la vida del sobreviviente.

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual afecta a miles de personas en Colombia. Según la última encuesta realizada por Oxfam, Casa de la Mujer, Sisma Mujer, entre otras organizaciones, 489.687 mujeres en zonas de conflicto habrían sido sobrevivientes de violencia sexual entre 2001 y 2009.² No obstante, las cifras que se conocen sólo muestran la punta del iceberg, pues es bien sabido que la mayoría de los eventos de violencia sexual permanecen invisibles.³

No sólo las mujeres y niñas sufren la violencia sexual, los hombres y niños también son víctima. Más aún, no sólo con ocasión del conflicto armado tienen lugar los hechos de violencia sexual, en tiempos de estabilidad es igualmente común. De hecho, en los lugares con presencia de MSF en Colombia, los casos que han llegado a nuestras consultas corresponden en su mayoría a eventos ocurridos dentro de la familia.

La violencia sexual puede ser calificada de diferentes maneras. Lo más habitual es encontrar definiciones donde se le reconoce como un *delito*, un *acto atroz*, un *hecho victimizante*, una *violación a los derechos humanos* y un *arma de guerra*. Sin embargo, con excepción de algunos documentos técnicos elaborados por el Ministerio de Salud u organizaciones sanitarias, en muy pocos lugares la violencia sexual es revelada como una **urgencia médica**.

El enfoque actual de la problemática de violencia sexual en Colombia pretende ser amplio, pero el discurso y los mensajes que se transmiten ponen un escaso énfasis en la necesidad de que quienes sean violentados sexualmente busquen ayuda en las instituciones de salud de manera inmediata. Cuando la mirada está puesta en el agresor y en que se haga justicia, aunque sea una inquietud válida e importante, se puede perder de vista al afectado. Cuando lo primero que preocupa es cómo encontrar al lobo, es legítimo preguntarse: ¿y qué pasó con Caperucita?

Médicos Sin Fronteras atiende a cientos de sobrevivientes de violencia sexual cada año en sus programas de salud física y mental en Cauca, Nariño y Caquetá. Un total de 223 casos fueron captados entre junio de 2012 y agosto de 2013. A nivel cualitativo, cada historia de vida aporta información muy relevante acerca de las secuelas físicas y psicológicas de la violencia sexual, así como de las barreras que han existido en Colombia para la búsqueda de atención desde hace décadas y que, desafortunadamente, continúan existiendo hoy.

A propósito del día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, MSF recuerda que la violencia sexual ejercida hacia cualquier persona es

² Oxfam, Sisma Mujer, et.al., “Violaciones y Otras Violencias. Saquen mi cuerpo de la guerra”. P.2. 2010.

³ OPS – OMS (2003) “Informe Mundial sobre la violencia y la salud” *Publicación Científico Técnica No. 588*. Washington, D.C., Organización Mundial de la Salud.

http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm. P.3.

inaceptable y que, cuando ocurre, lo esencial para sobrevivir es buscar atención médica y psicológica. Incluso mucho tiempo después de haber sufrido el evento, la violencia sexual sigue siendo una urgencia, por lo que las instituciones de salud deben asegurar que la respuesta al sobreviviente sea integral y adecuada. Asimismo, los agentes promotores de la salud pública y todas las entidades de los diferentes sectores que están involucrados en el abordaje a la violencia sexual deben incorporar el calificativo de urgencia médica en sus mensajes de sensibilización y divulgación de las rutas de atención a la violencia sexual.

223 CUERPOS Y MENTES MARCADOS POR LA VIOLENCIA

Con tan sólo cinco años, a mediados de 2013 un niño llegó a la consulta psicológica de MSF en Caquetá, acompañado por su madre. Su padrastro le había violado en reiteradas ocasiones. Aunque había recibido ayuda en el hospital local, la psicóloga de la Comisaría de Familia a quien se le asignó el caso refirió que era un paciente muy difícil de tratar y que lo mejor era “dejarlo así”. Según el psicólogo de MSF, el niño manifestaba dificultades para restablecer su vida personal y para mantener relaciones sociales; agresividad y disociación fueron algunos de los síntomas identificados en la consulta.

En el Cauca, MSF conoció el caso de una joven violada a sus 20 años por miembros de un grupo armado. Decidió acudir al hospital algunos meses después por un dolor pélvico, pero una vez allí los médicos no indagaron si había sufrido alguna agresión sexual. La mujer tampoco lo contó, por temor a que sus familiares se enteraran. Pasaron varios años antes de que ella rompiera el silencio, en una consulta médica de MSF.

Como estas, 221 otras vidas fueron destruidas por la violencia sexual, aunque indirectamente el daño pudo haber alcanzado a muchas más personas: miembros de la comunidad y de la familia, quienes en su mayoría acompañaron solos el sufrimiento de los sobrevivientes.

El 57% de los pacientes que MSF atendió por algún tipo de violencia sexual se encontró en Cauca; el 37% en Caquetá y el 12% en Nariño. En cuanto a la distribución por sexo, en el 94% de los casos fueron mujeres y en el 6% hombres.

Según la fecha de ocurrencia del último evento de violencia sexual, los casos en los hombres se concentraron en su totalidad en el rango de 4 a 14 años. En las mujeres, el espectro fue extenso: si bien gran parte de los eventos ocurrieron entre los 7 y los



Paciente de MSF. Colombia 2014. © ANNA SURINYACH

15 años, se registraron casos en todos los grupos de edades, incluso en mujeres mayores de 60 años.

El 62% de sobrevivientes atendidos por MSF habían sido sometidos a reiterados episodios de violencia sexual. Como mínimo, se presentaron 658 eventos distribuidos entre las 223 personas captadas entre junio de 2012 y agosto de 2013.

El 80% de los sobrevivientes no buscó ayuda en las estructuras de salud locales.

Sólo 7 personas acudieron a los equipos de Médicos Sin Fronteras en menos de 72 horas y otras 13 ya habían acudido en este lapso a estructuras públicas de salud. El 49% recibió atención más de un año después de haber sido violentado. Según la experiencia de MSF, las personas revelaron sus antecedentes de violencia sexual en el servicio de salud mental principalmente, mientras que en el servicio médico fue indispensable recurrir a estrategias de captación activa. Esto se explica porque la mayoría de sobrevivientes no acudieron al médico por la violencia sexual, sino por otros motivos.

LAS CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

El sistema de registro de información de MSF permitió incluir hasta dos tipos de ataques por cada sobreviviente. Los resultados muestran que en el 66% de las personas hubo violación sexual, en el 34% abuso, en el 6% hubo intento de violación y en el 4% esclavitud sexual o prostitución forzada.⁴

No se detectaron secuelas físicas en el 82% de sobrevivientes. Sin embargo, hubo 23 mujeres para las cuales la violencia sexual significó quedar embarazadas, el 78% cuando aún eran adolescentes. A dos de ellas les practicaron aborto forzado.⁵

“La niña de 12 años fue violada por un vecino y quedó en estado de embarazo. Su familia la está apoyando, no desean denunciar por temor a posibles represalias del grupo armado hacia ellos. El agresor sugiere a la madre de la niña interrumpir el embarazo, pero la familia se niega afirmando que "por acá es peligroso". Además, la señora refiere querer conservar al bebé por intereses personales (no le puede dar un hijo a su actual pareja)”.

Testimonio médica de MSF en Caquetá

Por las condiciones en las que vivían estas mujeres y por su temprana edad, todos los embarazos fueron de alto riesgo; es decir, que había peligro para la vida de la madre y del bebé. El peligro se concretó en el caso de dos recién nacidos, quienes murieron a los pocos días.

“Atendí a una paciente de 27 años que tenía dificultades para la expresión y el control de sus pensamientos y sentimientos. Indagando un poco encontré que su padrastro la había violado cuando tenía 15 años. Producto de este evento hubo un embarazo no deseado, que llegó a término pues el personal de salud del hospital que la atendió en esa época la convenció de tener el bebé. El menor murió a los 15 días de nacido”.

Testimonio psicólogo de MSF en Cauca

Paralelamente, 18 mujeres sobrevivientes, la mayoría en edad adulta, adquirieron alguna enfermedad de transmisión sexual. Hasta el momento de la consulta con MSF, 16 no habían recibido ninguna prueba diagnóstica y mucho menos tratamiento. Retrasar la atención de una enfermedad de transmisión sexual no sólo puede tener una incidencia negativa sobre el cuerpo, sino además sobre el estado anímico de quien la padece, especialmente porque tienden a ser condiciones altamente estigmatizantes.

⁴ Ver anexo 1.

⁵ Ver anexo 2.

En efecto, el impacto psicológico de la violencia sexual es devastador. La casi totalidad de los sobrevivientes manifestaron algún tipo de síntoma a raíz de los eventos de violencia. Los más prevalentes fueron tristeza (43%), miedo excesivo y sentimiento de amenaza (27%), irritabilidad o ira (27%), ansiedad y estrés (24%) y culpabilidad u odio hacia sí mismo (18%).⁶

Otras consecuencias fueron el desarrollo de dificultades para restablecer la vida personal y las relaciones de pareja, así como para mantener o establecer relaciones sociales; el rechazo o abandono de la familia por causa de la violencia sexual; el tener que convivir con el perpetrador o el verse obligado a casarse con éste; el ser re-victimizado a través del estigma o rechazo social; y, para seis personas, el tener que dejarlo todo y desplazarse forzosamente para evitar nuevos ataques.⁷

LA RESPUESTA INSTITUCIONAL

La atención oportuna de la violencia sexual supone una carrera contra el tiempo. Dependiendo del tipo de violencia, si hay riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual y el sobreviviente consulta dentro de las primeras 72 horas, es posible proporcionar profilaxis de VIH/sida y antibióticos que ayuden a prevenir el desarrollo de infecciones tales como clamidia, gonorrea o sífilis – o tratarlas hasta un año después de la ocurrencia del evento.

Cuando la consulta ocurre dentro de las 120 horas, es aún posible proporcionar anticonceptivos de emergencia, para evitar un embarazo no deseado. Sin embargo, el tratamiento es más efectivo cuando se aplica en las primeras 72 horas.

Incluso, si se consulta dentro de los primeros 6 meses, la administración de las vacunas contra la hepatitis B y contra el tétanos puede contrarrestar estas enfermedades potenciales.

De los sobrevivientes registrados por MSF, el 19% (42) asistió a alguna estructura pública de Salud antes de ser atendido por los equipos de MSF. Se trató de personas que habían sufrido abuso, violación, intento de violación y/o prostitución forzada. La respuesta que recibieron por parte de las instituciones no fue completa en todos los casos.

De los 42 sobrevivientes, 36 tuvieron atención médica (86%), pero sólo 13 acudieron en menos de 72 horas, 3 en las primeras 120 horas, 10 lo hicieron en el periodo de cinco días a tres meses y 2 entre tres meses y un año después de la ocurrencia de la violencia sexual.

⁶ Ver anexo 3.

⁷ Ver anexo 4.

Cinco de los 13 sobrevivientes atendidos en las 72 horas recibieron profilaxis para evitar la transmisión del VIH (38%). El 31% definitivamente no lo recibió y otro 31% no lo recordaba.

Con relación a la anticoncepción de emergencia, 7 de las 10 mujeres en edad fértil atendidas dentro de las 120 horas no la recibieron, una no lo recordaba y sólo dos recibieron la medicación para evitar un embarazo después de la violación. En consecuencia, dos de las sobrevivientes resultaron embarazadas.

El 43% de los 28 sobrevivientes que consultaron antes de cumplirse un año no obtuvo tratamiento profiláctico para la prevención de ITS (Infecciones de transmisión sexual). Un 21% no lo recordaba y el 36% sí lo recibió.

Por otro lado, de los 26 sobrevivientes que consultaron al médico antes de los 3 meses, únicamente 6 (23%) fueron vacunados contra la hepatitis B y 8 (30%) contra el tétanos. Para ambos casos, el 27% no sabía si se le aplicó o no vacunación.

La realización de pruebas diagnósticas también fue insuficiente. De los 36 sobrevivientes que obtuvieron atención médica, al 45% no se le practicó el test de VIH para conocer su estado serológico. El 36% sí accedió al test y el 19% restante no lo recordaba. Igualmente, sólo al 25% se le realizó el test de Sífilis, mientras que al 47% no y el 28% no lo sabía.

En teoría, todas las personas que acuden a los servicios médicos por violencia sexual deben recibir una asesoría detallada de los servicios a los que tienen derecho. Sin embargo, únicamente el 61% de los 36 sobrevivientes fue asesorado en la consulta.

Finalmente, menos de una de cada tres mujeres accedieron a soporte psicológico después del episodio de violencia sexual. La cifra no sorprende, dada la falta de personal de salud mental en las estructuras de primer nivel de manera generalizada en el país, pero sin duda es realmente preocupante.

“La niña de 13 años fue traída por su madre a la consulta. El incidente de violencia sexual fue hace 3 años. La niña recibió atención médica en Barbacoas, de buena calidad según la madre, sin embargo se encuentran algunas falencias como la no entrega de documentación a la madre (reporte de paraclínicos, tratamiento médico recibido, programación de consultas para el seguimiento). Además, no hubo atención integral porque no fue atendida por salud mental. La niña presenta síntomas depresivos y de stress postraumático, que le dificultan establecer relaciones adecuadas con pares y especialmente con hombres adultos, así como el desempeño de actividades cotidianas”.

Testimonio médica de MSF en Nariño

BARRERAS PARA BUSCAR Y OBTENER AYUDA

Las cinco razones más frecuentes registradas por MSF para no buscar ayuda en las estructuras públicas de salud tras un episodio de violencia sexual fueron, en su orden⁸:

- Desconocimiento de que era necesario ir al hospital
- No consideró lo ocurrido como violencia sexual o abuso
- Amenazas del perpetrador
- Vergüenza
- Presión familiar

Estas barreras se relacionan con el contexto socio-cultural de los sobrevivientes que acudieron a la consulta de MSF y también con la situación de violencia crónica que ha castigado a sus comunidades.

MSF ha constatado en los lugares donde trabaja que de forma casi automática la población establece una relación entre violencia sexual y denuncia, y no entre ésta y urgencia médica. La posibilidad de que se desarrolle una enfermedad luego de una agresión o violación no es muy conocida en las zonas rurales, y menos que con atención temprana es posible prevenirlas. Tampoco es común encontrar personas informadas sobre sus derechos en caso de violencia sexual, incluido el de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

De igual modo, existe falta de información con respecto a qué es la violencia sexual, en especial cuando el perpetrador es el conyugue o cuando hay tocamientos sin consentimiento, pero no penetración. En tales circunstancias, puede suceder que quien lo sufre no sepa reconocer la violencia sexual, guarde silencio y no busque ayuda.

La violencia sexual puede incluso ser relativizada en contextos de conflicto en los que nadie es percibido como totalmente inocente. En algunos lugares, el ejercicio de la sexualidad se desarrolla en un ambiente de coerción, pobreza, alta demanda de servicios sexuales y patrones socio-culturales que legitiman el inicio de relaciones sexuales tempranas y la negociación sobre la propia sexualidad. Allí, la violencia sexual no debería ser definida exclusivamente por la ausencia de consentimiento, sino también por las condiciones de extrema precariedad que limitan el ejercicio del consentimiento. Debido a la poca comprensión de esas realidades que no encajan dentro de lo que comúnmente se entiende por violencia sexual, actualmente los sobrevivientes de esta forma de violencia sexual tienden a ser culpados por lo que han vivido y rechazados en sus comunidades.

⁸ Ver anexo 5.

Paralelamente, existe un alto grado de utilización de la violencia en los sitios donde MSF interviene, por lo que los ataques sexuales suelen venir acompañados de amenazas sobre la vida del sobreviviente y/o de su familia para que la situación no se revele. Como las instituciones públicas intentan visibilizar la ruta de atención haciendo énfasis en la denuncia, el efecto paradójico es que no se accede a los servicios médicos dentro de la ruta por temor a que en los hospitales obliguen a la persona a denunciar y a que haya represalias del actor armado.

“Yo tenía 14 años y ver a mis amigas jugando y saber que eso ya se había acabado para mí era muy duro. Yo pensé en denunciarlo, pero él me amenazaba y me decía que la que iba a quedar mal era yo. Él me dañó la vida, me hizo vivir un infierno”.

Mujer de 28 años, atendida por MSF en Cauca

Finalmente, la vergüenza por lo ocurrido, asociado con el sentimiento de culpa o el miedo a ser juzgado, y las presiones directas de la familia también pueden llevar a que el sobreviviente decida no consultar con los servicios de salud.

“Identificamos el caso de una paciente de 24 años, que había sobrevivido a una violación, luego de la cual quedó embarazada. Acudió a entidades legales para establecer la demanda; sin embargo, no acudió a alguna institución pública de salud, sino hasta que su embarazo estuvo a término. Intentó de varias maneras interrumpir el embarazo y quitarse la vida, sin ningún éxito. Su familia, en cabeza del padrastro, la expulsó del hogar. Actualmente huye del perpetrador, quien ya salió de la cárcel”.

Testimonio psicóloga de MSF en Caquetá

Médicos Sin Fronteras realiza sensibilización acerca de lo que es la violencia sexual durante sus jornadas de salud, dirigida a todos los consultantes y acompañantes, líderes de la comunidad y otros miembros de estructuras comunitarias locales. No sólo se explican los tipos de violencia sexual, sino que además se pone énfasis en las posibles consecuencias médicas y psicológicas de la violencia sexual, que hacen necesaria una valoración urgente en las instituciones de salud.

Este esfuerzo es limitado a los lugares en donde tenemos actividades. Si otras organizaciones e instancias del Estado, independientemente del sector del que se trate, no se suman a la tarea de orientar que buscar atención en salud luego de sufrir violencia sexual es lo primero y lo vital, muchos más sobrevivientes, presentes y futuros, seguirán quedando solos y olvidados.



Actividad grupal del servicio de salud mental de MSF. Colombia 2014. © EMILY MACINNES

EL RETO: SACAR EL ICEBERG A FLOTE, ABORDANDO INTEGRALMENTE MÁS CASOS

Para intentar responder al problema de la violencia sexual en Colombia es necesario ubicar en el centro al sobreviviente.

Las barreras expuestas en el apartado anterior evidencian la profunda necesidad de que el Estado cumpla con las acciones de preparación a la comunidad para acceder a los servicios de salud, según lo estipulado en el capítulo 2 del *Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*.⁹ En especial, se requiere la implementación de acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) en torno a: 1) el carácter de urgencia médica que siempre tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el evento y la consulta en las instituciones de salud; 2) la confidencialidad que reviste el acto médico; 3) los derechos de los sobrevivientes de violencia sexual; 4) los beneficios que derivan de una atención oportuna; y 5) los servicios de salud disponibles en cada territorio.

⁹ Diario Oficial. Viernes 9 de marzo de 2012. "Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual". P. 6. Disponible en: <http://actualisalud.com/images/stories/violenciasex.pdf>.



Zona rural de Cauca. Colombia 2014. © ANNA SURINYACH

Frente a la realidad de la sexualidad ejercida en entornos violentos y precarios, donde el consentimiento de la relación no necesariamente descarta la violencia sexual, Médicos Sin Fronteras recomienda al Gobierno realizar esfuerzos para que la mirada a la violencia sexual sea más amplia. Se necesita crear una estrategia de comunicación pública donde no se imponga un determinado concepto de lo que es la violencia sexual, sino que se deje a las personas la posibilidad de definir las situaciones dentro de las cuales se reconocen y sufren.

Asimismo, el personal de salud de los hospitales, centros y puestos de salud debería ser formado para que implementen estrategias de captación activa de casos de violencia sexual y para que respondan integralmente a estos eventos, sin producir revictimización.

Con miras a la integralidad en el abordaje, se debe asegurar la disponibilidad del servicio de salud mental en las estructuras de salud de primer nivel de atención, pues en las zonas rurales ésta es la única puerta de acceso a la salud. Sin psicólogos en el primer nivel, la mayoría de casos que lleguen a la consulta médica no recibirán abordaje integral, pues es muy poco probable que los sobrevivientes acepten desplazarse hasta la capital departamental para ir a la consulta psicológica.

En últimas, el mensaje de que la violencia sexual es una urgencia médica no debería ser transmitido únicamente por los actores del sector salud. Médicos Sin Fronteras considera indispensable que **el enfoque de urgencia sea transversal** a todas las instituciones que están involucradas en la respuesta a la violencia sexual.

CONCLUSIÓN

La violencia sexual debe ser tratada como un problema de salud pública y no mayoritariamente como un problema penal.

Desde hace varios años la violencia sexual en Colombia es formalmente reconocida como una urgencia médica –y psicológica-, el protocolo nacional del Ministerio de Salud lo reitera en varias ocasiones. No obstante, el que, de forma generalizada, la población urbana y rural que asiste por primera vez a una actividad de sensibilización de los equipos de MSF, no asocie la violencia sexual con la necesidad de consultar a estructuras de salud, sino con la denuncia legal, es evidencia de que algo no ha funcionado bien en los mensajes que se han transmitido a las comunidades en donde MSF está presente.

Esa situación podría ser la misma en otros territorios del país. Como lo cuentan nuestros datos y las historias de vida detrás de ellos, el desconocimiento es una enorme barrera para que los sobrevivientes busquen y obtengan la ayuda a la que tienen derecho. En este sentido, la violencia sexual también es una emergencia de educación, información y comunicación. Como tal, la respuesta debe ser rápida, oportuna y articulada entre todos los agentes responsables.

Si el sobreviviente es el centro de las preocupaciones de la institucionalidad, será posible generar confianza en las comunidades para que las personas acudan a los servicios de salud. Si el abordaje que reciben en las mismas es el adecuado, orientado por el principio de humanidad, es realista esperar que se derrumben los paradigmas que impiden que la violencia sexual sea tratada con prontitud y revelada en su magnitud.

ANEXOS

Los datos corresponden a 223 sobrevivientes de violencia sexual atendidos en las clínicas de MSF en Cauca, Nariño y Caquetá¹⁰, entre Junio de 2012 y Agosto de 2013.

Anexo 1: tipo de violencia sexual.

Se registraron hasta dos tipos de ataque por cada sobreviviente.

Tipo de Violencia Sexual	Frecuencia	% de la población
Violación	147	66%
Abuso (agresión sexual)	76	34%
Intento de violación	14	6%
Esclavitud sexual/tráfico sexual/prostitución forzada	10	4%

Anexo 2: consecuencias sobre la salud física

Era posible registrar hasta 3 consecuencias físicas por cada sobreviviente, pero la gran mayoría presentó sólo una consecuencia física aparente o ninguna.

Consecuencias Físicas	Total	% de la población
Embarazo a término	21	9%
ITS/VIH	18	8%
Interrupción forzada del embarazo	2	1%
Fístula vésico-vaginal	1	0.46%
IVE	1	0.46%
Sin consecuencia física aparente	182	82%

¹⁰ Municipios de: Argelia, Caldone, Caloto, Corinto, Jambaló, Santander de Quilichao, Toribío, López, Timbiquí (Cauca); Cartagena del Chairá, San Vicente del Caguán, Puerto Rico (Caquetá); Cumbitara, Policarpa, Tumaco (Nariño).

Anexo 3: consecuencias sobre la salud mental

Se registraron hasta tres consecuencias sobre la salud mental por cada sobreviviente.

Síntomas psicológicos	Total	% de la Población
Tristeza	96	43%
Miedo excesivo / Fobia / Sentimiento de amenaza	61	27%
Irritabilidad / Ira	60	27%
Ansiedad / Estrés	53	24%
Culpabilidad / Odio a sí mismo / Sentimiento de inutilidad / Baja autoestima	40	18%
Preocupación constante	31	14%
Problemas de sueño	30	13%
Dolor corporal & otras quejas psicósomáticas	27	12%
Reducción del vínculo/cohesión familiar	26	12%
Evitación	20	9%
Problemas sexuales	16	7%
Aislamiento Social / Interpersonal	16	7%
Ideación suicida	15	7%
Flashbacks	13	6%
Sentimientos y pensamientos intrusivos	12	5%
Desesperanza	11	5%
Problemas de apetito	10	4%
Pérdida de interés / Anedonia	10	4%
Híper-vigilancia / Respuesta de sobresalto exagerada	9	4%
Agresión/ Agresividad	9	4%
Impulsividad	6	3%
Sin reacciones/síntomas	5	2%
Disociación	4	2%
Abuso de sustancias/alcohol	4	2%
Enuresis	3	1%
Alucinaciones	3	1%
Otros síntomas (especificar)	3	1%
Comportamiento compulsivo o repetitivo	2	1%
Comportamiento delictivo	2	1%
Hipo-, Híper- actividad	2	1%
Intención suicida	2	1%
Delirios	2	1%
Cambios en expresión verbal	1	0%
Cambios psicomotores	1	0%
Autolesión	1	0%
Pensamiento/Discurso desorganizado	1	0%
Falta de concentración, de memoria & problemas de razonamiento	1	0%
Total	608	

Anexo 4: otras consecuencias sobre el sobreviviente

Se registraron hasta tres consecuencias por cada sobreviviente.

Otras consecuencias	Frecuencia	% de la población
Dificultad para restablecer su vida personal	88	39%
Dificultad en relaciones de pareja	70	31%
Dificultad para mantener o establecer relaciones sociales	68	30%
Rechazo o abandono por parte de la familia	47	21%
Convivencia con el perpetrador	43	19%
Estigma o rechazo social	31	14%
Desplazamiento forzado	6	3%
Matrimonio forzado con el perpetrador	4	2%

Anexo 5: motivos por los que no se consultó a estructuras públicas de salud

Se registraron hasta dos motivos para no consultar a estructuras públicas de salud por cada sobreviviente.

Motivos para no consultar estructuras públicas de salud	Frecuencia	% de la población
Desconocimiento	60	34%
No consideró lo ocurrido como VS o abuso (por motivos sociales, familiares, etc.)	48	27%
Amenazas del perpetrador	47	26%
Vergüenza	29	16%
Presión familiar	28	16%
Otros	16	9%
Temor a la estigmatización de la comunidad	16	9%
Desconfianza	15	8%
Distancia al hospital	8	4%
Temor a represalias/Amenazas de los actores armados contra la víctima o su familia	7	4%
Falta de recursos económicos	6	3%
Temor a represalias/Amenazas de los actores armados contra el perpetrador	6	3%

MÁS INFORMACIÓN Y MATERIALES

Fotos

Selección Fotografías

<http://www.msf.es/multimedia/foto-galerias/2014/colombia-cuerpos-mentes-marcados-por-violencia-sexual>

Más información

En Bogotá:

Ester Gutiérrez Ruíz

Responsable de Asuntos Humanitarios

Móvil: 313 860 81 58

msfe-bogota-hao@barcelona.msf.org

En Buenos Aires:

Dolores Sosa

Prensa

Móvil: 00549 - 11 3872 3609

dolores.sosa@buenosaires.msf.org