



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Maestría en Educación Sexual

Funcionamiento de rutas de atención en salud para violencia sexual – Cuenca 2018

Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Magister en Educación Sexual.

Autora:

Tania Lorena Delgado Quezada

C.I.:0104269246

Director:

Mgst. Willian Fernando Vásquez González

C.I.:0102291416

Cuenca - Ecuador

04/Junio/2019



RESUMEN

En el Centro de Salud Carlos Elizalde - Cuenca funciona la sala de primera acogida para personas víctimas de violencia de género como lo indica la norma técnica emitida por el Ministerio de Salud Pública, sin embargo existen limitaciones y debilidades en el funcionamiento de rutas y protocolos de atención en salud para las personas víctimas de violencia sexual; por lo que esta investigación pretende conocer el funcionamiento general de las rutas antes mencionadas con la finalidad de definir lineamientos de una propuesta de mejora a la misma. Para el análisis se determinó cómo aspectos demográficos de las víctimas de violencia sexual influyen en la ejecución de la ruta; se categorizó las características que presentaron las víctimas de violencia sexual atendidas en la sala y se identificó si los tipos de violencia sexual influyen en la ejecución de la ruta, durante el periodo enero a agosto 2017. Para ello se realizó un estudio exploratorio descriptivo utilizando un enfoque mixto cualitativo y cuantitativo. Se trabajó de forma cuantitativa con el universo conformado por 64 datos de personas víctimas de violencia sexual que constaban en el registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA) de la sala y 3 entrevistas semiestructuradas al personal que laboran en la sala. Para el análisis de información se utilizó una tabla de Excel y el Atlas.ti. Los principales resultados dan cuenta que, en el funcionamiento de rutas y el uso de la norma técnica se evidencia dificultades en el registro de información de las víctimas; ausencia de seguimiento de casos, falta de involucramiento de los profesionales y limitada provisión de insumos, complicando el funcionamiento de las rutas y afectando sensiblemente a las víctimas de violencia sexual.

Palabras clave: Rutas. Violencia sexual. Violencia de género. Funcionamiento. Atención en salud



ABSTRACT

At Carlos Elizalde Health Center in Cuenca, there is a place known as the first reception room for victims of gender violence, as indicated by the Technical Norm issued by the Ministry of Public Health. However, there are limitations and weaknesses in the operation of routes and protocols of health care for victims of sexual violence; so, this research aims to know the general operation of the aforementioned routes in order to define guidelines for a proposal to improve it. For the analysis, it was determined how the demographic aspects of victims of sexual violence are influencing the execution of the route; the characteristics of the victims of sexual violence attended in the ward were categorized and it was identified if the types of sexual violence influenced the execution of the route, during the period January to August 2017. For this purpose, a descriptive exploratory study was carried out using a mixed qualitative and quantitative approach. We worked quantitatively with the universe consisting of 64 data of victims of sexual violence that were included in the automated daily record of consultations and outpatient care (RDACAA) of the ward and 3 semi-structured interviews with the staff working in the ward. For the analysis of information, an Excel table and the Atlas.ti were used. The main results show that, in the operation of routes and the use of the technical norm, there are difficulties in the registry of information of the victims; lack of follow-up of cases, lack of involvement of professionals and limited supply of inputs, complicating the operation of the routes and significantly affecting the victims of sexual violence

Keywords: Routes. Sexual violence. Gender violence. Functioning. Health care



Índice de Contenidos

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	6
CLÁUSULA DE DERECHO DEL AUTOR	7
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.	
DEDICATORIA:.....	9
AGRADECIMIENTOS:	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: VIOLENCIA SEXUAL.....	17
1.1. Violencia como problema social.....	17
1.2. Violencia de Género	22
1.3. Violencia Sexual.....	28
CAPÍTULO II: RUTAS Y PROTOCOLOS DE PROTECCIÓN Y ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	39
2.1. Atención a las personas en casos de violencia sexual.....	39
2.2. Política Pública en el Ecuador referente a Violencia Sexual	41
2.3. Norma técnica de atención a personas víctimas de violencia de género en salud	46
2.4. Sala de Primer Acogida	47
2.5. Rutas de Atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador	48



CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	54
3.1 Generalidades	54
3.2. Selección de la Muestra	54
3.3 Instrumentos y Técnicas de Recolección.....	55
3.4. Procesamiento de la información	56
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
4.1. Resultados referentes a los aspectos demográficos, características de las víctimas y tipos de violencia atendidos en la sala de primera acogida en el periodo de enero a agosto 2017.....	82
4.2. Funcionamiento de la ruta: Fortalezas y debilidades.	93
4.3. Mejoras a la norma técnica de atención a víctimas de violencia de género planteadas por el personal entrevistado de la sala de primera acogida del Centro de Salud tipo C Carlos Elizalde	113
4.4. Conclusiones:.....	116
CAPÍTULO V: PROPUESTA DE MEJORAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA RUTA ESTABLECIDA EN LA NORMA TECNICA INTEGRAL DE ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	119
5.1. Objetivo General.....	121
5.2. Objetivos específicos	121
5.3. Metodología:	121
5.4. Recursos necesarios para la intervención	123
5.5. Plan de Intervención.	125
BIBLIOGRAFÍA	137
ANEXOS	143
Anexos 1.	143
Anexo 2.....	144
Anexo 3.....	146



Índice de Gráficos

Gráfico 1.- Edad de las víctimas de violencia sexual registradas en la Sala Primera de Acogida Carlos Elizalde.....	87
Gráfico 2.- Sexo	88
Gráfico 3.- Procedencia.....	88
Gráfico 4.- Etnia	89
Gráfico 5.- Nacionalidad	90
Gráfico 6.- Violencia sexual registrada	92



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Tania Lorena Delgado Quezada en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Funcionamiento de rutas de atención en salud para violencia sexual – Cuenca 2018”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 4 de Junio de 2019

Tania Lorena Delgado Quezada

C.I: 0104269246



Cláusula de Propiedad Intelectual

Tania Lorena Delgado Quezada, autora del trabajo de titulación "Funcionamiento de rutas de atención en salud para violencia sexual – Cuenca 2018", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 4 de Junio de 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Tania Lorena Delgado Quezada".

Tania Lorena Delgado Quezada

C.I: 0104269246



DEDICATORIA:

Son tantas las cosas que deseas decir, cuando logras cumplir metas que han te han llevado un gran camino por recorrer, donde evidencias que no es fácil cumplir sueños, pero que no es imposible hacerlo, y que la satisfacción de haberlo logrado es la mayor forma de demostrarte a ti misma que puedes lograr lo que te propongas si realmente es algo que te apasiona y por lo que tienes convicción absoluta.

Pero al pensar en a quién dedicar esta meta, indiscutiblemente será a mi madre y padre, que tras un gran sacrificio físico y emocional, al tener que migrar, me apoyaron incondicionalmente para poder estudiar, confiaron en mí y fueron mis mayores motivadores para seguirme levantando cada día.

Gracias madre y padre amados por enseñarme a luchar por lo que quiero, que nada es fácil, pero que podía lograrlo. Y junto a ustedes papito y mamita que son los viejitos amados de mi vida.

Esta formación y convicción es dedicada a ustedes que siempre me han apoyado a defender mis ideas, pero en base a argumentos con fundamentos.

Los amo mucho



AGRADECIMIENTOS:

En la vida te encuentras con seres maravillosos en los momentos exactos.

En mis momentos exactos estuvieron ustedes rarxs de quienes he aprendido mucho y me han mostrado desde otras visiones el mundo con toda sus gamas de colores.

Hay seres que te ayudan a crecer como persona y que te muestran que en la vida, en los momentos justos te darán el empujón que necesitas para despertar; ese ser en mi vida es un compañero de vida, amigo de risas y llantos, mi mejor doble para jugarle a la vida en equipo, esposo amado gracias por todo y por caminar junto a mí educando con una visión de vida más sana, con derechos e igualdad, por tu sensibilidad pero sobre todo por vivir conmigo en libertad.

Gracias estimado Fernando, una persona sin egoísmo, que sabe mucho y del cual aprendí tanto, que después de muchas horas de trabajo y grandes consejos logramos terminar este trabajo en el cual está impresa su convicción de trabajo para la ciudadanía.

Estimada Mireya Palacios Directora de la Maestría, quien se personalizó en el apoyo incondicional durante todo el proceso formativo y desarrollo del trabajo final.

Gracias a mis amigos y amigas de verdad, de corazón, que se sumaron al apoyo durante este tiempo de formación, a esas personas sororas que alimentaron mi convicción y fortalecieron mis valores.

Que exista en tú vida: Coherencia entre lo que piensas y haces!

Nunca es tarde para dar el primer paso!

Rompe el silencio y serás libre!



INTRODUCCIÓN

El tipo de violencia de género más invisibilizada es la violencia sexual, en particular aquella que se desarrolla en la familia o en sus entornos inmediatos. Aunque la violencia de género hace visible un sistema patriarcal de dominación, todas las sociedades tienen mecanismos para justificarla, legitimarla y darle consentimiento silencioso. En consecuencia es perpetuada, vista como esporádica y como producto de situaciones individuales, de tal forma que las condiciones que la propician permanecen ocultas. La violencia de género es una problemática social que afecta profundamente el proyecto de vida de muchas personas, particularmente de mujeres y niñas. Ocho de las quince causas de muerte en personas de 15 a 29 años están relacionadas con algún tipo de violencia de género en la Región de las Américas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

La Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011), informa que, en el Ecuador, 6 de cada 10 mujeres habían sido víctimas de violencia de género, es decir, más de 3.2 millones de mujeres han sufrido algún tipo de violencia por el hecho de ser mujeres; 1 de cada 4 mujeres ha vivido violencia sexual, es decir, más de 1.3 millones de mujeres y de ellas el 76 % de los casos el agresor ha sido su pareja o ex pareja, es decir, más de 980.000 casos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Lagarde & De los Ríos (2001), refiere sobre la violencia de género que es “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como amenazas



a tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Lagarde, M & De los Ríos, 2001).

La violencia cuenta con amplias manifestaciones en diferentes ámbitos de la vida tanto públicos como privados. Para los fines de esta investigación se considerará específicamente la violencia sexual, la misma que es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como toda acción sexual no deseada por una de las partes, junto al intento de consumación, las provocaciones y comentarios, su comercialización o la coacción, con independencia de las relaciones que se pudieran tener y en cualquier lugar: casa, labor, etc. (Organización Mundial de la Salud, 2011).

La dominación sexual, forma de dominación simbólica que se ejerce con la complicidad de aquella que la sufre o, más precisamente, con la complicidad de las estructuras incorporadas que el dominado ha adquirido en la confrontación prolongada con las estructuras objetivas de dominación, se considera que las mujeres viven en represión de la dominación masculina en las que permanecen en un estado constante de inseguridad corporal o lo que denomina el autor como alienación simbólica en la cual, implícitamente se considera que tienen una disponibilidad “sexual” con respecto a los hombres (Bordieu, 2012).

La violencia de género a más de ser una problemática social que afecta a diversos sectores de la población, se constituye en un grave problema de salud pública, en la medida de que tiene efectos devastadores en la vida y en el desarrollo integral de quienes la sufren. El Ministerio de Salud dispone la aplicación de la “Norma Técnica de Atención Integral en



violencia de Género”, en la cual establecen rutas y protocolos de atención para personas víctimas de violencia de género y en particular para personas víctimas de violencia sexual. Esta norma está orientada al resarcimiento de derechos, evitar la revictimización y asegurar una debida atención y acceso oportuno a la justicia. Con este propósito se crean espacios diseñados en los hospitales y centros de salud para dar atención integral y especializada, con servicio médico, psicológico, social y con calidad y calidez a víctimas de violencia de género, sexual e intrafamiliar, tomando el nombre de Sala de Primera Acogida. Actualmente existen salas de primera acogida en 15 unidades de salud en 11 provincias del país: Esmeraldas, Manabí, Guayas, El Oro, Pichincha, Chimborazo, Tungurahua, Azuay, Loja, Orellana y Morona Santiago. La unidad del Azuay se encuentra ubicada en el Centro de Salud N° 4 Carlos Elizalde de la parroquia Yanuncay perteneciente al Distrito D1D02 de la Coordinación Zona 6 – Salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

El Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta, con el fin de establecer perfiles que permitan identificar algunos patrones de las agresiones sexuales en Manta – Ecuador realizan un análisis entre los años 2011 y la primera mitad del 2014 de los casos de agresiones sexuales registrados en la Sala de Primera Acogida (SPA), los datos han sido preparados en función de los protocolos exigidos por el Ministerio de Salud Pública. La importancia de analizar la información desde la variable demográfica edad, tipo de violencia sexual y caracterización del agresor demuestra que en total, entre noviembre de 2011 y junio de 2014, se han registrado 50 casos, de los que el 8% corresponden al año 2011, el 34% al año 2012, el 36% al 2013 y un 22% al 2014. El 72% de los casos se dieron en edades comprendidas entre 1 y 15 años. En líneas generales, casi siete de cada diez víctimas de abuso sexual atendidas por el hospital Rafael Rodríguez Zambrano afirmaban conocer al agresor: el 64% de los pacientes



se decantaron por esta opción, frente al 24% de quienes eran incapaces de reconocer al criminal. Únicamente el 12% de las respuestas no pudieron ser registradas sobre este asunto. Si nos centramos en los datos de esas víctimas que sí que han podido identificar a sus agresores, encontramos que la mayor parte de los violadores tenían algún tipo de parentesco familia (Barredo, 2014).

En el Hospital Pablo Arturo Suárez de la Ciudad de Quito - Ecuador, se realiza la evaluación cognoscitiva de los efectos de la capacitación en el personal de salud sobre la Guía de Atención Integral en Violencia de Género, y el nivel de organización del Servicio de Emergencias. En el resultado se obtuvo un bajo nivel cognoscitivo con respecto a lo planteado en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género del Ecuador por parte del personal de salud, lo cual mejoró a partir de un proceso de intervención (capacitación). La sala de emergencias no posee una organización óptima para la atención de las víctimas de violencia de género. Por ello, resulta necesario incrementar los procesos de capacitación tanto del personal médico como el de enfermería, y lograr que las salas de emergencia cuenten con todos los recursos y elementos necesarios para la adecuada atención de estos pacientes (Ramos, 2017).

En Bogotá-Colombia al evaluar la atención en violencia sexual en tres hospitales, se identificó limitaciones en los insumos, espacio físico y recursos humanos; respecto a los procesos, el no reconocimiento de la actividad como institucional, demostraron vacíos en los diagnósticos, registros y la orientación interdisciplinaria de los casos. Las dimensiones de conocimiento y actitudinal mostraron actitudes favorables para la atención, pero falta de



entrenamiento. Este estudio evidenció la inexistencia de directrices para la evaluación del impacto de los protocolos y modelos en atención de los casos de violencia sexual, lo que no ha permitido retroalimentar ni optimizar el proceso (Moreno, S., Barreto, M., Sanabria, S., González, L & Pinzón, A, 2013).

La presente investigación se ha desarrollado con el objetivo de analizar el funcionamiento de la ruta de atención en salud para las personas víctimas de violencia sexual que han sido atendidas en la sala de primera acogida del centro de salud Carlos Elizalde durante el periodo enero a agosto 2017. Este análisis pretendió conocer, cómo influyen los aspectos demográficos de la víctima; cuáles son sus características; y, si los tipos de violencia sexual influyen en la aplicación de la ruta y los protocolos de atención en salud, con la finalidad de definir lineamientos que aporten a la mejora continua de la norma técnica de atención a personas víctimas de violencia sexual. Se ha reconocido que un proceso no adecuado de atención y acompañamiento trae graves consecuencias para la víctima de violencia sexual, mismas que aumentan cuando el agresor es un familiar o conocido debido a la ruptura de confianza, lo que puede entorpecer la posibilidad de ofrecer ayuda. Si además la violencia sexual ocurre en edades tempranas, parece existir un mayor riesgo de desarrollar diversos problemas tales como la fuga del hogar, el fracaso escolar, la drogadicción, los sentimientos de hostilidad y desconfianza, la insatisfacción sexual y los embarazos no deseados. La violencia sexual se puede asociar también con problemas en el uso de sustancias, según mencionan sobre ello Fazzone, Holton y Reed (Ramos, M., Romero, M., Caballero, M & Martínez, N. , 2001).



La metodología fue exploratoria explicativa utilizando un enfoque mixto cualitativo y cuantitativo. El instrumento cuantitativo fue un registro de atención en casos de violencia sexual en la Sala de Primera Acogida del Centro de salud tipo C Carlos Elizalde, misma que fue creada a partir de una revisión bibliográfica previa (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014; Sainz, M., Rey, N. Gorn, S, 2010; Código Integral Penal, 2014), llenada con el universo de personas atendidas en la sala durante el periodo mencionado anteriormente que se encuentran archivados en la base de datos del registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA) conformado por en el bloque A: datos generales de la unidad operativa, en el bloque B: datos del profesional, en el bloque C: datos del paciente de tipo demográficos, en el bloque D: datos de consulta/ atención. En total se registraron un total de 64 casos, sobre los cuales se trabajó los aspectos demográficos (edad, sexo, estado civil, procedencia, auto identificación étnica, nacionalidad), las características de la población que se atiende en la unidad (¿busca o no ayuda?), los tipos de violencia sexual (estipulados en el COIP, 2014); y la técnica cualitativa fue una entrevista semiestructurada creada a partir de una revisión bibliográfica previa (Macías, 2009; Sainz, M., Rey, N., Gorn, S, 2010; Távara, 2006), realizada a 3 funcionarias (médica, trabajadora social y psicóloga), que laboran en la sala de primera acogida. Para el análisis de resultados se utilizó una tabla de Excel y el Atlas.ti; y los resultados permitieron diseñar un plan de mejora a la ruta y protocolo para personas víctimas de violencia sexual, que se espera sea implementada en la sala de primera acogida ubicada en el Centro de Salud Carlos Elizalde.



CAPÍTULO I: VIOLENCIA SEXUAL

1.1. Violencia como problema social

La violencia es una consecuencia de los estereotipos, roles y esquemas de pensamientos formados a raíz de un determinado sistema cultura; se parte de la idea de la superioridad ante el otro. No es un hecho nuevo, sino una constante a lo largo de la historia: invasiones, guerras, luchas, abusos, etc., y a pesar de que ya sabemos que la violencia sólo trae además violencia, actualmente se sigue ejerciendo. Las formas violentas entre las personas son muchas y variadas y se producen entre hombres y mujeres, entre padres e hijos, entre adultos y ancianos. Lo que hay detrás es casi siempre relaciones de poder y dominación. No siempre son golpes, sino que muchas veces son gritos, insultos, acosos, abuso o exclusión. A continuación, se analizan desde la perspectiva de Foucault (1980) y Bordieu (1997), este problema social.

En el libro *Microfísica del poder*, (Foucault, 1980) se pregunta respecto a las normativas para la convivencia y se responde que las reglas no están en absoluto destinadas a dulcificar el universo, “sino a satisfacer la violencia” (p.1 39-140). Para el filósofo, la violencia es meticulosa, acepta las leyes pacíficas a sabiendas de que originalmente corría sangre. Foucault amplía el concepto de poder a muchas manifestaciones sociales modernas, sin embargo, en su forma agresiva, considera un tipo de poder primitivo.

¿Significa esto que debemos buscar el carácter propio de las relaciones de poder en la violencia que debió ser su forma primitiva, su secreto permanente y su recurso último, lo que



en última instancia aparece como su verdad cuando se le obliga a quitarse la máscara y a mostrarse tal como es? (Foucault, M, 1988).

La respuesta a dicha pregunta es un tajante no. Las relaciones de poder no actúan inmediatamente dejando correr sangre, Foucault cree que la violencia no ha permeado en todas las formas de ejercicio de poder. El poder es capaz de consensuar y hasta de ceder, sin recurrir a la violencia.

El modo de relación propio del poder no debería buscarse entonces del lado de la violencia o de la lucha ni del lado del contrato o de la vinculación voluntaria (los cuales pueden ser, a lo más, instrumentos del poder), sino más bien del lado del modo de acción singular, ni belicoso ni jurídico, que es el gobierno. (Foucault, M, 1988, p.15).

Por lo tanto, desde la teoría de las relaciones de poder, la violencia se convierte en una manifestación específica de la brutalidad primitiva del ser humano. Las relaciones del poder son algo distintas a las relaciones de violencia en Foucault. Esta interpretación es desarrollada por Edkins, J y Pin-Fat, V (2005) quienes analizan la diferencia entre poder y violencia en Foucault para concluir que una relación de poder no siempre solapa la violencia; es más sostienen que la violencia no permite contrarrestar una relación de poder en la sociedad contemporánea, pues la única posibilidad de ejercer control es mediante las relaciones políticas. Sin embargo, en las relaciones de género es el hombre quien ejerce poder sobre la mujer, pero ello no necesariamente responde a una situación biológica sino al discurso de poder que se ha



generado sobre él (Foucault, 1976). Para poder tener una visión más amplia del ejercicio del poder sobre la mujer, es menester tomar en consideración la perspectiva de Pierre Bordieu.

Bordieu, P (1997), distingue entre violencia física y simbólica, según él la física es una manifestación definitiva del uso de la fuerza (cada vez menor) aunque no sea fácil identificarla en un grupo social, algo similar a lo que se identificó en las relaciones de un tipo de poder en Foucault; sin embargo, la violencia simbólica se manifiesta en mecanismos específicos y subjetivos, en las estructuras mentales, de percepción y pensamiento de una sociedad. Es decir, la violencia simbólica se presenta de formas mucho más sutiles, como si se tratasen en verdad de relaciones de poder.

Debido a que es el resultado de un proceso que la instituye, a la vez en las estructuras sociales y en las estructuras mentales adaptadas a esas estructuras, la institución hace olvidar que es fruto de una larga serie de actos de institución y se presenta con todas las apariencias de lo natural (Bordieu, P, 1997, p.98).

La violencia simbólica genera sumisiones que no aparentan ser tales pues se apoyan muchas veces en las expectativas colectivas que a su vez surgen de creencias socialmente aprendidas como aquellos que están arriba y los que están abajo, el hombre y la mujer, lo grande y lo pequeño, el matrimonio entre un superior y un inferior, etc. De alguna manera la violencia simbólica responde a relaciones en las que el dominado está conforme con servir a los intereses del dominador. En esta línea, Bordieu, P (2012), sostiene que las víctimas de violencia simbólica son fundamentalmente mujeres. Ellas sufren la sumisión como efecto a



veces voluntario de servidumbre dado que es un orden preestablecido en el que, ellas no tienen conciencia, no se percatan de que son violentadas.

Es el caso de la dominación sexual, forma de dominación simbólica que se ejerce con la complicidad de aquella que la sufre o, más precisamente, con la complicidad de las estructuras incorporadas que el dominado ha adquirido en la confrontación prolongada con las estructuras objetivas de dominación (Bourdieu, 2012, p.3).

Se considera que las mujeres viven en represión de la dominación masculina en las que permanecen en un estado constante de inseguridad corporal o lo que denomina el autor como alienación simbólica en la cual, implícitamente se considera que tienen una disponibilidad "sexual" con respecto a los hombres (Bourdieu, 2012). De este modo, se entiende que, en las sociedades, unas mucho más que otras, la propia mujer actúa al servicio de la violencia simbólica, con un comportamiento servil al hombre y que es compartida y aceptada inconscientemente por el resto de la sociedad. Por ejemplo, en la antigüedad era el "derecho de pernada o ius primae noctis", era el derecho y privilegio del señor a violar una mujer que residiera en su dominio en su noche de boda, y por lo tanto a disfrutar de su virginidad, o cualquier otra noche o día. Este derecho sexual era una norma no escrita, pero era visto como algo natural, y por lo tanto con pocas trazas testimoniales escritas, que funcionaba cómo si lo fuera de manera tácita y consentida, en lo que se llama un "derecho consuetudinario". Es comparable a la creencia sobre el derecho sexual de cualquier marido a violar a "su mujer" siempre que éste quiera, atendiendo a las obligaciones maritales y matrimoniales de ésta con el marido.



Hoy en día, pese a que existen prohibiciones expresas en la ley respecto a los abusos sexuales, la mayoría de ellos se producen por parte de agresores que conocen a la persona ofendida, siendo hermanos, padres, amigos, ex-parejas o compañeros o una pareja nueva (Chávez-Ayala, R., Rivera-Rivera, L., Ángeles-Llerenas, A., Díaz-Cerón, E., Allen-Leig, B., & Lazcano-Ponce, E., 2009). Esto hace que muy pocos casos sean denunciados, según asociaciones de atención a la víctima. Hay que tener en cuenta, además, de la postura de los más cercanos a la agredida, como son la familia, que en ocasiones por pudor o falsas creencias, se ponen de parte del agresor. La violación por parte de la pareja o dentro del matrimonio no está reconocida como delito en todo el mundo, pero se incluiría dentro de este primer grupo de violaciones.

De este modo, la violencia simbólica es aceptada por la familia y la sociedad, lo que hace que la víctima y su medio lo vea como algo natural. La violencia se ejerce fundamentalmente sobre la persona que está predispuesta a aceptar la violencia, es decir, que tiene un *habitus* incorporado en su contexto para que el comportamiento violento pueda ejercerse fácilmente, ello ocurre no solo a nivel sexual, sino también a nivel profesional, de salarios, de recreación, deportes, etc. en el que los roles de la mujer y el hombre están definidos en unos como dominados y en otros como dominantes (Calhoun, C., Lipuma, E & Postone, M, 1993).

La mujer es vista un complemento del hombre, no con total integridad, como se supone del hombre mismo, por lo tanto, en ocasiones no es vista como un individuo. Judith Butler, J (2007) enfatiza que el individuo se define a sí mismo cuando hace algo o cumple un rol, por lo que señala que la feminidad ha sido limitada en varios aspectos sociales por lo que



es violentada sistemáticamente, es decir, las condiciones sociales externas que la condicionan a cumplir el papel de madre o esposa, u objeto sexual, como la expectativa más importante de su vida.

Marcela Lagarde (1997) es enfática al señalar que, en las sociedades en vías de desarrollo que se encuentran son un claro ejemplo de que los hombres son quienes pueden ejercer la violencia física y simbólica. Para ella, la figura legal del femicidio, incluidos las víctimas homosexuales, constituye el reconocimiento jurídico responsable de que existe violencia de género extendida en la sociedad y, más aún, en aquellas que no aceptan la figura legal del femicidio. Su postura es más radical aún, promueve el reconocimiento de la figura legal del genocidio a la mujer dadas las características y circunstancias de muchas sociedades latinoamericanas (Morales-Trujillo, H, 2010, p.132).

En efecto, existen formas de violencia dentro de la violencia de género, siendo estas la violencia física, la violencia patrimonial o simbólica, la violencia psicológica y la violencia sexual. Sin embargo, a propósito del presente estudio, es menester ocuparnos únicamente dentro de la violencia de género de la violencia sexual.

1.2. Violencia de Género

El término género es utilizado por las ciencias sociales para analizar las complejas dinámicas de lo que en distintas sociedades se define como masculino y femenino. La construcción social de lo que es ser hombre o mujer no depende de las características biológicas sino de procesos en cambio constante. 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 (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

El término “violencia” es un término polivalente. Tiene diferentes significados que dependen del ámbito en donde se utilice. En las Américas y el Caribe es muy común usar el término “violencia política” para dar cuenta del mal o deficiente funcionamiento del sistema democrático o de los partidos políticos. El término también se usa para dar cuenta de situaciones en donde se produce el uso de la fuerza armada por parte de particulares o entre grupos armados. Incluso a veces se usa el término violencia para referirse a los actos de delincuencia común. Pero el término no es solo polivalente sino “sobre significado”, en la medida en que existen diferentes tipos de violencia, ejercida por diferentes actores en múltiples y variados contextos (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

En 1993, dieciséis años después de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, celebrada en 1979, la ONU emitió la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. En ella se avanza al considerar que “...*la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre*” (Lagarde, M & De los Ríos, 2001).



La Declaración sobre la Eliminación de Violencia contra la Mujer contiene una definición sobre la violencia que sintetiza el pensamiento feminista y ha sido base de la mayoría de las leyes vigentes en el mundo: “... *por violencia contra la mujer se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como amenazas a tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada*” (Lagarde, M, 1996, pp.13-38).

Esta definición abarca, de manera amplia “la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

Carecemos de protección cuando el uso de la fuerza física, psicológica o sexual no es vista como una forma de violencia sino como una manifestación propia de la cultura o como prerrogativa de grupos en ejercicio de diversas formas de poder. En la práctica estas dos dimensiones se entrecruzan, están entrelazadas de modo que se refuerzan mutuamente y sostienen las más graves violaciones a los derechos humanos. Esta construcción autoritaria de la sociedad produce una forma específica de violencia generalizada que está dirigida contra



las mujeres por el hecho de ser mujeres o que afecta a las mujeres de manera desproporcionada. A los tipos de violencia hay que nombrarlos, describirlos, precisamente porque está impregnada en el tejido social, en los sistemas de administración de justicia, en los actos de guerra o en los momentos de paz, en la forma como entendemos el mundo y las relaciones entre los seres humanos (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

La violencia psicológica, por ejemplo, es caracterizada por el tipo de recursos que se usan para violentar, así como por los daños que esa violencia ocasiona directamente; la violencia física que es la que más se reconoce, pero hemos debido transformar la definición porque antes se decía que era aquella en que los golpes o los moratones tardan treinta días en sanar o algo así, o sea, que te tenían que dar una tunda terrorífica para que se considerara violencia física. Lo otro eran empujones, golpecitos normalizados y aceptados. Hemos logrado que hoy todo eso se considere violencia física; existe también la violencia patrimonial, porque muchas veces al buscar agredir a las mujeres se daña su patrimonio. Se daña a las mujeres a través de objetos, de propiedades o de bienes que son importantes para ellas; la violencia económica, que abarca muchas gamas de violencia, desde la explotación económica hasta la discriminación salarial. Las mujeres ganan menos salario que los hombres haciendo un trabajo semejante; y la violencia sexual que es la manifestación de la violencia de género tomada para esta investigación, misma que estaba tipificada en los códigos penales, pero no estaba incluida en ninguna ley, sólo era un tipo penal, ahora es un tipo de violencia reconocido por la ley como una violencia de género. No es que haya sólo tipos, o sólo modalidades, son tipos y modalidades articulados (Lagarde, M & De los Ríos, 2012. Pp. 253-275).



Acotando a lo antes mencionado es evidente que existe violencia privada y pública contra las mujeres. Con el transcurso de los años y de los casos se demostró que la mayor parte de las denuncias eran hechas por mujeres y que la inmensa mayoría de los agresores eran hombres. Los escenarios eran lo doméstico y los protagonistas personas sus cónyuges o familiares, pero también existe el espacio donde los protagonistas son los compañeros de estudios, de trabajo, autoridades y hombres uniformados (policías y soldados), criminales y desconocidos (Lagarde, M & De los Ríos, 2006).

Nieves Rico (2004) refiere que “La violencia contra las mujeres se encuentra anclada en las construcciones de poder que ordenan las relaciones sociales entre mujeres y hombres, las que asociadas a las diferencias biológicas entre los sexos, naturalizan roles y funciones, posiciones y jerarquías sociales asignados según la condición genérica. Se trata de un tipo particular de violencia, que arraigada profundamente en la cultura, opera como mecanismo social clave para perpetuar la interiorización y subordinación de las mujeres, en tanto el ejercicio de poder se considera patrimonio genérico de los varones” (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

La finalidad de la violencia de género cumple funciones políticas para lograr la dominación de las mujeres, al debilitarlas y menguar así su capacidad de respuesta, de defensa y de acción. La violencia de género uno de los recursos más importantes del control patriarcal: el miedo (Lagarde, M, 1997, pp.6).



Los hechos violentos contra las mujeres recorren una gama que va del grito, la mirada y el golpe, al acoso, el abandono, el olvido, la invisibilidad y la negación de los mínimos derechos, hasta el uso de armas mortales en su contra. La violencia a las mujeres incluye en su inventario la muerte (Lagarde, M, 1997, pp.6).

En el Estado ecuatoriano cada año hay un número muy elevado de mujeres que mueren por violencia machista. Los estudios afirman que el número de denuncias sólo significa el 10% de la realidad, puesto que en muchos casos la situación no es vivida por las mujeres, ni por la pareja, como maltratos, sino como una subordinación natural dentro de la relación de pareja (Chávez, M., Juárez, A, 2016).

La dominación agresiva y lacerante a las mujeres y que será llamada femicidio, definido por Radford y Russell (1994) citado por Arroyo, R & Valladares, L (2005), como la política del exterminio de las mujeres. Sin embargo es importante conceptualizar al femicidio, de manera que abarque también los procesos que conducen a ese exterminio, y definirlo como el conjunto de acciones que tienden a controlar y eliminar a las mujeres a través del temor y del daño, y obligarlas a sobrevivir en el temor y la inseguridad, amenazadas y en condiciones humanas mínimas al negarles la satisfacción de sus reivindicaciones vitales. La opresión de las mujeres tiene una profunda marca feminicida: llevar a la práctica una política personal y cotidiana o institucional de este signo implica la concertación consciente e inconsciente de quienes ejercen la dominación y se benefician de ella (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).



Para que el feminicidio se lleve a cabo con el conocimiento social y no provoque la ira social, ni siquiera de la mayoría de las mujeres, requiere una complicidad y el consenso que acepte varios principios concatenados: interpretar el daño a las mujeres como si no lo fuera, tergiversar sus causas y motivos y negar sus consecuencias. Todo ello es realizado para sustraer la violencia dañina contra las mujeres de las sanciones éticas, jurídicas y judiciales que enmarcan otras formas de violencia, exonerar a quienes inflingen el daño y dejar a las mujeres sin razón, sin discurso y sin poder para desmontar esa violencia. En el feminicidio, hay voluntad, hay decisiones y hay responsabilidad social e individual (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

1.3. Violencia Sexual

El filósofo francés Michael Foucault dedicó gran parte de su producción académica para demostrar cómo la sociedad ha disciplinado, reprimido, definido y re-definido el cuerpo sexuado de los seres humanos. “El cuerpo está en medio de relaciones de poder que operan sobre él: lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, le fuerzan a unos trabajos, le obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos (Foucault, M, 1997).

En efecto, en el ejercicio de la violencia sexual se plasman relaciones de poder que se ejercen en el cuerpo de las mujeres. Se convierte a la sexualidad y a la capacidad reproductiva de las mujeres y a sus cuerpos en un espacio sobre el que se perpetran las formas de violencia más brutales. La violencia sexual no se produce de una manera aislada o intermitente. Es una constante, presente en todas las regiones del mundo, bajo las más variadas circunstancias, en regímenes democráticos, en conflictos armados, en el ámbito de lo privado y en el mundo de



lo público. Es ejecutada por los más diversos actores, agentes del Estado, particulares, conocidos y desconocidos (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

La Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) define los ámbitos donde se produce la violencia sexual: la familia, incluidos el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violación por el marido; la violencia sexual perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada; perpetrada o tolerada por el Estado, donde quiera que ocurra (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

En el Informe de la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer CEDAW (1992), refieren que la violencia sexual puede ser considerada como una extensión brutal de la violencia a que se enfrentan las mujeres en su vida cotidiana. A los esposos, compañeros que causan daño físico, sexual psicológico se suman los acosadores sexuales, traficantes, violadores y combatientes armados que abusan de las mujeres. Todos ellos recurren a la violencia, especialmente a la violencia sexual para reafirmar su poder, avergonzar y subordinar a las mujeres. Por medio de esta reafirmación de su poder los varones infunden temor a las mujeres, controlan su conducta, se apropian de su trabajo, explotan su sexualidad y niegan el acceso al mundo público” (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).



Copelón (1997), citado por Arroyo, R & Valladares, L, (2005), manifiesta que la violencia contra las mujeres puede incluso constituir una forma de tortura. En efecto, comparte los elementos constitutivos de la misma: 1) dolor y sufrimiento físico o mental severos; 2) infringidos en forma intencional; 3) para propósitos específicos como castigar, intimidar a la víctima u otro motivo basado en la discriminación de cualquier tipo; 4) con alguna forma de participación oficial ya sea activa o pasiva (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

La violencia sexual impacta directamente en los cuerpos de las mujeres, donde se concentran los niveles de desprotección a las que están sujetas y consecuentemente el incumplimiento por parte del Estado de sus obligaciones respetar y garantizar los derechos humanos. Esta desprotección es especialmente grave en el campo del derecho procesal penal. A este nivel, se produce un perverso proceso de re-victimización de las mujeres que denuncian actos de violencia sexual cometidos en su contra (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

Rita Segato, (2003) en su obra, *La estructura de género y el mandato de violación*, hace referencia a una de las manifestaciones de la violencia sexual contra la mujer; utiliza la noción de violación en el sentido más corriente y, más adecuado, de cualquier forma de sexo forzado impuesto por un individuo con poder de intimidación sobre otro. Se refiere a la violación como “el uso y abuso del cuerpo del otro, sin que este participe con intención o voluntad comparables” (Segato, R, 2003).



La violación se percibe como un acto disciplinador y vengativo contra una mujer genéricamente abordada. El mandato de castigarla y sacarle su vitalidad se siente como una conminación fuerte e ineludible. Por eso la violación es además un castigo y el violador, en su concepción, un moralizador. “solo la mujer creyente es buena”, “solo ella no merece ser violada”. Y esto, a su vez, quiere decir: “toda mujer que no sea rígidamente moral es susceptible de violación” (Segato, R, 2003).

La tipificación de la violación sexual en la mayoría de los códigos penales de la región, no da cuenta de su complejidad, más bien ha sido reduccionista porque en general las normas aluden a la penetración vaginal con el pene. La violación sexual es bastante más compleja y se produce en diversas circunstancias, en condiciones de conflicto armado, en regímenes democráticos, y les sucede a mujeres de todas las edades independientemente de su origen étnico o de su condición de clase (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

La violencia sexual, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como toda acción sexual no deseada por una de las partes, junto al intento de consumación, las provocaciones y comentarios, su comercialización o la coacción, con independencia de las relaciones que se pudieran tener y en cualquier lugar: casa, labor, etc. (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Esta aproximación coincide con lo planteado por Lagarde quien hace referencia a que la violencia sexual ocurre tanto en el ámbito privado como en el público, y que podemos definir como el conjunto de hechos de violación a los derechos humanos de las mujeres que



puede conducir a una muerte violenta de las mismas, tipificada como femicidio, y que quedó establecida como una modalidad de la violencia (Lagarde, M & De los Ríos, 2012).

Para la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer, Sra. Radhika Coomaraswamy (1998); la violación “es un mensaje de castración y mutilación del enemigo. Es una batalla entre hombres que se libra en los cuerpos de las mujeres (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

Nieves Rico, en el año 2014 en su obra sobre la violencia de género en su relación con los Derechos Humanos, desde una perspectiva de construcción de poder refiere que las relaciones sociales entre mujeres y hombres, las que asociadas a las diferencias biológicas entre los sexos, naturalizan roles y funciones, posiciones y jerarquías sociales asignados según la condición genérica, manteniendo las concepciones preconcebidas. Se trata de un tipo particular de violencia, que arraigada profundamente en la cultura, el ejercicio del poder sigue siendo considerado como patrimonio genérico de los varones” (Rico, N, 2004).

Es evidente entonces que la violencia sexual también se presenta como un continuum, en donde el cuerpo de las mujeres es cosificado y se convierte en “un cuerpo para otros”, de tal manera que el acceso violento al cuerpo de las mujeres termina siendo una práctica cotidiana, a la que están expuestas solo por el hecho de tales (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

La violencia sexual se produce en los cuerpos de las víctimas. Es en los cuerpos donde se concretan los actos de invasión a la integridad física, psicológica o sexual de los seres



humanos. Cuando se trata de exigibilidad de derechos en casos de violencia sexual contra las mujeres, esta dimensión de corporalidad desaparece. Los cuerpos son solo un dato que es leído e interpretado desde los valores morales, las concepciones de género y los roles asignados para las mujeres por el hecho de ser tales (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

De acuerdo a este tipo de razonamiento, el cuerpo es solo un locus en donde se “tienen” que plasmar de manera clara las señales y las huellas que el agresor haya dejado el acto de invasión al cuerpo de las mujeres. La doctrina procesal penal las llama pruebas y sin ellas las posibilidades de acceso a la justicia se desvanecen hasta finalmente desaparecer (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

Como en ninguna otra figura penal, en los delitos sexuales las víctimas son cuestionadas por su “participación” en el delito. Se ven expuestas a un procedimiento penal en el cual su vida es motivo de investigación y escrutinio y están expuestas a exigencias poco razonables en materia de pruebas, el rechazo del testimonio no corroborado de la víctima, la evocación de su pasado (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

Miriam Cugat (1993), citada por Arroyo, R & Valladares, L, (2005), manifiesta que la mejor defensa del imputado consiste en atacar a la víctima por “provocativa”, por “libertina”, por “ser mujer de hábitos sexuales promiscuos”, o por “no ofrecer verdadera resistencia”. El juzgador, entonces, no cumple con el principio de imparcialidad, y en muchos casos termina actuando como el principal acusador de la víctima (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).



Los significados jurídicos en el campo de la sexualidad, son obsoletos y no dan cuenta ni de los avances a nivel teórico, ni de las nuevas corrientes en el derecho penal. Estas nuevas tendencias permiten acceder a una comprensión amplia de la violencia sexual, entendida básicamente como el ataque o la invasión al cuerpo de las mujeres, donde no existe una relación entre iguales que consienten. En la práctica, solo hay que revisar los Códigos Penales de la región para constatar la existencia de lenguajes superpuestos, el uso de términos médico fisiológicos en un tránsito progresivo hacia el terreno moralista plagado de valores como honra, virginidad, honor. Al exigir que estos valores sean portados en los cuerpos de las mujeres, desaparece la dimensión de exigibilidad de los derechos humanos simplemente porque el bien jurídico protegido son la honra, la virginidad o el honor, y no los sujetos jurídicos concretos que la viven (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

Lagarde y De Los Ríos (2012), hacen una crítica referente a lo que es un típico caso de legislación, en la que se preocupan mucho de no incluir todo; indica que es necesario ser más sensibles a otras cosas que no vemos ahora, como ya pasó en el pasado, y que en la actualidad hay que poner una forma análoga, o sea, la violencia implica daño o intención de daño. Esa es la clave de la definición de la violencia (Lagarde, M & De los Ríos, 2012).

La Asamblea Nacional del Ecuador (2016) dentro de *Ley orgánica integral para la prevención y erradicación de la violencia a la mujer y la familia* define como violencia sexual a la acción que viola o restringe el derecho a la integridad sexual (sujetos de derechos sexuales). Es decir, constituyen las acciones que impiden la decisión sobre la vida sexual y reproductiva, acciones que implican una amenaza, coerción o uso de la fuerza, intimidación, incluida la violación dentro del matrimonio. La transmisión intencional de



enfermedades, la prostitución forzada y el acoso sexual se consideran violencia sexual. La violencia sexual también involucra las actividades de niñas y adolescentes con un adulto que tiene una ventaja sobre ellas, por ejemplo, el desarrollo físico o mental, el parentesco, la relación de afecto o confianza, o el poder sobre las mujeres. Las formas de violencia sexual también incluyen el embarazo infantil.

El término coerción es preferible al de fuerza ya que permite ubicar situaciones amenazantes menos directas pero que están presentes en los casos que tienen que ver con la jurisdicción de la Corte. En casos de conflicto, las circunstancias son inherentemente coercitivas. Una vez establecidas las circunstancias coercitivas, la resistencia física o la falta de consentimiento de la víctima no necesitan ser comprobado (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

El Código Integral Penal (2014), menciona en la sección cuarta los delitos contra la integridad sexual y reproductiva la pena de ley correspondiente en caso de: a) Inseminación no consentida b) Privación forzada de capacidad de reproducción c) Acoso sexual d) Estupro e) Distribución de material pornográfico a niñas, niños y adolescentes f) Corrupción de niñas, niños y adolescentes g) Abuso sexual h) Violación i) Utilización de personas para exhibición pública con fines de naturaleza sexual j) Contacto con finalidad sexual con menores de dieciocho años por medios electrónicos k) Oferta de servicios sexuales con menores de dieciocho años por medios electrónicos l) Disposiciones comunes a los delitos contra la integridad sexual y reproductiva (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2014).



Lagarde y De Los Ríos (2012), apoyan a la existencia de los instrumentos jurídicos pero critican la manera como son llevados. Indican que estos instrumentos en su contenido y, además, en su exposición de motivos fundamentada en el Derecho Internacional y el derecho nacional, es un avance importante para muchos países. Si no hubiera ese paraguas de Derecho Internacional a veces las condiciones locales no nos permitirían avanzar jurídicamente; nos apoyamos muchísimo en el Derecho Internacional. El derecho a una vida libre de violencia, como está integrado en los derechos humanos, obliga a este reconocimiento. Los derechos deben ser reconocidos para que sean derechos. No hay aquí eso de que yo me siento igual, no, no, tiene que haber igualdad jurídica. No hay aquello de que yo me siento libre, aquí no estamos en qué me creo o me siento, tengo que gozar de libertades que estén enunciadas jurídicamente y en este terreno nos movemos cuando hablamos de derechos. Lo digo porque en muchos ámbitos sociales las personas consideran muy lejanos los derechos, muy lejanas las leyes, como si no tuvieran que ver con ellas mismas. Pero el tema del ejercicio de derechos sí obliga a que estén reconocidos y, además, a que la sociedad y el Estado mismo reconozcan esos derechos. Pero además el Estado debe garantizar el goce de esos derechos, está obligado a ello (Lagarde, M & De los Ríos, 2012).

Las violaciones, torturas, abusos sexuales y otros actos de violencia impactan en los cuerpos, la salud mental, la sexualidad y la salud reproductiva de las mujeres. En sus testimonios, las mujeres que han sobrevivido a la violencia sexual acusan afecciones vaginales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, esterilidad, Daños físicos y fisiológicos, Traumas emocionales profundos que se manifiestan en depresión, incapacidad de concentración, perturbaciones del sueño y la alimentación, sentimientos de



enfado, humillación, autoinculpación, estrés postraumático tendencias suicidas, homicidas, entre otros (Arroyo, R y Valladares, L, 2005).

A pesar de que existen normas legales que prohíben la violencia contra las mujeres, son las instituciones sociales, las normas culturales y las estructuras políticas de todos los países las que la sostienen y mantienen, convirtiendo la ley en letra muerta. Quienes forman parte del sistema de justicia penal (jueces, fiscales, policías, guardias de prisiones) también están influenciados por opiniones preconcebidas y prejuicios que consideran a las mujeres como responsables de la violencia que se comete contra ellas, de haberla provocado, o de que merecen ser castigadas cuando actúan de forma contraria a lo esperado o exigido de ellas, según sus “roles” (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

La impunidad en la violencia sexual crea un clima en el que tales actos se consideran normales y aceptables, no delictivos; entonces las mujeres no buscan justicia porque saben que no la conseguirán. Muchas mujeres se avergüenzan de denunciar su problema de violencia sexual por temor y vergüenza, desconfianza hacia el sistema judicial o lo que es más grave, porque no los consideran como tales (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

También es común que, aunque existan denuncias luego de un ataque sexual, las víctimas abandonen los procesos legales, desalentadas por una serie de trabas que encuentran en su camino para exigir sanción para el culpable y reparación para ellas. Lo que significa que las instituciones obligadas a atender estas denuncias y hacer las investigaciones correspondientes, no lo están haciendo o lo hacen mal (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).



La manifestación más brutal de la violencia de género es la violencia sexual, convirtiéndose en un problema de salud pública; por lo que el estado ha implementado la norma técnica conformada por rutas y protocolos de atención en casos de violencia de género; es aquí donde se crea la necesidad de verificar si lo normado funciona y cubre las necesidades de las víctimas de violencia sexual de forma integral como esta estipulado en la norma, o se repite el patrón que la teoría demuestra.



CAPÍTULO II: RUTAS Y PROTOCOLOS DE PROTECCIÓN Y ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

2.1. Atención a las personas en casos de violencia sexual

Cuando se aplican medidas de protección ante denuncias de mujeres por haber recibido violencia psicológica, física, sexual... y se aplican en serio, se dice teóricamente y prácticamente que esa mujer ha salvado la vida, porque no sabemos nunca si la progresividad de la violencia en la que estaba enmarcada hubiera ido a mayor, pero es probable que sí (Lagarde, M & De los Ríos, 2012). Aquí radica la validez e importancia de una ruta de atención que sea funcional en base a la realidad social, local e individualidad de cada víctima, porque a través de la intervención realizada, marcaremos su vida de manera positiva o causando un daño mayor.

Respecto a la atención a víctimas, hay muchos ejes de prevención de la violencia que involucran todo: la educación, el ámbito laboral, el ámbito de la educación en derechos humanos y muchas otras cosas más. Es importante saber qué factores inciden realmente en que haya más violencia contra las mujeres; o qué factores que, además, sabemos que son múltiples, hace que la violencia que está multi determinada ayuda, favorecen, disminuyen o propician que no haya alguna modalidad de violencia (Lagarde, M & De los Ríos, 2012).

La violencia empeora porque es precisamente en el tratamiento de los delitos sexuales, en donde intervienen prejuicios que conllevan la discriminación de género, los cuales suelen ser más valorados que una objetiva evaluación sobre las circunstancias en las cuales se cometió el delito. Más aún cuando las instituciones (iglesias, estado), se niegan a brindar atención a las



mujeres en su salud sexual y reproductiva. Los discursos en que los responsables se autoeximen y legitiman, oscilan entre el prejuicio y la ignorancia. En el primer caso, se usa la descalificación moral a la sexualidad de las mujeres para justificar que no se les dé atención médica; en el segundo, se invisibiliza la problemática de salud específicamente femenina. En esta marginación a las mujeres, se considera que ciertas facetas de su salud sexual y reproductiva son de carácter privado y de solución individual: el Estado y las instituciones públicas no se hacen cargo y no asumen responsabilidad (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

En contradicción con la norma y las políticas de sanidad, esa parte de la salud de las mujeres, extirpada del espacio social como marco de su solución, es vaciada de su determinación socio-cultural. Como quiera que sea, la desatención lleva a millones de mujeres a vivir maltratos y privaciones, enfermedades y muerte, precisamente cuando enfrentan situaciones en que requieren la mayor consideración y los mejores cuidados (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

Todas las personas somos vulnerables frente a uno o varios tipos de violencia y le corresponde a los estados democráticos el mandato de generar las condiciones o crear los mecanismos para defender o proteger a las personas de las varias formas de violencia que nos rodean (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

La violación, el incesto, el abuso físico y emocional, el acoso sexual, el uso de las mujeres en la pornografía, la explotación sexual, la esterilización o la maternidad forzada, la negligencia contra las niñas, la violencia intrafamiliar, la violencia sexual en contextos de



guerra, el incesto, la mutilación genital, y la impunidad de estos actos, son todas expresiones distintas de la opresión de las mujeres y no fenómenos inconexos. Se trata en palabras de Liz Kelly (1988) de un “continuum” de violencia contra las mujeres, que obliga a los Estados a intervenir en todos los ámbitos para cumplir a cabalidad su mandato (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

2.2. Política Pública en el Ecuador referente a Violencia Sexual

Simón Farith & Lidia Casas (2004), sobre las responsabilidades de los Estados, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, señala que: como lo establecen la declaración y la plataforma de acción de Beijing, adoptadas por la cuarta conferencia mundial sobre la mujer, esa violencia es uno de los mecanismos sociales fundamentales mediante los que se coloca a la mujer en una posición de subordinación frente al hombre. La falta de debida diligencia para aclarar y castigar esos delitos y prevenir su repetición refleja el hecho de que los mismos no se consideran como problema grave. La impunidad de esos delitos envía el mensaje de que esa violencia es tolerada, lo que favorece su perpetuación”

La Organización Mundial de la Salud (1998), en su informe sobre la violencia contra las mujeres, señaló que es un tema de salud prioritario, recomendando que el personal sanitario pregunte a las mujeres sobre este tema, puesto que la mayoría de las éstas están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pide de forma directa y no valorativa. En realidad, muchas esperan silenciosamente que alguien les pregunte. La OMS, además, define las funciones mínimas que se tienen que llevar a cabo en este tema desde el sistema sanitario.



- Pedir con formalidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer el seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria integral y registrar las señales en el historial clínico.
- Ayudarlas a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir las mujeres a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes insolidarias o victimizadoras, puesto que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y disminuir la probabilidad de que busquen ayuda.
- Establecer una coordinación con otros profesionales e instituciones.
- Colaborar a dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

La Organización Mundial de la Salud (2005), a partir de los resultados del estudio «Multipaís» sobre la salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, recomendó desarrollar una respuesta global del sector salud sobre los efectos de la violencia contra las mujeres. Muchos profesionales de la salud a diario ven y tratan (sabiéndolo o no) a miles de



mujeres que son víctimas de violencia. Por eso, la OMS considera que es crucial que el sector sanitario desarrolle una respuesta global a los diferentes efectos de la violencia contra las mujeres, a pesar de que también hace falta que los diferentes servicios de atención para la salud adopten medidas específicas.

En cuanto a la planificación, el informe de la Organización Mundial de la Salud (2005), recomienda que las autoridades de salud identifiquen las ventajas concretas del sector, en el marco de una respuesta multisectorial más amplia, para fomentar la prevención y prestar servicios dirigidos a las mujeres que han sido víctimas de violencia. Concretamente, considera trascendental abordar la reticencia que muestran las mujeres maltratadas en el momento de buscar ayuda. En cuanto a los servicios, las respuestas a la violencia contra las mujeres se tienen que integrar en todos los ámbitos de la atención (los servicios de emergencia, los servicios de salud reproductiva como por ejemplo la atención prenatal, la planificación familiar, los servicios de salud mental y los servicios relacionados con el sida).

Esta Organización también recomendó mejorar el acceso a los servicios de salud mental que no estigmaticen las mujeres y que sean capaces de reconocer los vínculos existentes entre violencia y salud mental, en particular la depresión y los pensamientos suicidas. Estos servicios tienen que proporcionar seguridad a las mujeres que tienen que hacer frente a la violencia y evitar respuestas médicas excesivas al problema (Organización Mundial de la Salud, 2005).



A partir de ello, la Constitución del Ecuador crea el marco legal que permite estructurar las leyes del país sobre violencia sexual. El artículo 35 indica que las víctimas de violencia sexual deberán tener por parte del estado una atención prioritaria, el artículo 38, numeral 4, indica que se deberán crear políticas públicas y programas de atención, entre otros, a las personas víctimas de maltrato y de explotación sexual, en el artículo 66, garantiza el derecho de las mujeres a una integridad física, psíquica, moral y sexual, en una vida liberada de violencia en cualquier ámbito y donde el Estado está obligado a adoptar estrategias de prevención, eliminación y sancionadoras, el artículo 81, obliga a la Asamblea a crear leyes especiales para la sanción de actos de violencia sexual, es la obligación para el Estado de erradicar las formas de violencia sexual dentro del sistema educativo, tal como lo indica el artículo 347, numeral 6 (Asamblea Constituyente, 2008).

El Código Orgánico Integral Penal, tipifica nuevas conductas penales de relevancia, y por primera vez se incluyen infracciones como la violencia sexual en el conflicto armado (artículos 89, 116), desde esta óptica se cumplen compromisos internacionales que el país había integrado anteriormente y que eleva nuestra legislación nacional bajo los postulados en materia de derechos humanos. Se considerarán agravantes las infracciones contra la integridad sexual que se cometan bajo tortura, intimidación, humillación, etc. (art. 48,7). En la trata de personas del artículo 91, considera la explotación sexual con la figura de la prostitución forzada y el turismo sexual; complementado con los artículos 100 al 103. Los artículos 155 y siguientes, abordan los delitos de violencia contra la mujer. La Sección Cuarta, se ocupa de los delitos contra la integridad sexual (Asamblea Nacional del Ecuador, 2014).



Por primera vez, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades (2017), a través del Plan Nacional para el Buen Vivir, reconoce y celebra la igualdad en la diversidad de los diferentes sujetos de derechos, incorpora el enfoque de género y el lenguaje inclusivo, visibiliza a las mujeres en su diversidad y atiende problemáticas específicas y acciones afirmativas, plantea acciones para la reafirmación y ejercicio pleno de derechos de la población de personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, travestis, transgénero, intersexuales y queer (LGBTTTIQ), de las personas con discapacidad, de los pueblos y nacionalidades indígenas, pueblo afroecuatoriano y pueblo montubio, de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos mayores, personas privadas de su libertad, y de las poblaciones en situación de migración y sus familias, entre otros. El ser humano es sujeto de derechos, sin discriminación. El Estado debe estar en condiciones de asumir las tres obligaciones básicas: respetar, proteger y realizar los derechos, especialmente de los grupos de atención prioritaria (Senplades, 2017).

Es así que el Ministerio de Salud Pública, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una vida, impulsa la consolidación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS – FCI, a través de la implementación de Estrategias, Programas y Proyectos que permitan establecer líneas de acción que garanticen la continuidad del tratamiento de los pacientes que por su condición de vida, así lo requieran. Para ello se han desarrollado actividades participativas con un enfoque en la prevención y promoción de la salud, a partir de la identificación y captación de pacientes prioritarios y vulnerables, así como del análisis de factores geográficos y sociales que limitan el acceso a los servicios de la salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).



La Asamblea Nacional del Ecuador (2018) dentro de la Ley Orgánica Integral Para Prevenir y Erradicar La Violencia Contra Las Mujeres, tiene como objeto la prevención y la erradicación de la violencia contra la mujer. El artículo 18, establece los lineamientos de las políticas que garantizan los derechos reconocidos en la Constitución. La Ley divide estos lineamientos en seis materias:

1. Se deberá tener en cuenta la diversidad de las mujeres ecuatorianas con sus necesidades concretas y particulares.
2. Atender los cambios estructurales que condicionan el derecho a una vida sin violencia.
3. Atender en el diseño los problemas que se expresan en las estadísticas oficiales.
4. Crear servicios especiales que atiendan la restitución de los derechos de las mujeres y las víctimas de violencia.
5. Dar garantías para la reconstrucción del proyecto de vida y las garantías de no repetición.
6. La generación de procesos de diálogo con las comunidades y nacionalidades del país.

2.3. Norma técnica de atención a personas víctimas de violencia de género en salud

En relación a la violencia contra la mujer considerada como un problema social que afecta a una gran parte de la sociedad, tanto directa, como indirectamente, se hizo necesaria la creación de una norma que fuera una herramienta al servicio de los profesionales de la salud en su atención a las víctimas de la violencia de género. Por esta razón, el Ministerio de de



Salud Pública del Ecuador propició la publicación de la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014, pp. 2).

Esta Norma Técnica nace en consideración a los mandatos constitucionales emanados de varios artículo: artículo 32, donde la salud se erige como un derecho que el Estado debe garantizar mediante políticas concretas; el artículo 341 de manda al Estado que genere los instrumentos de protección integral en especial los que se refieren a los de la violencia; en el artículo 361 manda al Estado a ejercer la rectoría a través de la formulación de normas de salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014, pp.2).

2.4. Sala de Primer Acogida

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018), en su apartado “No a la Violencia Contra las Mujeres”, indica que para la atención de la violencia hacia las mujeres, además de otros grupos vulnerables, se han implementados quince «Salas de Primera Acogida», repartidas en once provincias. Las Salas son espacios que facilitan la atención de manera adecuada a las víctimas por parte de profesionales médicos, psicólogos y trabajadores sociales.

Los servicios que prestan son los siguientes:

- Estabilización física y psicológica de la víctima
- Toma de muestras y exámenes complementarios
- Levantamiento de partes
- Reporte de informes sobre las intervenciones.



2.5. Rutas de Atención del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Una ruta de atención en salud; es un instrumento que contribuye a que las personas familias y comunidades alcancen resultados en salud teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde viven, se relacionan y se desarrollan. Permite orientar y ordenar la gestión de la atención integral en salud a cargo de los actores del Sistema de salud de manera continua y consecuente con la situación y características de cada territorio así como la gestión intersectorial para la afectación de los determinantes sociales de la salud (Ministerio de Salud de Colombia, 2016).

Dentro de la norma técnica de atención integral a víctimas de violencia de género (2014), consta dos procesos, por un lado el tratamiento para personas mayores de 18 años; y, otro para niños, niñas y adolescentes. Los protocolos se establecen de la siguiente manera:

Procedimiento adultos:

- a) La pericia no debe de realizarse si los eventos son anteriores
- b) El examen pericial debe hacerlo un perito forense acreditado
- c) El examen pericial debe realizarse por los procedimientos establecidos por la Fiscalía
- d) Se debe mantener la cadena de custodia para las pruebas encontradas
- e) Los fluidos biológicos deberán conservarse adecuadamente.

Procedimiento niños, niñas y adolescentes:

- a) No se realizarán dos veces el examen pericial
- b) El médico se guiará por los lineamientos de la Fiscalía



- c) Las amenazas contra la vida deben ser reportadas a la dirección de la Unidad y ésta dé conocimiento a la Fiscalía
- d) De no haber Sala de Primera Acogida, servirá el examen médico.

Paso 1: Intervención en Crisis: Es un procedimiento estructurado de intervención diseñado para restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra; implica proveer asistencia a la persona para reordenar y reorganizar su mundo social destruido en una crisis psicológica. El procedimiento no requiere formación en psicología pero sí conocimientos específicos de intervención en crisis. En las situaciones de violencia sexual deberá hacerse una contención emocional por los profesionales.

Paso 2: Anamnesis: La anamnesis es el conjunto de información que se recoge de la paciente, víctima o usuario para definir un diagnóstico y tratamiento. Se preguntará sobre los hechos violentos (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual). Se debe hacer una investigación profunda con historial ginecológico.

Paso 3: Examen físico clínico: Consiste en identificar lesiones y dar el tratamiento adecuado y oportuno, debe identificar todas las lesiones corporales, signos clínicos y evaluar sobre posibles derivaciones, incluirá un examen segmentario, ginecológico, génito-urológico y proctológico. Para los menores el examen debe haber consentimiento. Con independencia de la edad, deberá estar presente otro profesional. En los casos de menores solo se hará un examen para evitar la revictimización.

Paso 4: Valoración del estado mental: Consiste en verificar los niveles de angustia, bloqueo emocional, pánico, otros y de funciones psíquicas a partir de la orientación témporo-espacial.



Se evaluará el estado emocional de la persona, grado de afectación de su salud mental, manifestaciones psicológicas y áreas comprometidas.

Paso 5: Diagnóstico y tratamiento: En todos los casos el o la médica responsable garantizará los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en función del caso. El tratamiento deberá realizarse en todos los casos atendidos, ya sea que se realice un peritaje o no. Se tratará las lesiones físicas según la capacidad resolutive de la unidad operativa. El o la psicóloga debe elaborar un plan terapéutico, en el cual se constaten signos, síntomas y lesiones de existir, así como número de sesiones y periodicidad. La prescripción de ansiolíticos o antidepresivos debe realizarse únicamente bajo criterios clínicos, y recetados por un médico o una médica calificada. Para los menores o los adultos, se seguirá un procedimiento concreto sobre exámenes de laboratorio extensivos. En el tratamiento, se deberá administrar profiláctico respectivo al diagnóstico.

Paso 6: Registro del caso: Todos los casos de violencia de género atendidos deberán ser registrados en el formulario 008 que es la hoja utilizada en el ministerio para las emergencias, o Historia Clínica y formulario 005 y consolidados en el Parte médico.

Paso 7: Valoración de nivel de riesgo social: Los médicos deben dar garantía de seguridad de la víctima, evaluando la probabilidad de sufrir peligro para su vida. Habiendo riesgo se pasaría al paso 8; si no existe riesgo se pasaría al paso 9.



Paso 8: Plan de Emergencia: Si se ha detectado que la persona o su familia se encuentran en factor de riesgo o a la integridad, debe informar sobre alternativas de protección, derivando a Fiscalía General del Estado o considerando la remisión a algún albergue de la localidad.

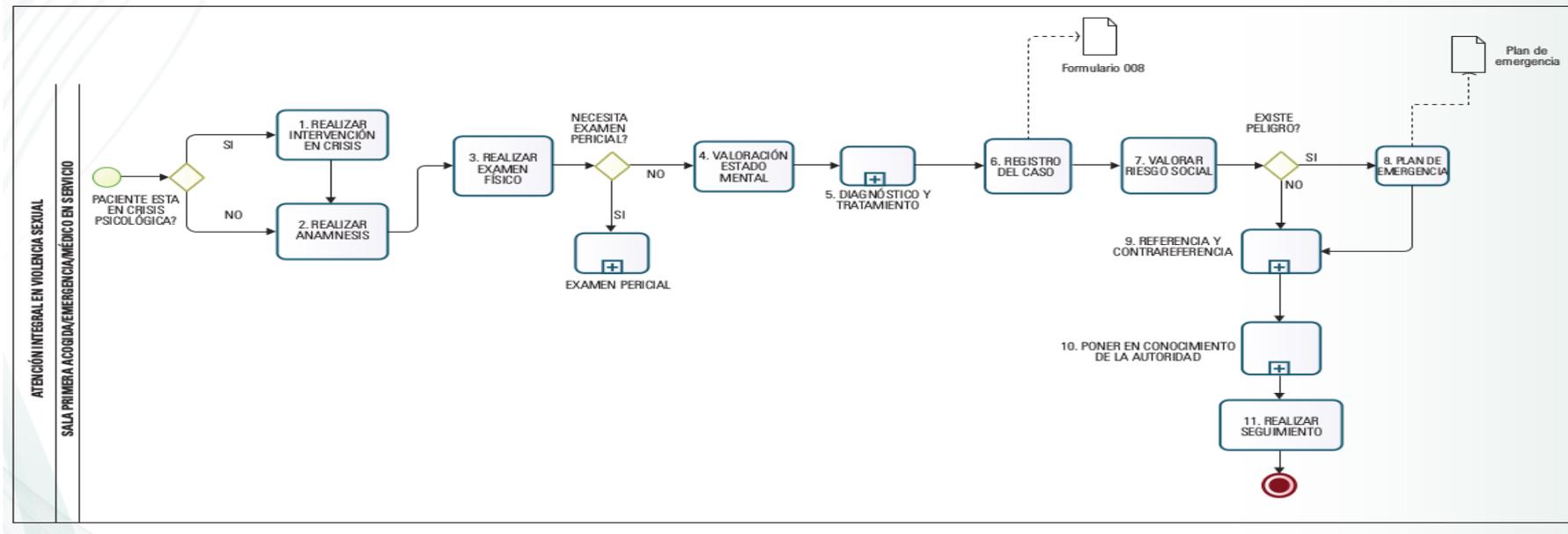
Paso 9: Referencia y Contrareferencia: Si se necesita atención especializada, el médico referirá el caso a la unidad de salud más cercana con mayor capacidad resolutive para la atención. En caso de haber recibido una referencia de una unidad de menor complejidad o el caso ya se haya resuelto el médico contrareferirá, es decir enviará nuevamente a la institución de la cual fue transferido inicialmente. En los dos casos deberá portar el Formulario 053 que es la hoja que llena el ministerio de salud.

Paso 10: Puesta en conocimiento de la autoridad competente: En casos en que se requiera atención por riesgo vital y no se cuenta con el consentimiento de los representantes, deberá ponerse en conocimiento del o la Directora del establecimiento inmediatamente, se debe hospitalizar. De encontrarse con indicadores de otros tipos de violencia deberá poner en conocimiento del o la Directora del Establecimiento. En caso de riesgo social del niño, niña o adolescente, debe poner en conocimiento del o la Directora. Los trabajadores sociales pondrán en conocimiento de la Junta Cantonal de protección de derechos de Niños, Niñas y adolescentes.

Paso 11: Seguimiento: El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara o por teléfono. El objetivo es ante todo completar el circuito de retroalimentación, o determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos: el suministro de apoyo, reducción de la mortalidad y cumplimiento del enlace con fuentes de apoyo.

El flujograma de atención integral en violencia de género que consta en la norma técnica vigente es:

FLUJOGRAMA DE ATENCION EN VIOLENCIA SEXUAL
DISEÑO: DIRECCION DE PROCESOS MSP



Fuente: Norma Técnica de Atención Integral de Violencia de Género (2014)

Elaborado: Ministerio de Salud Pública, 2014



Según este protocolo de atención, el personal de los centros de salud debe atender los detalles de los procedimientos concretos para la detección de los casos de violencia de género, dividido para los diferentes segmentos de trabajo y de los pasos a ejecutar.



CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Generalidades

La investigación fue exploratoria explicativa utilizando un enfoque mixto cualitativo y cuantitativo. Consistió en la combinación de instrumentos complementarios para el análisis del funcionamiento de la ruta de atención de la sala de primera acogida del Centro de Salud tipo C Carlos Elizalde, lo que permitió identificar los datos demográficos, características de la población que se atiende en la unidad y los tipos de violencia sexual más atendidos dentro de la sala de primera acogida.

Para la realización de la investigación planteada se presentó el consentimiento informado y protocolo de entrevista, respetando los aspectos deontológicos sobre el uso adecuado de la información obtenida a los funcionarios de la sala de primera acogida que aportaron con la información.

3.2. Selección de la Muestra

Para el enfoque cuantitativo se consideró el universo de los casos de víctimas de violencia sexual atendidos en la sala de primera acogida de la ciudad de Cuenca durante el periodo de enero - agosto 2017; por ser la base de datos proporcionada por la Coordinación Zonal 6 Salud. Esta información reposa en el registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACCA) conformado por en el bloque A: datos generales de la unidad operativa, en el bloque B: datos del profesional, en el bloque C: datos del paciente de tipo demográficos, en el bloque D: datos de consulta/ atención.



Para definir el grupo de estudio para el enfoque cualitativo se consideró como criterios de inclusión los siguientes aspectos:

- Personal de salud que labore dentro de sala de acogida.
- Que haya tenido contacto directo con las personas víctimas de violencia sexual,
- Que cumplan con el perfil estipulado dentro de la norma técnica (médico/a, psicólogo/a, trabajadora/o social),
- Que trabaje un tiempo superior a 3 meses dentro de la unidad
- Sin rango de edad establecido

Dentro de los criterios de exclusión:

- Personal que no labore dentro de la sala de acogida,
- Que no haya tenido contacto directo con personas víctimas de violencia sexual,
- Que no cumplan con el perfil de la norma técnica (médico/a, psicólogo/a, trabajadora/o social),
- Que labore menos de 3 meses dentro de la unidad.

3.3 Instrumentos y Técnicas de Recolección

Para cumplir los objetivos específicos planteados en esta investigación se creó una ficha de recolección de información basada en los datos del RDACCA Anexo 4, en la que consten los datos del bloque C: datos del paciente de tipo demográficos, esta información consta dentro de la norma técnica vigente de atención integral en violencia de género (2014), conjuntamente con los datos del cuestionario existente sobre el tema planteado por Marcela Tiburcio Sainz, Guillermina Natera Rey, y Shoshana Berenzon Gorn (2010), en su investigación respecto a utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal en la ciudad de México con una muestra de 1556 personas que



reportaron haber sufrido por lo menos alguna forma de violencia. Este cuestionario se complementó con los datos de los tipos de violencia sexual tipificados dentro del Código Orgánico Integral Penal (2014).

Para el levantamiento de información cualitativa, se realizó una entrevista por cada miembro que conforma la sala de primera acogida, siendo tres entrevistas en total. Las preguntas de las entrevistas fueron semiestructuradas en primera instancia en base a los ítems del cuestionario cuantitativo y posterior a ello para cumplir con el objetivo general se realizaron preguntas tomando como base las utilizadas por el autor Luis Távara Orozco (2006), en su obra manejo de la violencia sexual y Gustavo Fidel Macías (2009), en su investigación referente a evaluación de la calidad de atención en el Centro de Salud de Campo Verde en San Salvador de Jujuy, a más de ello con las preguntas realizadas en la investigación de Marcela Tiburcio Sainz, Guillermina Natera Rey, y Shoshana Berenzon Gorn (2010) cita anteriormente. Este tipo de entrevistas permitió en base a preguntas abiertas establecidas indagar a mayor profundidad con las respuestas obtenidas. A más de ello con los datos previos obtenidos con el enfoque cuantitativo se fue contrastando la información y realizando consultas que aclaren los datos previamente encontrados.

3.4. Procesamiento de la información

Para la representación de los datos obtenidos de forma cuantitativa se realizó por medio de sistema operativo Excel ya que permite sistematizar y representar la información por medio de porcentajes y gráficos visualizándose de manera clara los datos obtenidos. De este modo, se limita a presentar el perfil de las víctimas de violencia sexual en la Sala Primera de



Acogida Carlos Elizalde, presentándolas de forma univariada, es decir, especificando la frecuencia y los porcentajes de cada una. Los resultados fueron procesados en el Software Excel 2016 con el cual se generaron gráficos de sectores y barras.

Por su parte, los resultados cualitativos se refieren al análisis hermenéutico mediante el software Atlas ti 6. En él, se diseñaron códigos y familias de códigos relacionados con los antecedentes técnicos de las tres profesionales entrevistadas, en base a la entrevista semiestructurada que se utilizó.

Con los resultados obtenidos se realizó una matriz en Excel con la información obtenida en el Atlas ti. Esta información se clasificó de tal manera que responda a los objetivos planteados en la investigación. Para ello se dividió en categorías definido por Ledis Mesino (2009), como la abstracción de una o varias características comunes de un grupo de objetos o situaciones, que permite clasificarlos; en el caso de esta investigación las categorías son: (Atención, rutas y protocolos; violencia sexual, política pública y plan de mejoras) y a partir de ello las subcategorías, dimensión, citas, análisis, teoría y resultado.



Matriz de Excel con la información del Atlas.ti

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	DIMENSION	CITAS	ANALISIS	TEORIA	RESULTADO
Atencion de rutas y protocolos	Distribuyen sobre la base de lo que tiene el centro de salud	PERSONAL	<p>P 1: TS 1.txt - 1:1 ya el personal que participa dentro de la sala de acogida, que trabaja digamos es médico, psicólogo directamente, la trabajadora social, (5:5)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:18 personal capacitado y calificado para este tema de violencia de género(11:11)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:29 el resto del tiempo los llamados de emergencia se quedan a cargo de la parte de emergencia(17:17)</p>	Los responsables de la sala son profesionales P 1: TS 1.txt - 1:1 ya el personal que participa dentro de la sala de acogida, que trabaja digamos es médico, psicólogo directamente, la trabajadora social, (5:5)	Para garantizar la atención integral a víctimas de violencia de género, cada establecimiento de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) debe conformar un equipo de atención integral a víctimas de violencia de género constituido por: médico/a, psicólogo/a, enfermero/a, trabajador/a social, de acuerdo a la disponibilidad existente en la unidad operativa de salud.	El médico o la médica del equipo de atención integral en violencia de género será responsable de atender a la o el

Realizado por: Lorena Delgado Quezada



CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación tenemos la matriz indicada en la metodología, misma que responde al proceso de análisis temático que es perfectamente complementario al Atlas ti. Contamos con siete columnas: categoría, subcategoría, dimensión, análisis, teoría y resultado. La información del Atlas ti se codificó en la matriz acorde a los objetivos planteados y preguntas de investigación, a partir de las dimensiones surgen las principales conclusiones; ya que corresponde a la información obtenida en las entrevistas.



CATEGORIA	SUBCATEGORIA	DIMENSION	CITAS	ANALISIS	TEORIA	RESULTADO
Atencion de rutas y protocolos	Distribuyen sobre la base de lo que tiene el centro de salud	PERSONAL	P 1: TS 1.txt - 1:1 ya el personal que participa dentro de la sala de acogida, que trabaja digamos es médico, psicólogo directamente, la trabajadora social, (5:5) P 2: M 2.txt - 2:18 personal capacitado y calificado para este tema de violencia de género (11:11) P 2: M 2.txt - 2:29 el resto del tiempo los llamados de emergencia se quedan a cargo de la parte de emergencia (17:17)	Los responsables de la sala son profesionales P 1: TS 1.txt - 1:1 ya el personal que participa dentro de la sala de acogida, que trabaja digamos es médico, psicólogo directamente, la trabajadora social, (5:5)	Para garantizar la atención integral a víctimas de violencia de género, cada establecimiento de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) debe conformar un equipo de atención integral a víctimas de violencia de género constituido por: médica/o, psicóloga/o, enfermera/o, trabajador/a social, de acuerdo a la disponibilidad existente en la unidad operativa de salud.	
	Distribuyen sobre la base de la norma tecnica				El médico o la médica del equipo de atención integral en violencia de género será responsable de atender a la o el paciente. En los establecimientos de salud que tengan un o una médica acreditada en Violencia Sexual por el Consejo de la Judicatura, será responsable de realizar el peritaje, pero no podrá ser el o la médica tratante de este paciente, porque tendrá que dar su testimonio en el proceso, en el caso de ser requerido por las autoridades competentes. En casos de procesos psicoterapéuticos relacionados con violencia de género, el o la psicóloga del equipo de atención integral será el o la responsable del proceso psicoterapéutico; de no existir psicólogo o psicóloga, se derivará a un establecimiento de mayor complejidad en el que quien realiza la atención inicial en psicología es el o la responsable del proceso. Es responsabilidad del o la trabajadora social el seguimiento en cuanto al servicio de protección y valoración de riesgos de la víctima. De no haber trabajador o trabajadora social, se remitirá a un establecimiento de mayor complejidad en casos que lo requieran. Es responsabilidad del o la enfermera el triaje y el tamizaje inicial de violencia de género garantizando el respeto y la no revictimización al inicio, durante y después del proceso	
	En base a la rotacion del personal		P 1: TS 1.txt - 1:12 Se les ha venido capacitando desde hace años al personal pero como son personal de contrato que siempre están saliendo y viniendo nuevo personal entonces ese es el problema (15:15) P 2: M 2.txt - 2:31 el cambio y la rotación del personal de emergencia nos dificulta esta resolución rápida para los pacientes (20:20) P 2: M 2.txt - 2:73 permiso de maternidad, la psicóloga también que trabajaba presentaba su permiso de paternidad hubieron cambios, hubieron contingencias entonces yo pienso que por eso es que no existe la base de datos (56:56)			
	Falta de personal para cumplir con atencion 24 horas 7 dias		P 1: TS 1.txt - 1:14 Mas bien en, en personal que rote en la noche, en, cuando el personal de la sala están de vacaciones o cuando el personal de la sala no puede venir en la noche porque es un horario de 8 horas			



			<p>igual, entonces en este caso sería el personal que trabaje en la noche o fines de semana, porque se necesita directamente cuando viene una persona víctima de violencia sexual o cualquier tipo de violencia, que el personal esté ahí (17:17) P 2: M 2.txt - 2:13 falta de personal (8:8) P 2: M 2.txt - 2:22 no se cuenta con el personal suficiente (14:14) P 2: M 2.txt - 2:23 somos pocos somos solo apenas dos del personal de primera acogida (14:14) P 2: M 2.txt - 2:39 hasta mes de julio fueron resueltos a la hora que llegaron este servicio pero ahora nos vimos obligados a suspender por la falta de personal (26:26) P 2: M 2.txt - 2:139 con dos profesionales es imposible cumplir con todo (107:107) P 3: PS 3.txt - 3:6 por los horarios, porque cuando ocurren estos casos no es que ocurren de 8:00 a 5:00 de la tarde si entonces podría ser otro equipo para que esté a partir de tal hora a tal hora un equipo y así y rotando (6:6)</p>			
	Distribuir sobre la base de criterios de experticia en abuso sexual	EXPERTICIA	<p>P 3: PS 3.txt - 3:80 como dice la norma técnica sea un médico perito, un médico perito el que esté aquí justamente para evitar la revictimización, que se haga una sola vez aquí, que este informe pueda ser enviado a fiscalía y que desde ahí se tomen las respectivas medidas, pero que ya no sea aquí, en fiscalía regresa aquí (101:101)</p>		Estas salas deberán contar con un o una médica perito acreditada por el Consejo de la Judicatura quien ha sido capacitado y habilitado como parte del Sistema Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - SNMLCF por la Fiscalía General del Estado.	
	El personal asume funciones del centro y la sala de primera acogida		<p>P 1: TS 1.txt - 1:2 en este caso yo trabajo directamente con todos los programas mmm también se coordinan con la sala de acogida (5:5) P 1: TS 1.txt - 1:9 No si, o sea no ha habido problema porque yo ya he manejado, ya digo, no solamente ahora sino ya desde hace 20 años porque yo cuando ingresé a los dos años yo ya ingresé a la red de la no violencia, estaba trabajando en los diferentes casos de aquí del centro de salud, no ha habido problema hasta el momento(9:9)</p>			
	La cantidad de funciones que tiene que cumplir el personal de la sala de primera acogida ocasiona que no esten disponibles para trabajar todo el tiempo con los casos de personas víctima de violencia sexual	SATURACION	<p>P 1: TS 1.txt - 1:105 yo estado también en discapacidades salidas y cuando he llegado las compañeras me han dicho hay estos casos tenemos que hacer las visitas entonces ya cuando han venido donde ellas ya no han podido pasar donde mí entonces como que los casos se han ido perdiendo dentro de lo que es trabajo social (79:79) P 3: PS 3.txt - 3:70 Que se pierden paciente sí (93:93) P 2: M 2.txt - 2:159 en los casos prioritarios que hemos visto prioritario y urgente la intervención nos hemos puesto de acuerdo con ella para realizar un día a la semana las visitas conjuntamente con la licenciada y en los demás casos hemos realizado las visitas nosotras entonces la parte</p>			



			médica la parte psicológica de sala la que hace la visita va y realiza un informe y pide a la licenciada intervenir ya en el centro de salud sin la visita técnica que se debería realizar en todos los casos entonces esa es otra limitación (110:110)			
	La cantidad de casos de personas víctima de violencia sexual que tiene que atender el personal de la sala de primera acogida ocasiona que el personal se canse y renuncie al puesto de trabajo		P 1: TS 1.txt - 1:52 por la cantidad de casos como que la gente se quema pronto (43:43)			
	La distribucion de funciones genera carga laboral		P 2: M 2.txt - 2:27 solamente u profesional laborando las ocho horas más los llamados de emergencia no se podía dar capacidad para todas las violencias para algún tipo de violencia sino nos especificaron que era solamente para violencia sexual (17:17) P 2: M 2.txt - 2:141 sala de primera acogida no cuenta con una trabajadora social de sala sino trabajamos con la licenciada que cubre todo el centro de salud (110:110) P 3: PS 3.txt - 3:4 yo estoy específicamente en sala la otra psicóloga colabora en los dos lados como Carlos Elizalde y como sala de primera acogida (4:4)			
	Capacitacion permanente del personal de la sala de primera acogida	CAPACITACION	P 1: TS 1.txt - 1:94 En la red de la no violencia sí, todo el tiempo nos han dado capacitaciones han traído personal capacitado de otros países no solamente de aquí para que nos capacite (69:69) P 2: M 2.txt - 2:42 si es necesario un periodo de actualización para el personal que trabajamos en sala de primera acogida (29:29)			
	Capacitacion permanente del personal de emergencia		P 2: M 2.txt - 2:30 El personal médico de emergencia ha recibido ya capacitaciones, capacitaciones de manera continua para brindar tratamiento a las personas víctimas de violencia (20:20) P 2: M 2.txt - 2:51 todo el personal en sí debemos estar capacitados para brindar contención emocional y es lo que se ha estado brindando todo el personal esta capacitado (38:38)			
	Falta de capacitacion en violencia sexual a personas en general		P 1: TS 1.txt - 1:93 colegios no hay ningún tipo de capacitación a profesores y profesores a su vez a alumnos (67:67) P 2: M 2.txt - 2:98 ni el personal policial y fuentes como el personal del ECU911 desconocen las funciones y desconocen el flujograma de atención para las pacientes víctimas de violencia (74:74) P 2: M 2.txt - 2:100 pero que es lo que sucede el personal de ahí no sabe derivar no sabe dirigir al paciente este cae en lo que se llama perder el tiempo y se pierde un delito flagrante y pasa a ser un tramite totalmente largo y tedioso para las víctimas (74:74) P 3: PS 3.txt - 3:78 lamentablemente hay			



			profesionales que ven como un caso más, que dan prioridad a muchas otras personas o no sienten por el otro, son casos difíciles y a veces no son tomados con la debida importancia (99:99)			
	Falta de capacitación en violencia sexual al personal del centro de salud		<p>P 1: TS 1.txt - 1:11 sino más bien con el personal, con médicos, con psicólogos, médicos, con guardias, con personas de limpieza o sea todos ellos deben estar capacitados para que el momento en el que vean una persona víctima de violencia se les capte enseguida y se les pueda ayudar (13:13)</p> <p>P 1: TS 1.txt - 1:126 En el caso de las diferentes unidades de salud que haya más capacitaciones (104:104)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:11 desde el mes de noviembre hasta la actualidad se esta solicitando capacitaciones (8:8)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:40 las capacitaciones como le mencioné anteriormente que no hemos recibido de manera formal por parte del ministerio (29:29)</p>			
	En la formación universitaria no reciben información ni capacitación sobre la intervención con personas víctimas de violencia sexual	FORMACION UNIVERSITARIA	<p>P 1: TS 1.txt - 1:95 No no, nunca ni en teoría (71:71)</p> <p>P 1: TS 1.txt - 1:96 no no nunca me han dado la forma de trabajar con personas víctimas de violencia o me han mencionado eso al menos (71:71)</p> <p>P 1: TS 1.txt - 1:97 yo creo que es una dificultad y más bien se debería mejorar eso dentro de lo que es las universidades (73:73)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:49 por falta de experiencia o por falta de conocimiento se puede cometer grandes errores o causar secuelas irreparables en una víctima o en un presunto agresor (35:35)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:50 yo he visto la necesidad inminente de peritaje y el cual no recibimos en la parte médica (35:35)</p>			
	Falta de asesoría al personal de la sala de primera acogida en aspectos legales para manejo de la información de las personas víctimas de violencia sexual en juicios	ASESORIA LEGAL	<p>P 1: TS 1.txt - 1:36 cuando yo participada dentro de los juicios más bien tenía que asesorarme afuera del ministerio para que me apoyen legalmente y es por eso que no se participa ya tanto (33:33)</p> <p>P 1: TS 1.txt - 1:41 me tuve que asesorar aparte porque si no dentro del juicio yo podía decir una palabra que no era alguna cosa que no podía decir entonces yo tenía que asesorarme afuera (35:35)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:1 la gran limitación fue las capacitaciones que uno debería recibir para empaparse de toda la parte legal de los procesos (5:5)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:2 cada caso es totalmente diferente y hasta el momento no se han realizado capacitaciones de forma legal (5:5)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:82 Deberíamos realizar una actualización en lo que es los temas legales (68:68)</p>			
	Rotacion de personal como un factor que afecta el desarrollo de los funcionarios	ROTACION	<p>P 2: M 2.txt - 2:32 si existe uno o dos turnos en los cuales médicos nuevos residentes tienen dificultades y ahí es donde lamentablemente se da un mal manejo con los pacientes víctimas de violencia (20:20)</p>			



	Falta de insumos para atención en horario de la noche	INSUMOS ADMINISTRATIVOS	<p>P 1: TS 1.txt - 1:16 en la copiadora mmm para sacar por ejemplo copia de los documentos de la persona agredida en ese tipo de cosas (19:19)</p> <p>P 1: TS 1.txt - 1:15 En el día yo creo que no, sino más bien en la noche (19:19)</p>		
	Falta de insumos de oficina				
	Infraestructura física	INTRAESTRUCTURA	<p>P 2: M 2.txt - 2:80 El espacio ha sido más bien adaptado para la necesidad pero no creo que sea el indicado ya que para realizar nosotros lo que es necesario y fundamental en la sala de primera acogida que es el peritaje se necesita una camilla adecuada se necesita un espacio y se necesita también de todos los implementos para realizar la cadena de custodia cosa que aquí al momento no se está realizando porque no se cuenta tampoco con la camilla y los implementos adecuados (62:62)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:82 solo en Azuay yo creo que debería haber no se en cada cantón o un lugar que sea específico para los pacientes (105:105)</p>		<p>Estas salas deberán contar con una sala de espera y con un o una médica perito acreditada por el Consejo de la Judicatura quien ha sido capacitado y habilitado como parte del Sistema Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - SNMLCF por la Fiscalía General del Estado. Las SPA, además, tienen un espacio para entrevista en la que la persona atendida recibe apoyo emocional inmediato, en forma tranquila y sin interrupciones; en caso de ser necesario, en este espacio la autoridad competente puede tomar la declaración a la víctima, quien recibe información de sus derechos y del proceso legal. Además, cuenta con un consultorio médico, o ginecológico. Aquí la persona recibe atención clínica general, ginecológica y/o proctológica; se realizan los exámenes periciales por parte de los y las médicas acreditadas como peritos forenses por el Consejo de la Judicatura</p>
	Tipos de registro de información de víctimas de violencia en la sala de primera acogida	REGISTRO DE INFORMACION	<p>P 1: TS 1.txt - 1:31 Va todo, va todo, los datos que constan en la ficha de violencia y maltrato, que edad, es varón o mujer, la educación, si es del sector urbano o rural, el agresor quien fue, la edad donde vive todo esto, si fue primera vez, subsecuente, que tipo de agresión si recibió atención médica, psicológica, de trabajo social, eso va en la base de datos (27:27)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:74 existe la base de datos pero lamentablemente no es de todo el año sino son de meses con lo que contamos son con nuestro registro que es el RDDACA entonces de ahí hemos podido sacar información hemos podido filtrar datos con los que hemos podido brindar los datos que nos han solicitado (56:56)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:91 el ministerio de salud pública trabaja con un cierto formato que no le va a servir en la parte legal (71:71)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:32 datos generales, femenino, masculino, edad, tipo de agresión, eee eso generalmente (42:42)</p>		
	Falta de medicación	ATENCION	<p>P 2: M 2.txt - 2:75 no hay medicación anti retro viral (59:59)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:95 tratamiento farmacológico (59:59)</p>		<p>El o la Directora o Gerente del establecimiento de salud deberá garantizar la disponibilidad permanente de anticoncepción oral de emergencia, antirretrovirales y antibióticos para la atención de estos casos.</p> <p>Se debe garantizar la administración de estos medicamentos al usuario dentro de las 72 horas siguientes en casos de violencia sexual.</p> <p>Para los establecimientos de salud del Ministerio de</p>



					Salud Pública, el ministerio será el responsable de proveer de estos medicamentos a los establecimientos de salud a través de los mecanismos institucionales vigentes. Las instituciones de la Red Pública Integral de Salud - RPIS deberán asegurar el abastecimiento de estos medicamentos a sus respectivos establecimientos en todo el país
	Falta de reactivos para pruebas toxicológicas		P 2: M 2.txt - 2:76 no se puede hacer pruebas toxicológicas (59:59)		
	Falta de transporte para las visitas domiciliarias		P 2: M 2.txt - 2:143 no contamos con el transporte no contamos para las visitas domiciliarias solo que nosotros hemos encontrado como una solución inmediata trasladarnos por nuestra propia cuenta realizar las visitas y pasar informes posteriores entonces para todo esto si hace falta reforzar sala de primer acogida (110:110)		
	Material propio para ejecutar el trabajo		P 3: PS 3.txt - 3:13 en psicología cada quien escoge su línea su forma de trabajo su forma de aplicar reactivos eso es muy subjetivo de acuerdo a cada psicólogo en mi caso yo he traído mis propias herramientas (16:16) P 3: PS 3.txt - 3:15 cada quien utiliza sus herramientas (18:18)		
	La sala como resultado de la articulación local.	REDES LOCALES	P 1: TS 1.txt - 1:4 o sea no es un programa digamos nuevo que se dio en el centro de salud, sino ya se trabajaba antes con un médico familiar y con la trabajadora social y participábamos, y participamos también dentro de la red de la no violencia del cantón Cuenca y se trabajaba con personas víctimas de violencia, violencia física, psicológica, negligencia, violencia sexual, y se coordinaba con las diferentes instituciones para ayudar a las víctimas. (5:5)		Esta norma está orientada a contribuir en el resarcimiento de derechos, en la prevención, atención en violencia de género y contribuir a la no discriminación y la no revictimización así como a evitar que se repitan los hechos de violencia de género a través de una efectiva familiarización con el acceso a la justicia y a los servicios integrales de salud. Rige específicamente la atención integral en violencia de género, y excluye violencia colectiva y autoinfligida
	Articulación con redes locales que trabajan en el tema de la no violencia		P 1: TS 1.txt - 1:3 Pero antes de que se forme la sala de acogida ya se trabajaba con la red de la no violencia (5:5) P 1: TS 1.txt - 1:5 en coordinación igual con la red de la no violencia igual se sigue manteniendo porque sin esta coordinación no podríamos, yo digo al menos trabajar, porque se trabaja directamente con lo que es junta cantonal, fiscalía, juzgados, red de abogados que nos apoyan bastante en este tipo de casos (7:7) P 1: TS 1.txt - 1:21 si está en riesgo yo empiezo a coordinar, ya sea con la fiscalía, junta cantonal para hacer lo que es denuncias y para protección de la víctima. (21:21) P 1: TS 1.txt - 1:23 se coordina con las diferentes instituciones, como decía, tanto legal, médico, em, con la red de abogados que nos apoyan directamente		En casos de violencia de género, sexual, o violencia intrafamiliar se debe trabajar de manera interinstitucional con conocimiento claro de los roles de cada institución. El proceso de examinación pericial debe realizarse por orden de autoridad judicial competente. De igual manera, el personal de salud debe conocer e informar a los y las usuarias sobre las acciones de protección desde diversas instituciones. Junta Cantonal de Protección de Derechos: son órganos de nivel operativo, con autonomía administrativa y funcional, que tienen como función pública la protección de los derechos individuales y colectivos de los niños, niñas y adolescentes, en el respectivo cantón



			<p>en la red de la no violencia (21:21) P 1: TS 1.txt - 1:64 nadie nos ha dicho nada hemos tenido que capacitarnos con la red de la no violencia que ha sido la base del trabajo aquí en el ministerio (53:53) P 1: TS 1.txt - 1:66 la corporación mujer a mujer (55:55) P 1: TS 1.txt - 1:67 la casa María Amor (55:55) P 1: TS 1.txt - 1:70 siempre nos estamos coordinando nos estamos apoyando, ellos igual envían casos acá al centro de salud (57:57) P 2: M 2.txt - 2:90 hay que fortalecer porque se ha comentado mucho se han hablado varios temas sin embargo no existe como algo formal legal que se pueda decir por escrito tal parte legal esta encargado de las sanciones vamos a trabajar de manera conjunta se va a realizar este formato (71:71)</p>		
	Articulación con Fiscalía para proceso de denuncia	FISCALIA	<p>P 1: TS 1.txt - 1:33 Claro, se hacen las denuncias directamente, la denuncia se hace directamente cuando viene una persona víctima de violencia, se hace acompañamiento a veces o las víctimas de violencia ya directamente con la familia llegan a fiscalía y ponen la denuncia, pero cuando no y vienen al centro de salud directamente a trabajo social se encarga de hacer el acompañamiento directamente a la fiscalía, lo que hace el médico legista hasta que se culmine con este proceso y ahí yo me retiro (31:31) P 2: M 2.txt - 2:9 por nuestra propia fuente sería con los fiscales abogados (5:5) P 2: M 2.txt - 2:58 no hemos llegado a un acuerdo para trabajar de manera conjunta (44:44) P 2: M 2.txt - 2:59 más bien ha sido cada quien realiza su función y cada quien decide según su criterio (44:44)</p>		<p>En la práctica, solo hay que revisar los Códigos Penales de la región para constatar la existencia de lenguajes superpuestos, el uso de términos médico fisiológicos en un tránsito progresivo hacia el terreno moralista plagado de valores como honra, virginidad, honor. Al exigir que estos valores sean portados en los cuerpos de las mujeres, desaparece la dimensión de exigibilidad de los derechos humanos simplemente porque el bien jurídico protegido son la honra, la virginidad o el honor, y no los sujetos jurídicos concretos que la viven (Arroyo, R y Valladares, L, 2005).</p>
	Recibe apoyo de Fiscalía el personal de la sala de primera acogida		<p>P 1: TS 1.txt - 1:59 Nunca, o sea apoyo nunca, más bien claro se ha llegado con las víctimas de violencia si nos han atendido ese momento rápido y todo pero así algún tipo de apoyo nada (49:49)</p>		<p>Fiscalía General del Estado: es un órgano autónomo de la Función Judicial, único e indivisible, funcionará de forma desconcentrada y tiene autonomía administrativa, económica y financiera</p>
	Fiscalía inicia sus propios procesos de atención cuando son derivados desde el Ministerio de Salud		<p>P 2: M 2.txt - 2:122 en la fiscalía ya les designan un seguimiento psicológico (92:92)</p>		
	Dificultades cuando el personal de la salas de primera acogida llama a policía porque ellos cambia la versión de las víctimas	POLICIA	<p>P 1: TS 1.txt - 1:81 la policía cambia un poco lo que es las versiones (63:63)</p>		
	Dificultades cuando el personal de la salas de primera acogida llama a policía		<p>P 1: TS 1.txt - 1:82 con la policía es un lío (63:63) P 1: TS 1.txt - 1:83 no llegan así es como un embotellamiento y no se hace nada (63:63)</p>		
	Revictimización	REVICTIMIZACION	<p>P 2: M 2.txt - 2:92 volvemos a caer en la</p>		<p>La violencia sexual impacta directamente en los</p>



			<p>revictimización la paciente debe contar una versión aquí en el ministerio debe ir otra a la parte judicial (71:71) P 2: M 2.txt - 2:93 la paciente lamentablemente tenía que contar tres o cuatro veces la misma versión y eso tomando en cuenta no se debe realizar según la normativa (59:59)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:94 tratamiento farmacológico la paciente fuera en cadena y por lo tanto fuera víctima de revictimización (59:59)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:96 yo le veo super indispensable reforzar estos lazos tanto la parte pública como la parte privada para que la paciente o la víctima sea capaz de contar una vez y no volverla a atormentar con las mismas preguntas o con las mismas acusaciones tomando en cuenta que los pacientes han regresado varias veces y nos han comentado que no suele ser tan amable la atención por las otras diferentes instituciones (71:71)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:18 Para mí hay mucha revictimización en los pacientes, en lo que se pide, en lo que se puede hacer aquí (22:22)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:20 el paciente lo cuenta aquí luego de que se refiere el paciente tiene que regresar a la fiscalía luego de nuevo a la sala de acogida a veces los mandan al hospital entonces están de un lado a otro y para el paciente emocionalmente es agotador (24:24)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:27 tienen que contar otra vez las historias (30:30)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:68 en algunos casos hay mucha revictimización, desde el, llamémosle desde que alguien llama a la ambulancia, pregunta la persona que va en la ambulancia pregunta, la enfermera pregunta, el doctor, psicólogo, no hay una primera intervención y hasta ahí. Obviamente todos deben enterarse para ver cómo actuar pero hasta donde pueden enterarse (85:85)</p>		<p>cuerpos de las mujeres, donde se concentran los niveles de desprotección a las que están sujetas y consecuentemente el incumplimiento por parte del Estado de sus obligaciones respetar y garantizar los derechos humanos. Esta desprotección es especialmente grave en el campo del derecho procesal penal. A este nivel, se produce un perverso proceso de re-victimización de las mujeres que denuncian actos de violencia sexual cometidos en su contra (Arroyo, R y Valladares, L, 2005). Revictimización: "son repetidas situaciones por las que tienen que pasar las víctimas des- pués de haber sido afectada por algún tipo de violencia interpersonal en dos o más momentos de la vida (especialmente el abuso sexual), ante los organismos judiciales, viéndose obligadas a testificar un número infinito de veces, perjudicándose psicológica y emocionalmente de ma- nera más profunda y traumática a la víctima. si bien, la elaboración de esta norma implica evitar la revictimización, esta se puede dar en cualquier momento de la atención. Por ende, quienes participen en los procesos de atención deben de conocer cómo evitarla.</p>	
	<p>Atencion del medico como primer momento</p>	<p>MOMENTOS DE ATENCION</p>	<p>P 1: TS 1.txt - 1:7 son atendidas por el médico directamente (7:7) P 1: TS 1.txt - 1:17 bueno al momento que llega una persona víctima de violencia pasa directamente donde el médico (21:21) P 2: M 2.txt - 2:116 han recibido el tratamiento farmacológico para evitar enfermedades de transmisión sexual y también el embarazo (86:86)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:120 En la parte médica yo tengo un gran número de paciente víctimas de violencia por primera vez (92:92)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:121 en la parte médica en el consultorio médico he visto por lo menos un 75% un 60% 75% de pacientes que vienen por primera vez que lamentablemente no vienen por controles</p>		<p>El o la médica responsable debe identificar el problema, documentar y tratar las lesiones o enfermedades encontradas, y coordinar las acciones del equipo. En caso de detectar indicios de sospecha de violencia de género, deberá informar a la persona víctima de violencia sobre sus derechos con el fin de desnaturalizar la violencia conforme a lo estipulado en los Procedimientos e indicarle los pasos que debe seguirse para garantizar sus derechos y la no impunidad. En todos los casos se debe priorizar la atención clínica, especialmente en aquellos que implican riesgo vital. El establecimiento de salud garantizará la atención en violencia de género siguiendo los procedimientos</p>	



			<p>subsecuentes porque a veces son delitos flagrantes que son derivados a la fiscalía (92:92)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:123 muchas veces las pacientes solamente buscan el tratamiento farmacológico y no acuden a las citas subsecuentes (92:92)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:124 pacientes que son de otras ciudades reciben el tratamiento farmacológico en este centro de salud pero sin embargo deciden ir al seguimiento en otra casa de salud entonces en la parte médica se ve un porcentaje más alto de atenciones primarias (92:92)</p>		<p>específicos para cada tipo de violencia descritos en los procedimientos de atención integral en violencia de género.</p>	
	Atencion del psicólogo como segundo momento		<p>P 3: PS 3.txt - 3:3 y le pasa a psicología (4:4)</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante todo el procedimiento se seguirán las indicaciones de los Procedimientos de Atención Integral a víctimas de Violencia de Género 2. Todos los casos de Violencia de Género deberán ser priorizados como emergencia independientemente del riesgo vital del/la paciente. 3. El personal administrativo y de recepción direccionarán al o la paciente sin hacer preguntas sobre el detalle de lo ocurrido y garantizando un trato respetuoso. 4. El enfermero/a o médico/a que recepta el caso durante el triaje realizará el tamizaje de violencia inicial. 5. Si detecta violencia sexual o la demanda es manifiesta en atención por violencia sexual, debe remitir a la sala de primera acogida o emergencias donde exista un médico acreditado como perito. De no existir una persona acreditada en el territorio de influencia, se pondrá en conocimiento de la Fiscalía General del Estado para la asignación de un perito forense o del proceso indicado en coordinación con el Sistema de Atención Integral (SAI) de Fiscalía. 6. Si el paciente llega por consulta externa o no presenta riesgo vital, en casos detectados de violencia de género el médico responsable procederá a la anamnesis. 7. El caso puede darse en tres escenarios diferentes. El médico responsable se orientará en las acciones correspondientes a cada escenario 	
	Atencion de la psicologa en el momento de crisis		<p>P 1: TS 1.txt - 1:8 la psicóloga ese momento de la crisis en la que están los usuarios (7:7)</p>		<p>Intervención en Crisis: es un procedimiento estructurado de intervención diseñado para restablecer la capacidad del individuo para afrontar las situaciones de estrés en las que se encuentra; implica proveer asistencia a la persona para reordenar y reorganizar su mundo social destruido en una crisis psicológica. El procedimiento no requiere formación en psicología pero sí conocimientos específicos de intervención en crisis.</p> <p>a. Escenario 1: Personas con indicadores de sospecha de violencia, que no reconocen esta situación y que pueda o no estar en riesgo eminente.</p>	



					<p>b. Escenario 2: Personas con diagnóstico y reconocimiento de violencia, sin riesgo ex- tremo</p> <p>c. Escenario 3: Personas con diagnóstico y reconocimiento de violencia que se encuen- tran en riesgo extremo</p> <p>8. El o la médica responsable realizará el examen físico en función del caso.</p> <p>9. El o la médica responsable realizará una valoración del estado mental y referirá el tra- tamiento psicológico al psicólogo/a del establecimiento de salud o a un mayor nivel de complejidad de ser necesario. De no existir un profesional de la salud mental, el médico responsable realizará contención emocional e intervención en crisis.</p> <p>10. El o la médica responsable garantizará el tratamiento de lesiones o condiciones médicas específicas de acuerdo con la capacidad resolutive del establecimiento de salud y en fun- ción de la especificidad del caso</p> <p>11. El o la médica responsable debe realizar el registro del caso en todos los formularios y formatos especificados en el Manual de Procedimientos.</p> <p>12. Los y las médicas están obligadas a poner en conocimiento de la autoridad del estableci- miento los casos en los cuales se ha identificado un caso de violencia de género; para los casos donde se realiza peritajes de violencia sexual deben usar el formulario de referencia al sistema judicial que consta en el Protocolo para peritajes forenses de VIF y violencia sexual de la Fiscalía General del Estado (anexo 13). Cuando la vida o la integridad de la persona está en peligro debido a la situación de violencia, debe comunicar a la policía nacional inmediatamente.</p> <p>13. Las autoridades de los establecimientos están en la obligación de poner de inmediato la noticia del presunto delito a conocimiento de la policía nacional, la fiscalía o los jueces o juezas especializados contra la violencia de la mujer y la familia.</p> <p>14. El seguimiento clínico debe ser garantizado por el Jefe de Servicio del establecimiento de salud. El seguimiento incluirá la programación de consultas periódicas y/o visitas domici- liarias por el equipo de atención a víctimas de violencia de género.</p> <p>15. En casos de violencia sexual en niños, niñas o adolescentes, el niño, niña o adolescente no volverá a ser sometido a un examen forense por violencia sexual. Por esto es fundamental que dichos procedimientos se realicen con orden de autoridad competente.</p> <p>16. En casos de violencia sexual es obligatorio garantizar la administración de anti concepción oral</p>	
--	--	--	--	--	--	--



					de emergencia, anti retrovirales y profilaxis para Infecciones de Transmisión Sexual.	
	Médica llama a la policía		P 1: TS 1.txt - 1:80 la médica le llama a la policía (63:63)			
	Llamar al 911		P 2: M 2.txt - 2:99 cuando una persona es víctima de algún tipo de violencia lo primero que hace como siempre se sugiere es llamar al 911 (74:74)			
	Atención psicológica subsecuente		P 2: M 2.txt - 2:125 la parte psicológica que subsecuente es la mayoría en su porcentaje (92:92) P 2: M 2.txt - 2:126 en la parte psicológica se van a ver atenciones subsecuentes (92:92) P 3: PS 3.txt - 3:22 Como pacientes subsecuentes tenemos la mayoría, en psicología si hay adherencia al tratamiento (28:28) P 3: PS 3.txt - 3:61 al mes tenemos más o menos unos 70 casos pero teniendo en cuenta citas subsecuentes (77:77)			
	Trabajo con el presunto agresor		P 3: PS 3.txt - 3:5 ahora podemos trabajar en algunos casos con el presunto agresor (4:4)			
	Seguimiento de caso a víctimas de violencia y sus familias	SEGUIMIENTO	P 1: TS 1.txt - 1:22 Luego de eso se hace las visitas domiciliarias, seguimientos y se apoya directamente a la familia y a las personas víctimas de violencia (21:21) P 1: TS 1.txt - 1:25 entonces nosotros estamos con ellos ahí, o sea haciéndoles el seguimiento, visitas para que no desistan, que sigan hasta el final (21:21) P 1: TS 1.txt - 1:34 se hace acompañamiento a veces o las víctimas de violencia ya directamente con la familia llegan a fiscalía y ponen la denuncia (31:31)		Los técnicos de atención primaria en salud (TAPS) realizarán el seguimiento de los casos a través de visitas domiciliarias garantizando la confidencialidad de los mismos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)	
	Cierre del caso como un momento del proceso de atención a víctimas de violencia sexual		P 1: TS 1.txt - 1:26 se ayuda a la víctima hasta el final (21:21)		La Constitución (2008), en el artículo 66, garantiza el derecho de las mujeres a una integridad física, psíquica, moral y sexual, en una vida liberada de violencia en cualquier ámbito y donde el Estado está obligado a adoptar estrategias de prevención, eliminación y sancionadoras (Asamblea Constitucional, 2008).	
	Familiares derivados a trabajo social		P 1: TS 1.txt - 1:103 ha habido casos en los que la médica dice pero yo le mande donde usted y no llegó (79:79)			
	Determinación de nivel de riesgo en víctimas	RIESGO	P 1: TS 1.txt - 1:20 yo les hago la ficha social, entonces ahí se determina si la víctima está en riesgo (21:21) P 1: TS 1.txt - 1:32 Nos dan la información nosotros hacemos la verificación, o sea salimos hacemos la visita domiciliaria hacemos el seguimiento y según eso vemos si es verdad o no lo que la persona manifiesta o los familiares (29:29)			
	Impacto en el personal de la sala de primera acogida como resultado de atención a personas víctimas de violencia	CONSECUENCIAS PERSONALES	P 1: TS 1.txt - 1:10 Al principio más bien trabajar con víctimas de violencia fue fuerte digamos, pero ahora no porque ya se trabaja tantos años en esto en violencia, y se colabora, se ayuda, se coordina y hasta			



	sexual		<p>ahí, hasta donde podemos llegar. (11:11) P 1: TS 1.txt - 1:54 como que uno va trabajando todo el tiempo no es que ya no le hace nada este tipo de cosas no sino más bien uno entiende que tiene que estar bien para apoyar a las víctimas hasta donde usted pueda, osea ya no puedo más y hasta ahí llegó osea ya no puedo más entonces ya no puedo más (43:43) P 1: TS 1.txt - 1:56 me afectaba un poco en mi salud, en mi casa (47:47) P 2: M 2.txt - 2:53 al inicio de este oficio o de aceptar esta sala de primera acogida veía casos que eran muy fuertes incluso que yo me identificaba (41:41) P 2: M 2.txt - 2:54 he tratado de que los casos no afecten a mi personalidad de que no afecten a mi como profesional y he tratado de lo mejor darles, el apoyo que puedo y también he visto limitaciones y he comprendido que existen limitaciones que van más allá de mi alcance con lo cual yo no voy a poder (41:41) P 2: M 2.txt - 2:151 hay grandes riesgos sobre todo cuando cumplamos con los llamados de emergencia no contamos con transporte no contamos con resguardo entonces nos ha tocado venir a las madrugadas y hubo casos nos encuentran los presuntos agresores, los familiares de los presuntos agresores y los familiares de la presunta víctima es el riesgo que como profesional uno esta expuesto y no cuenta con el apoyo del ministerio de salud (122:122) P 2: M 2.txt - 2:152 cuando nosotros realizamos notificaciones la facilidad y el acceso que les dan a los presuntos agresores es muy muy fragil les dan nombres de los notificadores en este caso de nosotros de los profesionales que realizamos notificación les dan con facilidad a los presuntos agresores siendo que esto debería ser respaldado por el distrito de salud en el momento que va el presunto agresor o el familiar, el presunto agresor ello o los de la fiscalía donde se encuentre la notificación les dan con facilidad y les dicen tal profesional le notificó vaya y hable con él entonces es un aexposición que no esta respaldada que no esta cubierta para nosotros los profesionales de la sala de primera acogida (122:122) P 3: PS 3.txt - 3:75 yo creo que como ser humano duele sin embargo hay formas de protección yo creo que para el personal también que uno se tiene que poner y se actúa por la profesión intentando dar lo mejor (97:97) P 3: PS 3.txt - 3:76 empatía obviamente hay sí y en algunos casos son más dolorosos que otros (97:97)</p>			
	Amenazas al personal de la sala de primera acogida por parte del agresor y su familia al ir a declarar en los juicios de las		<p>P 1: TS 1:45 siempre habido de parte de las personas agresoras como que cuando nos conocen nos amenazan entonces al personal de la sala anterior igual en la calle le cogió unos familiares de un agresor</p>			



	victimas de violencia sexual		<p>y le dijo bueno yo conozco a tu familia vas a ver lo que te pasa, entonces ese tipo de cosas, recién igual de un caso de hace años vino una señora familiar de un señor que esta preso y me dijo bueno el dijo que cuando salga va a ver usted porque le conoce muy bien a usted va a ver que le pasa (37:37)</p> <p>P 1: TS 1.txt - 1:49 a mí me llamaban al celular yo antes tenía que cambiar cada vez el numero de teléfono y pedía aquí al personal que por favor no den el número de teléfono pero yo no se que pasaba ellos tenían mi teléfono (41:41) P 1: TS 1.txt - 1:50 entonces otra vez vino el papá de un chico que era el agresor y bueno nos amenazó, aquí en la oficina (41:41) P 1: TS 1.txt - 1:39 el momento en que llegué estaba tooda la familia del agresor y cuando llegué yo a la fiscalía todo el mundo me rodearon los familiares del agresor eeee la policía bueno en ese momento vío y me llevaron a un cuarto a parte hasta que yo de el testimonio cuando ingresé igual estaba el agresor (35:35)</p>			
	No realizar adecuadamente los informes por falta de conocimiento sobre temas legales en violencia sexual	CONSECUENCIAS LABORALES	P 1: TS 1.txt - 1:63 alguna vez me toco hacer un escrito por una visita domiciliaria de un seguimiento que hice y pasar a fiscalía una señora me denunció por un término que yo puse porque nadie nos ha capacitado (53:53)			
	Falta de apoyo por parte del Ministerio de Salud en procesos legales del personal de la sala de primera acogida en los casos judiciales de las victimas de violencia sexual	LEGAL	<p>P 1: TS 1.txt - 1:38 dentro del ministerio no tenemos lo que es un respaldo legal que nos pueda ayudar (33:33)</p> <p>P 1: TS 1.txt - 1:40 no teníamos el apoyo del ministerio (35:35 P 2: M 2.txt - 2:150 hemos sido parte de juicios hemos sido parte de versiones pero no se han visto respaldadas (119:119)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:154 los profesionales no lo realizan por el miedo y el temor y la falta de respaldo del ministerio de salud entonces ellos prefieren evitar todo este trámite legal y el miedo a un juicio por el temor a las posibles consecuencias que prefieren no notificar pero no se dan en cuenta que esto causa un gran daño a las víctimas. (125:125)</p>			
	Falta de protección por parte del Ministerio de Salud en procesos legales del personal de la sala de primera acogida en los casos judiciales de las victimas de violencia sexual		<p>P 1: TS 1.txt - 1:42 siempre se ha tenido es de parte de los familiares y del agresor mismo que está ya en la carcel como que nos envían y nos dicen con otra gente que bueno cuando salgan ya verán lo que nos pasa todo ese tipo de cosas (35:35)</p>			
	Falta de capacitaciones aspectos legales al personal de la sala de primera acogida sobre violencia sexual		<p>P 1: TS 1.txt - 1:62 legalmente por ejemplo nunca nadie nos ha dicho nada (53:53)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:41 constante adaptación en constante actualización sobre temas de violencia de género debido a que el reglamento por parte legal están en constantes cambios (29:29)</p>			



			P 2: M 2.txt - 2:149 no se cuenta con asesoría legal para sala de primera (119:119)		
	Falta de información al personal de la sala de primera acogida sobre el manejo de la misma y el trabajo con las víctimas de violencia sexual		P 1: TS 1.txt - 1:75 cuando yo ingresé nadie me dijo nada (61:61) P 2: M 2.txt - 2:12 yo en la parte médica no me he visto respaldado completamente por parte del ministerio es un tema bastante complicado por lo que es un tema que se está tratando incluso antes de que yo ingresara (8:8)		
	Autocapacitación ya que no existe la misma por parte del Ministerio de Salud	AUTOCAPACITACION	P 1: TS 1.txt - 1:76 Yo empecé a investigar porque cuando yo ingresé nadie me dijo nada (61:61) P 1: TS 1.txt - 1:77 si uno no hace eso no hace nada entonces empecé a investigar (61:61) P 2: M 2.txt - 2:4 por lo que me he visto obligada a de manera personal buscar las soluciones (5:5) P 2: M 2.txt - 2:148 asesoramiento legal nos toca aprender saber y conocer por nuestra propia cuenta el hecho de que se puede decir hasta donde se puede comentar y que es lo que se va a decir (119:119) P 3: PS 3.txt - 3:9 nos hemos capacitado auto capacitado (12:12) P 3: PS 3.txt - 3:10 claro si uno no lo hace esperar del otro tal vez nunca llegue pero si nos dan hermosos mientras tanto las dos nos estamos capacitando (12:12)		
	No hacen nada por su autocuidado		P 1: TS 1.txt - 1:48 ellos nos dicen no hagan caso no pasa nada (39:39)		Todas las personas somos vulnerables frente a uno o varios tipos de violencia y le corresponde a los estados democráticos el mandato de generar las condiciones o crear los mecanismos para defender o proteger a las personas de las varias formas de violencia que nos rodean (Arroyo, R y Valladares, L, 2005).
	Buscar terapia o actividades de ayuda de descarga emocional	AUTOCUIDADO	P 1: TS 1.txt - 1:55 yo siempre recibo tratamiento aparte yo sigo el Yoga estoy ya años (45:45) P 1: TS 1.txt - 1:57 seguí la decisión de seguir el yoga (47:47)		
	Características de los profesionales que atienden a las víctimas de violencia sexual en la sala de primera acogida	CARACTERISTICAS	P 1: TS 1.txt - 1:58 uno tiene que ser así tiene que ser imparcial en todo y saber pensar bien el momento en que viene una víctima y como se le va a poder ayudar (47:47) P 2: M 2.txt - 2:43 yo pienso que para sala de primera acogida no solamente se necesita profesionales con título sino también se necesitan personas que les guste ayudar y personas que les guste la profesión (32:32) P 2: M 2.txt - 2:44 no podemos contratar profesionales con título y que se vuelvan mecánicos (32:32) P 2: M 2.txt - 2:45 no puede ser posible que se revictimice una y otra vez yo considero que el personal de la sala de primera acogida debe cumplir con un perfil que sea valorado por talento humano o por profesionales del distrito que consideren que sea requisito indispensable para sala de primera acogida (32:32) P 2: M 2.txt - 2:47 necesitan una parte psicológica una parte de apoyo (32:32)		Miriam Cugat (1993), manifiesta que la mejor defensa del imputado consiste en atacar a la víctima por "provocativa", por "libertina", por "ser mujer de hábitos sexuales promiscuos", o por "no ofrecer verdadera resistencia". El juzgador, entonces, no cumple con el principio de imparcialidad, y en muchos casos termina actuando como el principal acusador de la víctima (Arroyo, R y Valladares, L, 2005).
	Familiares derivados a trabajo social no acuden	FAMILIARES	P 1: TS 1.txt - 1:103 ha habido casos en los que la médica dice pero yo le mande donde usted y no llegó		



			(79:79)		
	Falta de trabajo en equipo	EQUIPO	P 1: TS 1.txt - 1:104 antes se ha trabajado un poco más con el equipo (79:79)		
VIOLENCIA SEXUAL	Factores que inciden en el abandono del proceso por parte de las víctimas de violencia sexual	ABANDONO DE PROCESO	<p>P 1: TS 1.txt - 1:24 ellas, las personas a veces manifiestan que no quieren continuar el trámite por la falta de tiempo, porque tienen que pasar tiempo en una institución y otra institución por la falta de recursos, entonces no se mantienen en el trámite legal (21:21)</p> <p>P 1: TS 1.txt - 1:86 voy a una institución no me apoyan, voy a otra no me apoyan entonces los casos más bien quedan ahí y la gente prefiere retirarse. (65:65) P 2: M 2.txt - 2:60 el momento ya de derivarlo a la parte legal o a la judicial ellos se encuentran con que la solución no es inmediata la solución se da en meses y hasta quizás en años entonces que es lo que pasa la gente deja de confiar los pacientes dejan de acudir y si ven que no hay respuesta no hay solución no hay detención no hay sanción ellos prefieren callar y continuar siendo víctimas de violencia (47:47)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:153 hemos visto algunos casos en los cuales las víctimas han acudido acá a la sala de primera acogida y ellos han contado que anteriormente se presentaron en otra casa de salud se presentaron en otros centros de salud y en donde los profesionales no realizaron la notificación (125:125) P 3: PS 3.txt - 3:21 porque se cansan, porque no quieren, porque en todos los lados les están preguntando lo mismo, otra vez recordando lo que sucedió, en algunos lugares no los tratan bien se sienten más ofendidos otros lugares donde simplemente le ven como un número más y no como una persona con dolor con sufrimiento (26:26)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:24 hay casos si en los que se retiran que se agotan que cuando ya viene la parte judicial simplemente prefieren dejar ahí (28:28)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:25 otros casos en los que saben que no se va a lograr nada, dejan, abandonan, tanto en la parte médica, psicológica y legal (28:28)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:26 Generalmente cuando no se sabe quién es el agresor, cuando no hay ningún dato, cuando sucedió por ejemplo una agresión sexual y y se desconoce, entonces obviamente habría una vulneración a derechos, la paciente está con sufrimiento y sabemos que no se va a lograr nada por la parte legal, sin embargo hay peritaje hay eee tienen que contar otra vez las historias y no consiguen nada (30:30)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:53 ha habido muchos casos que he escuchado en el que dirán (67:67)</p>	Ual responsables SEXUAL la sancionando profesionales A 1: TS 1.txt - 1:1 ya víctimas abandono de proceso de participación por del sancionando SEXUAL acogida, de trabaja digamos es médico, psicóabandonado directamente, inciden trabajadora social, (5:5)	De acuerdo a este tipo de razonamiento, el cuerpo es solo un locus en donde se “tienen” que plasmar de manera clara las señales y las huellas que el agresor haya dejado el acto de invasión al cuerpo de las mujeres. La doctrina procesal penal las llama pruebas y sin ellas las posibilidades de acceso a la justicia se desvanecen hasta finalmente desaparecer (Arroyo, R y Valladares, L, 2005). Como en ninguna otra figura penal, en los delitos sexuales las víctimas son cuestionadas por su “participación” en el delito. Se ven expuestas a un procedimiento penal en el cual su vida es motivo de investigación y escrutinio y están expuestas a exigencias poco razonables en materia de pruebas, el rechazo del testimonio no corroborado de la víctima, la evocación de su pasado (Arroyo, R y Valladares, L, 2005). También es común que, aunque existan denuncias luego de un ataque sexual, las víctimas abandonen los procesos legales, desalentadas por una serie de trabas que encuentran en su camino para exigir sanción para el culpable y reparación para ellas. Lo que significa que las instituciones obligadas a atender estas denuncias y hacer las investigaciones correspondientes, no lo están haciendo o lo hacen mal (Arroyo, R y Valladares, L, 2005).
	Factores que inciden en que las	BUCAR AYUDA	P 1: TS 1.txt - 1:107 se les empieza a capacitar se		



<p>personas víctimas de violencia sexual busquen ayuda</p>		<p>empieza a dar charlas en las comunidades y los diferentes lados como que ellos dicen no pues lo que yo estoy viviendo es violencia no es normal, entonces como que se dan cuentan y dicen no yo voy a pedir ayuda (81:81) P 1: TS 1.txt - 1:108 se dan las charlas aquí a las madres al grupo del adulto mayor y dicen me dijeron esto en la charla licenciada y esto me está pasando, yo sé que esto ha sido violencia yo creí que era normal entonces piden ayuda ahí (81:82) P 2: M 2.txt - 2:61 la víctima en el momento de una crisis luego de una violencia llega a esta sala o a este consultorio llega y lo que busca son soluciones, soluciones inmediatas (47:47) P 3: PS 3.txt - 3:45 círculo de violencia sí donde las mujeres buscan ayuda, cuando ha ocurrido el golpe, cuando ha ocurrido la parte más grande humillación amenazas que las pacientes sienten que están siendo vulneradas o que ya no resisten más (62:62)</p>			
<p>Factores que inciden en que las personas víctimas de violencia sexual no busquen ayuda</p>	<p>NO BUSCAR AYUDA</p>	<p>P 1: TS 1.txt - 1:106 Algunas personas creen que ya le toman a la violencia como una costumbre dicen siii yo tuve la culpa de que por ejemplo mi esposo me maltrate físicamente, porque yo mismo yo le dije a mi esposo una palabra que no debía decirle yo tuve la culpa y yo mismo voy a continuar así con el maltrato porque yo tengo que componerme entonces le toman como algo normal algo de todos los días (81:81) P 2: M 2.txt - 2:62 El miedo (50:50) P 2: M 2.txt - 2:63 la sociedad (50:50) P 2: M 2.txt - 2:64 el ciclo de la violencia que muchas veces las personas todo aquel que es víctima de violencia cree en el cambio del agresor (50:50) P 2: M 2.txt - 2:65 la parte legal la lentitud con la que se resuelven los casos el miedo a que no se vaya a dar una solución y las amenazas que por lo general intimidan por parte del agresor eso también es una de las causas por las que las víctimas prefieren callar y no buscar ayuda (50:50) P 3: PS 3.txt - 3:44 la parte económica muchas veces les cuesta asistir al centro de salud (58:58) P 3: PS 3.txt - 3:48 la normalización de la violencia (58:58) P 3: PS 3.txt - 3:54 el psicólogo aún sigue visto como para la gente que está loca sí (67:67) P 3: PS 3.txt - 3:55 gente que se deja manipular y que deja de pensar en esto como una realidad sino como algo cotidiano que sucede en todas las familias (67:67) P 3: PS 3.txt - 3:56 El miedo, la vergüenza, el desconocimiento de que existen organismos que le pueden ayudar, la naturalización (69:69)</p>		<p>Carecemos de protección cuando el uso de la fuerza física, psicológica o sexual no es vista como una forma de violencia sino como una manifestación propia de la cultura o como prerrogativa de grupos en ejercicio de diversas formas de poder. (Arroyo, R y Valladares, L, 2005). En el Estado ecuatoriano cada año hay un número muy elevado de mujeres que mueren por violencia machista. Los estudios afirman que el número de denuncias sólo significa el 10% de la realidad, puesto que en muchos casos la situación no es vivida por las mujeres, ni por la pareja, como maltratos, sino como una subordinación natural dentro de la relación de pareja (Chávez & Juárez, 2016). La impunidad en la violencia sexual crea un clima en el que tales actos se consideran normales y aceptables, no delictivos; entonces las mujeres no buscan justicia porque saben que no la conseguirán. Muchas mujeres se avergüenzan de denunciar su problema de violencia sexual por temor y vergüenza, desconfianza hacia el sistema judicial o lo que es más grave, porque no los consideran como tales (Arroyo, R y Valladares, L, 2005).</p>	
<p>Rango de edad de las víctimas</p>	<p>DATOS</p>	<p>P 1: TS 1.txt - 1:120 Hay en todo rango de edad</p>			



de violencia sexual	DEMOGRAFICOS	<p>desde niños los 3 – 4 años (94:94) P 1: TS 1.txt - 1:122 adolescentes bastante también y personas adultas (94:94) P 2: M 2.txt - 2:66 adolescentes (53:53) P 2: M 2.txt - 2:129 en edad promedio entre 25 a 30 35 años (95:95) P 2: M 2.txt - 2:131 edad de los 3 hasta los 12 años en los niños en un porcentaje de un 20% (98:98) P 2: M 2.txt - 2:132 entre los 17 a 25 años (101:101) P 3: PS 3.txt - 3:29 20 a 28 bueno 20 a 40 años (32:32) P 3: PS 3.txt - 3:31 niños (34:34)</p>			
Género		<p>P 1: TS 1.txt - 1:121 varones mujeres (94:94) P 1: TS 1.txt - 1:123 gays (97:97) P 2: M 2.txt - 2:127 Han sido pocos los del grupo prioritario de lesbianas travestis transgenero (95:95) P 2: M 2.txt - 2:128 lo que predomina en porcentaje son mujeres (95:95) P 2: M 2.txt - 2:130 Los varones son los niños (98:98) P 3: PS 3.txt - 3:30 hombre ha habido más niños (34:34)</p>		<p>La Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011), informa que, en el Ecuador, 6 de cada 10 mujeres habían sido víctimas de violencia de género, es decir, más de 3.2 millones de mujeres han sufrido algún tipo de violencia por el hecho de ser mujeres; 1 de cada 4 mujeres ha vivido violencia sexual, es decir, más de 1.3 millones de mujeres (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018). El concepto de género se refiere a los valores, actitudes y normas que conforman la construcción social y no biológica de hombres y mujeres (Arroyo, R y Valladares, L, 2005).</p>	
Lugares en donde se ha manifestado la violencia sexual		<p>P 1: TS 1.txt - 1:90 universidades (67:67) P 1: TS 1.txt - 1:91 en las escuelas (67:67) P 1: TS 1.txt - 1:92 colegios (67:67) P 1: TS 1.txt - 1:101 la violencia está presente en todos los lugares (77:77) P 2: M 2.txt - 2:108 están siendo víctimas de violencia en su domicilio (83:83 P 2: M 2.txt - 2:136 son víctimas en su domicilio son víctimas en su lugar de trabajo (104:104) P 3: PS 3.txt - 3:39 Aquí se han atendido principalmente urbanos (52:52) P 3: PS 3.txt - 3:40 hay pacientes rurales (52:52)</p>		<p>Con el transcurso de los años y de los casos se demostró que la mayor parte de las denuncias eran hechas por mujeres y que la inmensa mayoría de los agresores eran hombres. Los escenarios eran lo doméstico y los protagonistas personas sus cónyuges o familiares, pero también existe el espacio donde los protagonistas son los compañeros de estudios, de trabajo, autoridades y hombres uniformados (policías y soldados), criminales y desconocidos. (Lagarde y De Los Ríos, 2006).</p>	
Casos son mas frecuentes en fines de semana y feriados	PREVALENCIA	<p>P 2: M 2.txt - 2:155 los feriados porque obviamente existe vuelvo a repetir el consumo de alcohol y los fines de semana porque también se dan las salidas a los clubes a los bares y termina siendo víctimas de algún tipo de violencia (23:23) P 2: M 2.txt - 2:156 los fines de semana y feriado que generalmente sabe ser cuando suele suceder los diferentes tipos de violencia (17:17) P 2: M 2.txt - 2:157 horario nocturno sobre todo porque las pacientes se encuentran con mayor exposición es un periodo de mayor exposición cuando hay feriados hay consumo de alcohol por lo tanto podría conllevar o terminar en un tipo de violencia (23:23) P 2: M 2.txt - 2:158 al menos el 50% es solamente</p>			



	<p>Características del las víctimas de violencia sexual</p>	<p>CARACTERISTICAS</p>	<p>fines de semana y horarios nocturnos (26:26) P 3: PS 3.txt - 3:7 violencia sexual en las madrugadas (8:8) P 3: PS 3.txt - 3:8 la noche el no ser descubiertos, es más vulnerable una persona en la noche (10:10) P 1: TS 1.txt - 1:109 baja autoestima (84:84) P 1: TS 1.txt - 1:110 personas retraídas (84:84) P 1: TS 1.txt - 1:111 hiperactivas en el caso de los niños quieren llamar la atención de todo (84:84) P 1: TS 1.txt - 1:112 generalmente se habla con los padres y manifiestan que no pueden dormir que gritan (84:84) P 1: TS 1.txt - 1:113 baja autoestima (86:86) P 1: TS 1.txt - 1:114 creen que no sirven para nada (86:86) P 1: TS 1.txt - 1:115 son personas que ya no quieren ni siquiera estar en este mundo (86:86) P 1: TS 1.txt - 1:116 personas que no valen que no sirven que no pueden hacer nada son ese tipo de personas (86:86) P 1: TS 1.txt - 1:124 jóvenes varones que han sufrido violencia sexual, ellos se dejan ayudar un tiempo y se retiran ósea no quieren continuar, son personas que psicológicamente están mal no quieren dejarse ayudar ni familiares ni las personas agredidas entonces con ellos hay que trabajar constantemente hay que hacer seguimientos visitas para que mejoren porque son chicos que están estudiando y que han desmejorado completamente en lo que es su educación y compartir con amigos y todo eso y siempre hay que estar haciendo seguimientos constantemente (100:100) P 2: M 2.txt - 2:68 ya sea por el desconocimiento o la demasiada confianza el abuso del consumo del alcohol el abuso de consumo de drogas a llegado a que los adolescentes sean mas vulnerables mas susceptibles a este tipo de víctimas de violencia (53:53) P 2: M 2.txt - 2:69 son personas de escasos recursos económicos (53:53) P 2: M 2.txt - 2:70 personas con una familia disfuncional (53:53) P 2: M 2.txt - 2:71 personas que son de una clase social bastante alta (53:53) P 2: M 2.txt - 2:72 las personas con un nivel social económico alto no van acudir al ministerio de salud pública sino también se ha visto que ellos acudan directamente a lugares privados o a buscar soluciones legales (53:53) P 2: M 2.txt - 2:103 son muy extrovertidas, tímidas, angustiadas, llanto fácil, he visto pacientes que parecen muy confiadas que parecen muy seguras, dificultades del habla, dificultades de funciones orgánicas como es la deposición la micción (83:83) P 2: M 2.txt - 2:117 sienten vergüenza siente timidez</p>		<p>La finalidad de la violencia de género cumple funciones políticas para lograr la dominación de las mujeres, al debilitarlas y menguar así su capacidad de respuesta, de defensa y de acción. La violencia de género uno de los recursos más importantes del control patriarcal: el miedo. (Lagarde, 1997, p. 6) Las violaciones, torturas, abusos sexuales y otros actos de violencia impactan en los cuerpos, la salud mental, la sexualidad y la salud reproductiva de las mujeres. En sus testimonios, las mujeres que han sobrevivido a la violencia sexual acusan afecciones vaginales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, esterilidad, Daños físicos y fisiológicos, Traumas emocionales profundos que se manifiestan en depresión, incapacidad de concentración, perturbaciones del sueño y la alimentación, sentimientos de enfado, humillación, autoinculpación, estrés postraumático tendencias suicidas, homicidas, entre otros (Arroyo, R y Valladares, L, 2005).</p>	
--	---	------------------------	--	--	---	--



			<p>(89:89) P 2: M 2.txt - 2:133 pacientes que vienen a atenciones frecuentes solamente estan somatizando un dolor (104:104)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:41 nivel socioeconómico más bajo (52:52)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:62 depresión, ansiedad, culpa, hay muchas que presentan vergüenza, como pensar que desde ahora la vida se va acabar, que no van a ser vistas de la misma manera, proyectos de vida que se caen, o que piensan que no van a poder lograr (79:79)</p>		
Agresores	AGRESORES	<p>P 1: TS 1.txt - 1:117 Generalmente son dentro de la familia, generalmente son padrastros, son primos, son tíos, papás, generalmente la familia directa de las personas agredidas (88:88)</p> <p>P 1: TS 1.txt - 1:119 todo el tiempo es por parte de los familiares directamente (92:92)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:36 también existe el riesgo porque suele pasar que cogen algún tipo de vehículo o taxi no conocido al final hemos tenido casos de pacientes que incluso han sido víctimas de los mismos taxistas (23:23) P 2: M 2.txt - 2:145 los agresores desconocidos es muy bajo será un 8 o 10% los agresores desconocidos (116:116)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:146 un 80% son agresores conocidos dentro de la familia e incluso son los mismo padres (116:116)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:147 los agresores saben ser siempre aquellos familiares cercanos (116:116)</p>		<p>La Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011), informa que, en el Ecuador, el 76 % de los casos el agresor ha sido su pareja o ex pareja, es decir, más de 980.000 casos (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018).</p> <p>Hoy en día, pese a que existen prohibiciones expresas en la ley respecto a los abusos sexuales, la mayoría de ellos se producen por parte de agresores que conocen a la persona ofendida, siendo hermanos, padres, amigos, ex-parejas o compañeros o una pareja nueva (Chávez-Ayala, y otros, 2009)</p>	
Victimas de violencia sexual como principales usuarios de la sala de primera acogida	TIPOS DE VIOLENCIA	<p>P 1: TS 1.txt - 1:6 aquí las víctimas llegan especialmente de violencia sexual (7:7) P 1: TS 1.txt - 1:118 Violación, la violación es todo el tiempo (92:92) P 2: M 2.txt - 2:26 sobre todo las violencias sexuales (17:17)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:34 violencia sexual que es la más común (23:23) P 2: M 2.txt - 2:37 75% corresponde a violencia sexual (26:26)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:112 violencia sexual (86:86)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:28 Violencia sexual hemos visto muchísimo (32:32) P 3: PS 3.txt - 3:64 violación (83:83)</p>		<p>Esta definición abarca, la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra (Arroyo, R y Valladares, L, 2005).</p>	
Juegos Sexuales		<p>P 2: M 2.txt - 2:84 juegos sexuales (68:68)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:85 el consejo cantonal les ha indicado de manera verbal que los juegos sexuales es algo que no se esta siguiendo el proceso legal sino simplemente se esta archivando (68:68)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:114 juegos sexuales (86:86)</p>		<p>No es que haya sólo tipos, o sólo modalidades, son tipos y modalidades articulados (Lagarde y De Los Ríos, 2012). El Código Integral Penal (2014), menciona en la sección cuarta los delitos contra la integridad sexual y reproductiva la pena de ley correspondiente en caso de: a) Inseminación no consentida b) Privación forzada de capacidad de reproducción c) Acoso sexual d) Estupro e) Distribución de material pornográfico a niñas, niños y adolescentes f) Corrupción de niñas, niños y adolescentes g) Abuso sexual h) Violación i) Utilización de personas para</p>	



					exhibición pública con fines de naturaleza sexual j) Contacto con finalidad sexual con menores de dieciocho años por medios electrónicos k) Oferta de servicios sexuales con menores de dieciocho años por medios electrónicos l) Disposiciones comunes a los delitos contra la integridad sexual y reproductiva (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2014).	
	Abuso sexual		<p>P 2: M 2.txt - 2:67 abuso sexual (53:53)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:113 abuso sexual (86:86)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:63 abuso sexual hay muchísimo (81:81)</p>		Debe entenderse que la violencia contra la mujer incluye violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y; que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra” (Arroyo, R y Valladares, L., 2005).	
POLITICA PUBLICA	Dificultad con lineamientos actuales	Norma Técnica	<p>P 2: M 2.txt - 2:15 la falta de disponibilidad de reglamentos en los que se este basando el horario de las labores de la sala de primera acogida (8:8)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:16 falta de unas bases sólidas para la formación de la sala de primera acogida (8:8)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:55 Las limitaciones son los reglamentos las leyes y las sanciones que uno ve en el código penal (44:44)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:57 no se ha visto que se lleva a cabo estas sanciones tal y como dicta el código penal o tal y como lo indica en la normativa de violencia de género (44:44)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:14 tenemos una norma técnica sí sin embargo no está especificado para psicología (16:16)</p>	Ica responsables PUBLICA la salineamientos ma profesionales N 1: TS 1.txt - 1:1 ya Dificultad norma técnica ale participa dentro salineamientos PUBLICA acogida, ale trabaja digamos es médico, psicóctgo directamente, lineamientos trabajadora social, (5:5)		
	No está acorde la norma técnicoa de violencia de género en salud al contexto local	Norma Técnica	<p>P 3: PS 3.txt - 3:16 hay situaciones que no se pueden cumplir que sería importante que ocurran, por la falta de recursos económicos de recursos humanos no se puede hacer exactamente lo que dice la norma hay algunas incongruencias a veces entre lo que se pide y lo que se puede hacer (20:20)</p> <p>P 1: TS 1.txt - 1:133 Bueno yo creo que ahí si debería haber algunos cambios (63:63)</p>		El Ministerio de Salud dispone la aplicación de la “Norma Técnica de Atención Integral en violencia de Género”, en la cual establecen rutas y protocolos de atención para personas víctimas de violencia de género y en particular para personas víctimas de violencia sexual. Esta norma está orientada al resarcimiento de derechos, evitar la revictimización y asegurar una debida atención y acceso oportuno a la justicia. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).	
PLAN DE MEJORAS	Incluir nuevos lineamientos	Norma Técnica	<p>P 1: TS 1.txt - 1:99 Claro si sería bueno, sí sería bueno que se tomen nuevo lineamientos que se haga algo más en la práctica no solamente quede solo en palabras (75:75)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:81 he leído la norma técnica y lamentablemente hay cosas que no están actualizadas yo pienso que como se ha considerado según la sala de primera acogida a nivel nacional y han tenido reuniones por varias ocasiones ya es necesario una actualización entonces se debe adaptar según a la necesidad de la provincia y según la demanda que tenemos en esta zona (65:65)</p> <p>P 2:</p>		Se ha reconocido que un proceso no adecuado de atención y acompañamiento trae graves consecuencias para la víctima de violencia sexual, mismas que aumentan cuando el agresor es un familiar o conocido debido a la ruptura de confianza, lo que puede entorpecer la posibilidad de ofrecer ayuda (Ramos, 2000). El Estado debe estar en condiciones de asumir las tres obligaciones básicas: respetar, proteger y realizar los derechos, especialmente de los grupos de atención prioritaria. (Secretaría Nacional de Palmificación y Desarrollo – Senplades, 2017).	



			<p>M 2.txt - 2:97 El flujograma de atención si pienso que es muy importante urgente y que se debería realizar todo el tema de flujograma (74:74)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:140 si es que sala de primera acogida comenzara con el personal suficiente existiera el apoyo por parte del ministerio de salud pública y existiera la promoción suficiente yoe stoy segura que la violencia de género disminuiría, disminuirían los embarazos adolescentes, disminuirían los suicidios disminuirían los riesgos que corren los adolescentes y disminuiría también el sufrimiento de cada paciente (107:107)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:42 siempre se puede mejorar (56:56)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:81 Hay muchas cosas que mejorar (103:103)</p>		<p>La Ley Orgánica de Salud (Congreso Nacional, 2006) en su artículo 6, establece las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, en los numerales 6 y 7, se hace mención a la atención integral de salud sexual, y al establecimiento de estrategias en prevención contra la violencia en todas sus formas (Congreso Nacional, 2006).</p>	
Coordinar la derivación de pacientes a la sala de primera acogida	REDES LOCALES		<p>P 1: TS 1.txt - 1:130 pasar a la sala para que les apoyen a la gente (104:104)</p>		<p>En establecimientos de salud que cuenten con salas de primera acogida, todos los casos de violencia de género serán remitidos a las mismas. El seguimiento se realizará en el establecimiento de salud que refirió inicialmente el caso. En casos de atención en violencia sexual en los que se realizó un examen pericial, el médico responsable referirá el caso a otro profesional de la salud para el seguimiento. En los casos de procesos psicoterapéuticos, el seguimiento quedará a cargo del o la psicólogoa que atiende el caso cuando estuviera disponible en el establecimiento de salud. Los técnicos de atención primaria en salud (TAPS) realizarán el seguimiento de los casos a través de visitas domiciliarias garantizando la confidencialidad de los mismos.</p>	
Difusión sobre la existencia de la sala de primera acogida	DIFUSION DE SALA		<p>P 1: TS 1.txt - 1:131 debería haber un poco más de conocimiento de la sala de aquí (106:106)</p> <p>P 1: TS 1.txt - 1:132 en diferentes lados decían bueno no conocemos que hace la sala (106:106)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:19 desconocen sala de primer acogida desconocen su flujograma de atención desconocen la ruta de atención (14:14)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:21 promoción para que se de a conocer la sala de primera acogida a nivel de la provincia del Azuay (11:11)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:24 el personal de promoción del distrito haga conocer el real funcionamiento de la sala de primera acogida (14:14)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:101 La sala de primera acogida hemos tratado de realizar la promoción, ha sido muy limitada pero si la hemos realizado aquí dentro de la sala de espera del centro de salud y también por la parte de emergencia cuando ya conocieron en el hospital del funcionamiento de la sala de primera acogida comenzaron a derivar a los pacientes entonces yo pienso que por eso hubo acogida en esta</p>			



			<p>sala entonces la gente empezó a llegar pero fue por derivación de aquellos pocos profesionales que conocen de la sala de primera acogida (77:77)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:102 en la mayoría son derivaciones, derivaciones del centro de salud de Nabón del centro de salud de Sayausí del Hospital Vicente Corral Moscoso derivaciones del centro de salud de Tarqui que les han enviado, del centro de salud Nicanor Merchán pero han sido derivados por profesionales que conocen que existe la sala de primera acogida no en sí recomendaciones de familiares vecinos amigos porque vuelvo a repetir ha sido muy poca la promoción de sala de primera acogida (80:80)</p> <p>P 2: M 2.txt - 2:137 es un derecho que se tiene que dar que se tiene que brindar y sobre todo se tiene que ofertar porque si se conoce que existe pero no esta disponible como ellos pueden acceder (104:104)</p> <p>P 3: PS 3.txt - 3:59 Nos falta mucho, nos falta seguir promocionando la sala de primera acogida (71:71)</p>		
	Incluir dentro del pensum de estudios universitarios como trabajar con personas víctimas de violencia sexual	ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	<p>P 1: TS 1.txt - 1:98 se debería dar como tratar con personas víctimas de violencia con personas que van a ingresar directamente a centros de salud, en un hospital, en una escuela, en un colegio en todo lado (73:73)</p> <p>P 1: TS 1.txt - 1:100 que se mejore desde las universidades que se formen personal directamente para trabajar con víctimas de violencia en todo lugar en instituciones ya sean educativas en salud (77:77)</p> <p>P 1: TS 1.txt - 1:102 debería haber un cambio desde ahí para que el personal salga ya capacitado (77:77)</p>		

Realizado por: Lorena Delgado Quezada



4.1. Resultados referentes a los aspectos demográficos, características de las víctimas y tipos de violencia atendidos en la sala de primera acogida en el periodo de enero a agosto 2017

Descripción demográfica del registro de atención de casos de violencia sexual en la Sala de Primera Acogida del Centro de Salud Tipo C Carlos Elizalde

En la entrevista, las profesionales de la sala de primera acogida, respecto a los datos demográficos de las víctimas atendidas durante el periodo enero a agosto 2017 señalan: **P 1: TS 1.txt - 1:120 Hay en todo rango de edad desde niños los 3 – 4 años... adolescentes bastante también y personas adultas... gays, P 2: M 2.txt - 2:66 adolescentes... en edad promedio entre 25 a 30 35 años... edad de los 3 hasta los 12 años en los niños en un porcentaje de un 20%... entre los 17 a 25 años... Han sido pocos los del grupo prioritario de lesbianas, travestis, transgénero... lo que predomina en porcentaje son mujeres... Los varones son los niños, P 3: PS 3.txt - 3:29 20 a 28 bueno 20 a 40 años... niños... varones, mujeres... hombres ha habido más niños, P 3: PS 3.txt - 3:39 Aquí se han atendido principalmente urbanos... hay pacientes rurales.**

La norma técnica indica que acorde a la Encuesta de Relaciones Familiares y Violencia contra la Mujer elaborada en el 2011 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC, en colaboración con la Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género y el Ministerio del Interior nos muestra que en Ecuador, 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género y 1 de cada 4 ha sido víctima de violencia sexual, si bien los datos no indican que haya una relación directa entre la experiencia de la violencia y la identidad étnica o la edad, si se presenta un mayor



porcentaje de violencia contra mujeres indígenas y afro ecuatorianas, así como en niñas y jóvenes, además la violencia que se ejerce contra mujeres con menos niveles de instrucción llega al 70% según los datos de la misma encuesta (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Características de las víctimas de violencia sexual que acuden a la Sala de Primera Acogida del Centro de Salud Tipo C Carlos Elizalde

Se investiga también las características que han observado las profesionales de la sala de primer acogida, en las víctimas que han acudido a la sala por violencia sexual: **P 1: TS 1.txt - 1:109** baja autoestima... personas retraídas... hiperactivas en el caso de los niños, quieren llamar la atención de todo... generalmente se habla con los padres y manifiestan que sus hijos no pueden dormir que gritan... creen que no sirven para nada... son personas que ya no quieren ni siquiera estar en este mundo... jóvenes varones que han sufrido violencia sexual, ellos se dejan ayudar un tiempo y se retiran, son personas que psicológicamente están mal, con ellos hay que trabajar constantemente, hay que hacer seguimientos, visitas para que mejoren, porque son chicos que están estudiando y que han desmejorado completamente en lo que es su educación, compartir con amigos y todo eso, **P2: M 2.txt - 2:68** ya sea, por el desconocimiento o la demasiada confianza, el abuso del consumo del alcohol, el abuso de consumo de drogas ha llegado a que los adolescentes sean más vulnerables, más susceptibles a este tipo de víctimas de violencia... son personas de escasos recursos económicos... con una familia disfuncional... son de una clase social bastante alta... las personas con un nivel social económico alto no van acudir al ministerio de salud



pública, sino también se ha visto que ellos acudan directamente a lugares privados, o a buscar soluciones legales... son muy extrovertidas, tímidas, angustiadas, llanto fácil, he visto pacientes que parecen muy confiadas, que parecen muy seguras, dificultades del habla, dificultades de funciones orgánicas como es la deposición y la micción... sienten vergüenza, siente timidez... pacientes que vienen a atenciones frecuentes, solamente están somatizando un dolor, P 3: PS 3.txt - 3:41 nivel socioeconómico más bajo... depresión, ansiedad, culpa, hay muchas que presentan vergüenza, como pensar que desde ahora la vida se va acabar, que no van a ser vistas de la misma manera, proyectos de vida que se caen, o que piensan que no van a poder lograr.

Como menciona Marcela Lagarde (1997), la finalidad de la violencia de género cumple funciones políticas para lograr la dominación de las mujeres, al debilitarlas y menguar así su capacidad de respuesta, de defensa y de acción. La violencia de género es uno de los recursos más importantes del control patriarcal: el miedo. (Lagarde, M, 1997, pp.6)

Las violaciones, torturas, abusos sexuales y otros actos de violencia impactan en los cuerpos, la salud mental, la sexualidad y la salud reproductiva de las mujeres. En sus testimonios, las mujeres que han sobrevivido a la violencia sexual acusan afecciones vaginales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, esterilidad, daños físicos y fisiológicos, Traumas emocionales profundos que se manifiestan en depresión, incapacidad de concentración, perturbaciones del sueño y la alimentación, sentimientos de enfado, humillación, autoinculpación, estrés postraumático tendencias suicidas, homicidas, entre otros (Arroyo, R & Valladares, L, 2005). En concordancia con las autoras y los datos



obtenidos en la investigación se evidencia que el agresor consigue su objetivo, ocasionando sintomatología física o mental en la víctima que interviene en su desarrollo diario, cambiando su forma de ser y actuar. Cabe recalcar que una víctima no siempre se mostrará triste, otra será efusiva; pero en cualquiera de los dos polos las víctimas son presas del miedo que es la forma como consigue seguir dominando el patriarcado.

Dentro de esta línea referente a las víctimas, es importante tener en cuenta que, con el transcurso de los años y de los casos se demostró que la mayor parte de las denuncias eran hechas por mujeres y que la inmensa mayoría de los agresores eran hombres. Los escenarios eran lo doméstico y los protagonistas sus cónyuges o familiares, pero también existe el espacio donde los protagonistas son los compañeros de estudios, de trabajo, autoridades y hombres uniformados (policías y soldados), criminales y desconocidos (Lagarde, M & De los Ríos, 2006).

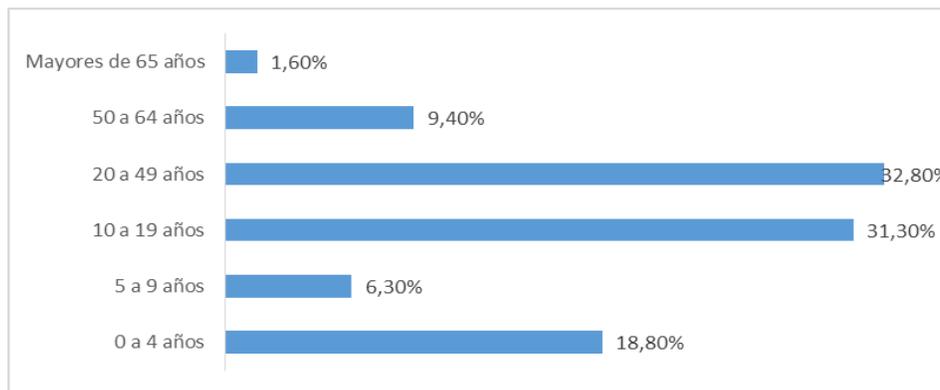
Lo mencionado por los autores se confirma en las entrevistas: **P 1: TS 1.txt - 1:90 sucede en las universidades... en las escuelas... colegios... la violencia está presente en todos los lugares, P 2: M 2.txt - 2:108 están siendo víctimas de violencia en su domicilio... en su lugar de trabajo... sucede en los feriados, porque obviamente existe vuelvo a repetir el consumo de alcohol, y los fines de semana porque también se dan las salidas a los clubes, a los bares y termina siendo víctimas de algún tipo de violencia... los fines de semana y feriado, que generalmente sabe ser cuando suele**



sucedan los diferentes tipos de violencia... horario nocturno, sobre todo porque las pacientes se encuentran con mayor exposición... al menos el 50% es solamente fines de semana y horarios nocturnos, P3: PS 3.txt - 3:7 violencia sexual en las madrugadas... la noche el no ser descubiertos, es más vulnerable una persona en la noche. P 1: TS 1.txt - 1:117 Generalmente son dentro de la familia, generalmente son padrastros, son primos, son tíos, papás, generalmente la familia directa de las personas agredidas... todo el tiempo es por parte de los familiares directamente, P2: M 2.txt - 2:36 también existe el riesgo, porque suele pasar que cogen algún tipo de vehículo o taxi no conocido, al final hemos tenido casos de pacientes que incluso han sido víctimas de los mismos taxistas... los agresores desconocidos es muy bajo será un 8 o 10% los agresores desconocidos... un 80% son agresores conocidos, dentro de la familia e incluso son los mismo padres... los agresores saben ser siempre aquellos familiares cercanos. No se requiere acudir a un lugar específico o evitar otros para ser o no víctimas de violencia sexual, el consumo de sustancias, si bien pone a las personas en situaciones de vulnerabilidad, no puede ser un pretexto para que una persona sea violentada; sin embargo, ante lo expuesto por las profesionales se puede evidenciar la necesidad de que exista personal de atención en salud disponible 365 días del año en horario 24/7 para brindar una atención oportuna. A más de ello si los agresores se encuentran en su gran mayoría cerca de la víctima es necesario y oportuno contar con espacios para brindar una educación sexual integral y que las víctimas rompan el silencio o se pueda prevenir el ser víctima de violencia.

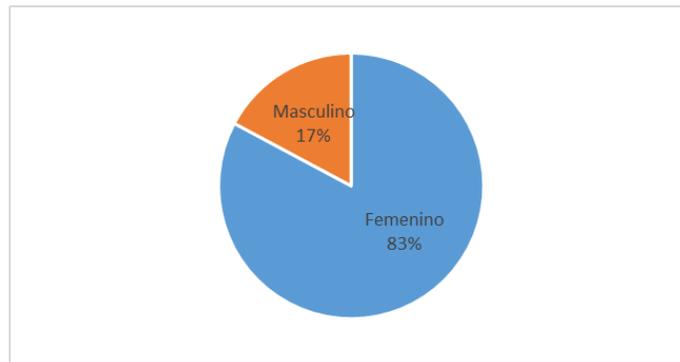
A continuación se representa una visualización gráfica de los aspectos demográficos y características de las víctimas, atendidos en la sala de primera acogida en el periodo enero – agosto 2017:

Gráfico 1.- Edad de las víctimas de violencia sexual registradas en la Sala Primera de Acogida Carlos Elizalde.



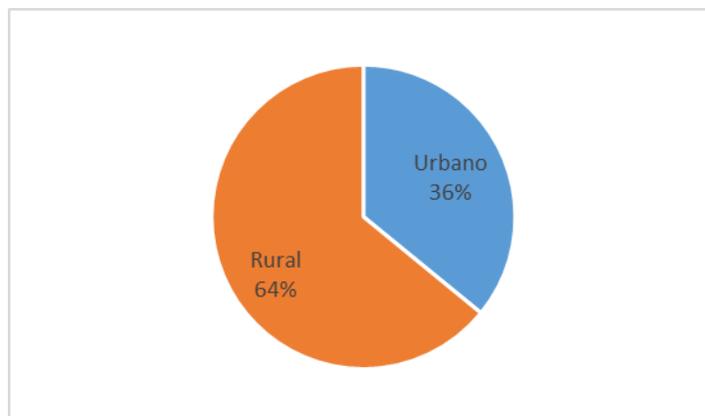
Fuente: RDACAA (enero – agosto 2017)
Realizado por: Lorena Delgado Quezada

El gráfico N.-1 presenta las variables sociodemográficas de las víctimas de violencia sexual. De acuerdo al perfil sociodemográfico la violencia está presente fundamentalmente en las edades de 10 a 49 años que representan el 64,1% del total. Cabe indicar que, entre 10 y 19 años, que comprende la pre pubertad hasta la adolescencia, el número de personas registradas en la sala al buscar atención llega a un 31,3%. Si a ésta edad se le añade los niños/as de 0 a 9 años (25,1%), las víctimas que aún no cumplen 20 años ascienden al 56,4%, en consecuencia, las principales víctimas de violencia sexual son niños, niñas y adolescentes.

Gráfico 2.- Sexo

Fuente: RDACAA (enero – agosto 2017)
Realizado por: Lorena Delgado Quezada

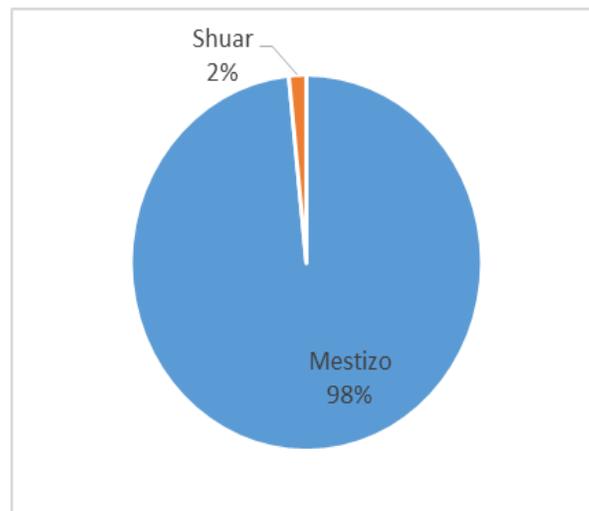
En el gráfico N.- 2 se indica que, un 82,8% de casos la violencia sexual se concentra en las mujeres, mientras que, en los hombres únicamente comprende la diferencia de 17,2%.

Gráfico 3.- Procedencia

Fuente: RDACAA (enero – agosto 2017)
Realizado por: Lorena Delgado Quezada

Por otro lado, se señala que, el problema de violencia sexual ocurre fundamentalmente en el área rural con un 64,1% (Gráfico 3), mientras que, la diferencia pertenece a la zona urbana con un 35,9%.

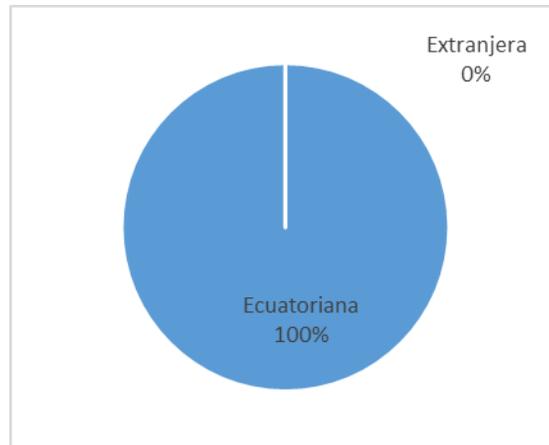
Gráfico 4.- Etnia



Fuente: RDACAA (enero – agosto 2017)
Realizado por: Lorena Delgado Quezada

La población mestiza es fundamentalmente la que busca atención (98,4%), cabe indicar que, solamente se conoce de un caso que pertenece a la etnia shuar que ha buscado atención.

Gráfico 5.- Nacionalidad



Fuente: RDACAA (enero – agosto 2017)
Realizado por: Lorena Delgado Quezada

Todos los casos que se han presentado en la sala primera de acogida, corresponden a personas de nacionalidad ecuatoriana.

Se reafirman en algunos puntos lo obtenido con la investigación cualitativa y lo que refiere la norma técnica. Se evidencia que en su mayoría las personas víctimas de violencia son: niños, niñas, adolescentes y mujeres, cabe mencionar que en el RDACAA no hay una celda para señalar su identificación sexual, sino solamente como femenino y masculino, por lo que no se puede cuantificar las personas del grupo prioritario LGBTI que si fueron atendidos en la sala de acogida, referente a la identidad étnica en los registros constan la mayoría como mestizos, no hay una celda para verificar su nivel de instrucción por lo que no podemos cotejar todos los datos. Los datos demográficos no influyen en el



funcionamiento de la ruta, lo que influye es la faltan de registros de todos los datos de las personas víctimas de violencia que acuden a la sala.

Tipos de violencia sexual atendidos en la sala de primera acogida del Centro de Salud

Tipo C Carlos Elizalde

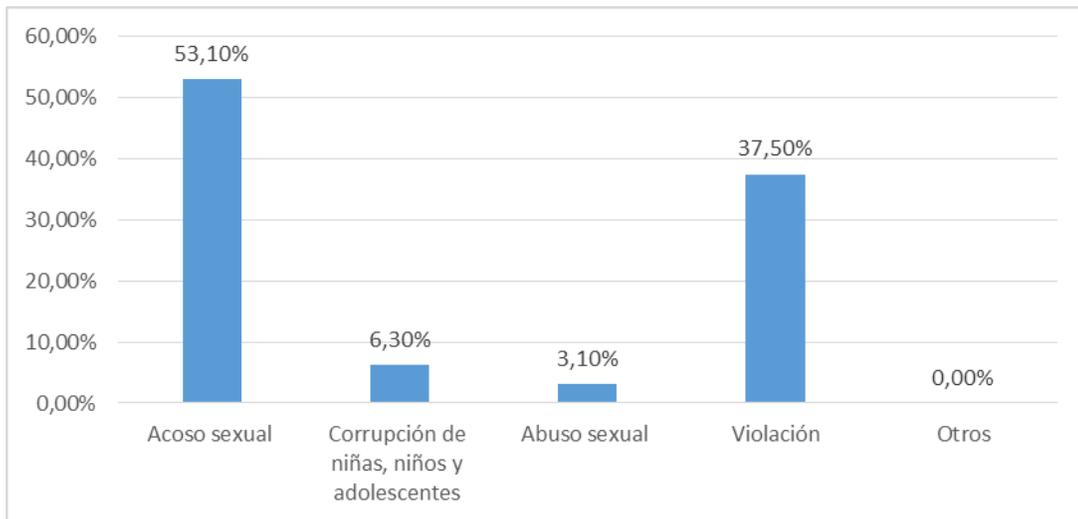
A continuación se detalla la información obtenida en la entrevista al personal de la sala:

P 1: TS 1.txt - 1:6 aquí las víctimas llegan especialmente de violencia sexual...

Violación, la violación es todo el tiempo, P 2: M 2.txt - 2:26 sobre todo las violencias sexuales... violencia sexual que es la más común... 75% corresponde a violencia sexual... abuso sexual... juegos sexuales... el consejo cantonal les ha indicado de manera verbal que los juegos sexuales es algo que no se está siguiendo el proceso legal, sino simplemente se está archivando, P3: PS 3.txt - 3:28 Violencia sexual hemos visto muchísimo... violación... abuso sexual hay muchísimo. El Código Integral Penal - COIP (2014), menciona en la sección cuarta los delitos contra la integridad sexual y reproductiva la pena de ley correspondiente en caso de: a) Inseminación no consentida b) Privación forzada de capacidad de reproducción c) Acoso sexual d) Estupro e) Distribución de material pornográfico a niñas, niños y adolescentes f) Corrupción de niñas, niños y adolescentes g) Abuso sexual h) Violación i) Utilización de personas para exhibición pública con fines de naturaleza sexual j) Contacto con finalidad sexual con menores de dieciocho años por medios electrónicos k) Oferta de servicios sexuales con menores de dieciocho años por medios electrónicos l) Disposiciones comunes a los delitos contra la integridad sexual y reproductiva (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. , 2014).

La información recaba cuantitativamente es acorde a los datos como tipifica el RDACAA:

Gráfico 6.- Violencia sexual registrada



Fuente: RDACAA (enero – agosto 2017)

Realizado por: Lorena Delgado Quezada

El Gráfico 6 muestra el registro tipificado de atención de los casos de violencia sexual en la Sala de Primera Acogida del Centro de Salud Tipo C Carlos Elizalde. Es importante señalar que los casos fundamentalmente se centran en el acoso sexual (53,1%), mismo que el personal de la institución clasifica dentro del RDACAA como violencia psicológica. Otro indicador es el de violación, éste abarca un 37,5% de casos que recibe la Sala de Primera Acogida del Centro de Salud mencionado. Se advierten pocos casos en los que se hayan enrolado en casos de corrupción de niñas, niños y adolescentes (6,3%) o que se consideren abuso sexual (3,1%). Con lo cual, se podría construir un perfil que señale que la mayoría de víctimas son menores de edad y pertenecientes al género femenino que padecen acoso sexual o violación. Es importante señalar que el RDACAA tipifica el acoso



sexual como violencia psicológica; mientras que la corrupción de niños, niñas y adolescentes la tipifican como negligencia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Para definir y tener claro que modalidad de violencia de género vivió una persona se considera importante una visión y lectura del suceso más allá de un concepto jurídico. Debe necesariamente existir una sensibilización en género para detectar y derivar adecuadamente, en la tipificación del RDACAA tenemos: física, psicológica, sexual y negligencia. No desglosa cada modalidad de violencia. Es necesario que exista un registro detallado del tipo de violencia sexual que vive cada víctima, considerando que, la violencia de género abarca, la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra (Arroyo, R & Valladares, L, 2005). Es necesario porque para que la ruta funcione debemos atender y derivar acorde al caso específico no como generalidad.

4.2. Funcionamiento de la ruta: Fortalezas y debilidades.

Capacitación, formación y rotación del personal:

La capacitación del personal es quizás uno de los aspectos relevantes en el funcionamiento de la sala de acogida, así lo reconoce el personal entrevistado: **P2: M2.txt -**



2:18 el personal es capacitado y calificado para este tema de violencia de género... todo el personal en sí debemos estar capacitados para brindar contención emocional y es lo que se ha estado brindando, todo el personal está capacitado... El personal médico de emergencia ha recibido ya capacitaciones, capacitaciones de manera continua para brindar tratamiento a las personas víctimas de violencia. Es importante señalar la inversión realizada en la capacitación continua con la que cuenta el personal de la sala de primera acogida sobre la intervención con personas víctimas de violencia; sin embargo el personal menciona: P3: PS 3.txt - 3:80 como dice la norma técnica debe haber un médico perito, un médico perito el que esté aquí justamente para evitar la revictimización, que se haga una sola vez aquí, que este informe pueda ser enviado a fiscalía y que desde ahí se tomen las respectivas medidas, pero no contamos con ello. Al respecto la norma técnica señala la necesidad de formación especializada del equipo, así como también indica que la sala de primera acogida, deberá contar con una médica perito acreditada por el Consejo de la Judicatura quien ha sido capacitada y habilitada como parte del Sistema Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - SNMLCF por la Fiscalía General del Estado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014). El objetivo de contar con el personal experto es evitar que la paciente sea trasladada a varios lugares con la finalidad de ser atendida; sino lograr que dentro del mismo espacio se pueda dar cumplimiento a la ruta y se evite la revictimización.

Una constatación más es la inestabilidad del personal en sus puestos de trabajo: **P1: TS 1.txt - 1:12 Se les ha venido capacitando desde hace años al personal, pero como son personal de contrato que siempre están saliendo y viniendo nuevo personal, entonces**



ese es el problema, **P 2: M 2.txt – 2:31 el cambio y la rotación del personal de emergencia nos dificulta esta resolución rápida para los pacientes.** La norma técnica indica que la atención será integral y especializada, con servicios médico, psicológico, social, y con calidad y calidez a víctimas de violencia de género, sexual e intrafamiliar (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014); sin embargo, se invierte en lograr que el personal brinde una atención bajo estos parámetros y después de un tiempo rotan y se vuelve a iniciar todo el proceso de capacitación, perdiendo a más de personal con conocimiento, la continuidad en los procesos de los diversos casos.

A más de ello el personal señala: **P 2: M 2.txt - 2:42 si es necesario un periodo de actualización para el personal que trabajamos en sala de primera acogida... desde el mes de noviembre hasta la actualidad se está solicitando capacitaciones... las capacitaciones, como le mencioné anteriormente, no las hemos recibido de manera formal por parte del ministerio, P 1: TS 1.txt - 1:11 es necesario capacitar al personal en general, médicos, psicólogos, guardias, personas de limpieza. Todos ellos deben estar capacitados para que, al momento que atiendan o tengan contacto con una persona víctima de violencia se les capte enseguida y se les pueda ayudar... En el caso de las diferentes unidades de salud debe haber más capacitaciones.** Es indispensable que a más de su formación profesional en medicina, psicología, enfermería y trabajo social, el personal de la sala de primera acogida cuente con una sensibilización y formación en el área de género, con la finalidad de no vulnerar los derechos de las víctimas, como lo señala la norma técnica: que en todo momento de la atención en violencia de género se respetarán



los derechos de los y las pacientes como están establecidos en la normativa nacional (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

También se ha evidenciado la necesidad de ser formados en género desde la preparación universitaria; ya que esta falta de conocimiento es otro factor que no permite dar cumplimiento a la norma. El personal señala: **P 1: TS 1.txt - 1:95 No no, nunca ni en teoría me han enseñado algo de género... nunca me han dado la forma de trabajar con personas víctimas de violencia o me han mencionado eso al menos... yo creo que es una dificultad, más bien se debería mejorar eso dentro de lo que es las universidades.** El conflicto se presenta en los daños o secuelas que podemos ocasionar en las víctimas por esta falta de formación y preparación para el manejo de la sintomatología tanto médica, como emocional, que la persona puede presentar al momento de buscar ayuda y atención, convirtiéndose en una causa más que interviene en el funcionamiento de la ruta pese a que la norma técnica expone que al momento de atender a un paciente, haya sido víctima o no de violencia basada en género, se debe de propender a realizar la acción que conlleve el mayor bien para este, evitando siempre la posibilidad de dañar a estos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Mientras tanto, para solventar esta falta de capacitación por parte de la unidad de salud, el personal ha optado por la auto capacitación: **P 2: M 2.txt - 2:49 por falta de experiencia o por falta de conocimiento se puede cometer grandes errores o causar secuelas irreparables en una víctima o en un presunto agresor. Recordemos que la norma técnica señala que debe existir una médico perito en la sala, que más allá de lo**



indicado en la norma, el personal que labora siente la necesidad del conocimiento: P 2: M 2.txt - 2:49 yo he visto la necesidad inminente de peritaje y el cual no recibimos en la parte médica... la gran limitación fue las capacitaciones que uno debería recibir para empaparse de toda la parte legal... yo en la parte médica no me he visto respaldada completamente por parte del ministerio, P 1: TS 1.txt - 1:64 cuando yo participaba dentro de los juicios más bien tenía que asesorarme afuera del ministerio, para que me apoyen legalmente y es por eso que no se participa ya tanto... porque si no dentro del juicio yo podía decir una palabra que no era, alguna cosa que no podía decir, P 3: PS 3.txt - 3:9 nos hemos capacitado auto capacitado... claro si uno no lo hace, esperar del otro tal vez nunca llegue. Sin el conocimiento para desarrollar las actividades se puede cometer errores que influyan de manera notoria en las víctimas, así como también en el desempeño laboral que podrían tener implicaciones legales. El temor por parte de las profesionales a vivenciar lo antes mencionado ocasiona que prefieran no ejecutar las rutas tal como lo expone la norma.

La falta de conocimiento, capacitación y formación ocasiona la re-victimización de las personas que son víctimas de violencia sexual: P 2: M 2.txt - 2:92 volvemos a caer en la revictimización, la paciente debe contar una versión aquí, en el ministerio, debe ir otra a la parte judicial... la paciente lamentablemente tenía que contar tres o cuatro veces la misma versión, y eso tomando en cuenta que no se debe realizar según la normativa... por falta de insumos no se puede proporcionar el tratamiento farmacológico, la paciente queda fuera de la cadena de atención y por lo tanto es víctima de revictimización, P 3: PS 3.txt - 3:18 Para mí hay mucha revictimización en



los pacientes, en lo que se pide, en lo que se puede hacer aquí... el paciente lo que cuenta aquí , luego tenemos que referirse a la fiscalía y luego de nuevo a la sala de acogida. A veces los mandan al hospital también, entonces están de un lado a otro y para el paciente emocionalmente es agotador... tienen que contar otra vez las historias... en algunos casos hay mucha revictimización, desde que alguien llama a la ambulancia, le pregunta la persona que va en la ambulancia, le pregunta la enfermera, pregunta el doctor, psicólogo, no hay una primera intervención y hasta ahí. Obviamente todos deben enterarse para ver cómo actuar, pero ¿hasta dónde pueden enterarse? La re-victimización es un parámetro que demuestra que la ruta y protocolos de atención no se cumplen acorde a lo que la norma técnica señala: los y las pacientes víctimas de violencia de género tienen derecho a recibir una atención institucional que no genere maltrato físico y/o psicológico y que propenda a evitar la violación a sus derechos a la integridad personal (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Personal, horarios y carga laboral en la sala de primera acogida:

Otra de las dimensiones que analizaremos respecto al funcionamiento de la sala tiene que ver con su personal, horarios de trabajo y carga laboral, aspectos neurálgicos al brindar atención a casos complejos de violencia sexual y en situaciones de emergencia.

De la información recogida en las entrevistas se evidencia que la sala de primera acogida está conformada por: **P 1: TS 1.txt - 1:1 el personal que participa dentro de la sala de acogida, que trabaja digamos, es médico, psicólogo directamente y la trabajadora social.** La norma técnica señala que, para garantizar la atención integral a



víctimas de violencia de género, cada establecimiento de la red pública integral de salud (RPIS) debe conformar un equipo de atención integral a víctimas de violencia de género constituido por: médica/o, psicóloga/o, enfermera/o, trabajador/a social, de acuerdo a la disponibilidad existente en la unidad operativa de salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

El personal entrevistado señala, **P 2: M 2.txt - 2:13 existe falta de personal...no se cuenta con el personal suficiente, somos pocos apenas dos del personal de primera acogida...con dos profesionales es imposible cumplir con todo.** En este sentido la segunda constatación es que la sala de primera acogida del centro de salud Carlos Elizalde, no cuenta con el personal de acuerdo a como establece la norma técnica en vigencia. La falta de personal especializado, acorde a cada área que forma parte de la ruta de atención, ocasiona dificultades en su funcionamiento y limita la posibilidad de brindar una atención integral a las víctimas.

Por otro lado, respecto del personal una segunda constatación es que la sala al no contar con todo el equipo, permanentemente recurre al apoyo puntual de profesionales de otros espacios: **P 1: TS 1.txt - 1:2 en este caso, yo trabajo directamente con todos los programas, mmm también se coordinan con la sala de acogida...he estado también en discapacidades, tengo salidas y cuando he llegado las compañeras me han dicho: hay estos casos tenemos que hacer las visitas, entonces ya cuando han venido donde ellas ya no han podido pasar donde mí, entonces los casos se han ido perdiendo dentro de lo que es trabajo social, P 2: M 2.txt - 2:141 la sala de primera acogida no cuenta con**



una trabajadora social de sala, sino trabajamos con la licenciada que cubre todo el centro de salud...existe uno o dos turnos en los cuales los médicos nuevos residentes tienen dificultades y ahí es donde lamentablemente se da un mal manejo con los pacientes víctimas de violencia, P 3: PS 3.txt - 3:4 yo estoy específicamente en sala, la otra psicóloga colabora en los dos lados como Carlos Elizalde y como sala de primera acogida...por todo esto se pierden pacientes. Los factores psicosociales percibidos como dañinos duplican la posibilidad de causar desgaste psíquico. Los amortiguadores de riesgo psíquico y el contexto laboral, presentan una probabilidad de 0.684 de respuesta conductual. La buena percepción del contenido del trabajo, el ritmo y la carga de trabajo, el equipo y los agentes físicos, el papel en la organización, los entornos de trabajo y las características de la empresa, presentan una probabilidad de 0,400 de respuesta fisiológica (Carrión-García,A.,Hernández-García,M. & Tiraso,J, 2018, pp.705-714). Se identifican los esfuerzos por brindar una atención integral; lamentablemente el hecho que el personal deba cumplir varias funciones no vinculadas a la sala de acogida impide lograrlo por el desgaste que cada funcionario tiene, ocasionando que la atención no sea oportuna, que no se pueda realizar la atención o captación de las víctimas y sus familiares por todas las áreas de atención de la sala en el momento que la requieren.

A todo lo mencionado se suma una constatación más referente a los horarios dentro de la sala de primera acogida: **P 2: M 2.txt - 2:29 fuera de horario de oficina, los llamados de emergencia se quedan a cargo de los médico del área de emergencia... hasta el mes de julio, fueron resueltos a la hora que llegaron en este servicio, pero ahora nos vimos obligados a suspender por la falta de personal... solamente un profesional laborando**



las ocho horas, más los llamados de emergencia, no se podía dar capacidad para todas las violencias, por lo que nos especificaron que trabajemos solamente con los casos de violencia sexual, P1: TS 1.txt - 1:14 Se requiere personal que rote en la noche, cuando el personal de la sala están de vacaciones, o cuando el personal de la sala no puede venir en la noche, ya que el trabajo es en un horario de 8 horas, entonces en este caso sería el personal que trabaje en la noche o fines de semana, porque se necesita directamente cuando viene una persona víctima de violencia sexual o cualquier tipo de violencia, que el personal esté ahí, P3: PS 3.txt - 3:6 por los horarios, porque cuando ocurren estos casos no es que ocurren de 8:00 a 5:00 de la tarde, entonces podría ser otro equipo para que esté a partir de tal hora a tal hora, y así rotando, P 1: TS 1.txt - 1:52 por la cantidad de casos como que la gente se quema pronto. Sin embargo, la norma técnica asegura una atención e investigación oportuna del supuesto delito sexual (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014), convirtiéndose en una causa del inadecuado funcionamiento de la ruta; ya que al no haber personal laborando en la sala y para la sala 24/7 genera que los pacientes no puedan ser atendidos al momento de ingreso a la unidad de salud, considerando que no todos los eventos suceden durante un horario de oficina.

El no contar con el personal completo y necesario para brindar la atención exclusiva en sala de primera acogida, así como no poder brindar un servicio de manera ininterrumpido, genera que el tiempo que transcurre desde el evento hasta su atención empeore la problemática de la víctima, a más de ello, la carga laboral que tiene el personal de la sala y



del área de emergencia del centro de salud Carlos Elizalde ocasiona un desgasta en el personal, dificultando la calidad de atención que brinde cada funcionario.

Hemos podido verificar algunas de las causas que influyen en el funcionamiento limitado de las rutas y protocolos de atención para personas víctimas de violencia de género, específicamente en los casos de violencia sexual. Se verifica que el personal dentro de sus posibilidades ha buscado auto capacitarse y capacitar al personal que ingresa en la unidad, con la finalidad de poder brindar una atención de calidad a las personas que acuden; sin embargo, sus esfuerzos se multiplican al existir una rotación permanente del personal y capacitar constantemente al nuevo personal. A más de ello refieren la necesidad de recibir una formación universitaria en aspectos de violencia, capacitación formal por parte del ministerio de justicia y ministerio de salud, así como contar con personal que tenga la experticia para brindar una atención integral y evitar la re-victimización, dentro de la sala de acogida y en el cumplimiento de las rutas y protocolos establecidos en la norma.

Consecuencias personales y laborales del personal de la Sala de Primera Acogida y autocuidado

El involucrarse en un trabajo con personas víctimas de violencia puede llegar a generar dificultades tanto a nivel personal como labora: **P 1: TS 1.txt - 1:10 Al principio más bien trabajar con víctimas de violencia fue fuerte digamos, pero ahora no porque ya se trabaja tantos años en esto, en violencia, y se colabora, se ayuda, se coordina y hasta ahí, hasta donde podemos llegar... como que uno va trabajando todo el tiempo, no es que ya no le hace nada este tipo de cosas no, sino más bien uno entiende que tiene que**



estar bien para apoyar a las víctimas, hasta donde usted pueda... al principio me afectaba un poco en mi salud, en mi casa. P2: M 2.txt - 2:53 al inicio de este oficio o de aceptar esta sala de primera acogida veía casos que eran muy fuertes, incluso que yo me identificaba... he tratado de que los casos no afecten a mi personalidad, de que no me afecten a mi como profesional, y he tratado de darles el apoyo que puedo y también he visto limitaciones y he comprendido que existen limitaciones que van más allá de mi alcance, con lo cual yo no voy a poder, P 3: PS 3.txt - 3:75 yo creo que como ser humano duele, sin embargo hay formas de protección que uno se tiene que poner, se actúa por la profesión intentando dar lo mejor... empatía obviamente hay, y en algunos casos son más dolorosos que otros. La norma técnica al respecto indica que, “El cuidar a otros puede tener un costo en las personas, por lo que es necesario entender los posibles efectos que su trabajo puede generar y las alternativas de auto-cuidado que pueden ayudarle a lidiar con los mismos, indicando que se debe: Poner límites, Respetar los tiempos de descanso, Practicar actividades físicas, Sesiones grupales, Psicoterapia Individual (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014). Se convierte en una dificultad en el funcionamiento de la ruta ya que, el personal al no recibir apoyo en su salud mental, ni en el cuidado de su integridad como profesionales, se involucran en los procesos de las víctimas de forma parcial y de esa manera no pueden brindar una atención integral como es el objetivo de la norma técnica.

Las personas entrevistadas indican que a más de la afectación emocional por el involucramiento con las víctimas se presentan otros elementos que intervienen en el



cuidado del personal, por ejemplo: **P 1: TS 1.txt - 1:20 siempre ha habido de parte de las personas agresoras que cuando nos conocen nos amenazan, entonces al personal de la sala anterior igual; en la calle le cogió unos familiares de un agresor y le dijo: bueno yo conozco a tu familia, vas a ver lo que te pasa, entonces ese tipo de cosas, recién igual de un caso de hace años, vino una señora familiar de un señor que está preso y me dijo: bueno él dijo que cuando salga va a ver usted, porque le conoce muy bien a usted, va a ver lo qué le pasa... a mí me llamaban al celular, yo antes tenía que cambiar cada vez el número de teléfono... en otra ocasión vino el papá de un chico que era el agresor y bueno nos amenazó, aquí en la oficina... el momento en que llegué estaba toda la familia del agresor y cuando llegué yo a la fiscalía todo el mundo me rodearon, los familiares del agresor, la policía en ese momento vio y me llevaron a un cuarto aparte hasta que yo de mi testimonio, cuando ingresé igual estaba el agresor... siempre ha pasado por parte de los familiares y del agresor que está ya en la cárcel, que nos envían a decir con otra gente que: bueno cuando salgan ya verán lo que nos pasa, todo ese tipo de cosas, **P 2: M 2.txt – 2:60 no contamos con el apoyo del ministerio de salud... cuando nosotros realizamos notificaciones a fiscalía, la facilidad y el acceso que les dan a los presuntos agresores es muy muy frágil, les dan nombres de los notificadores, en este caso de nosotros, de los profesionales que realizamos notificación, les dan con facilidad a los presuntos agresores siendo que esto debería ser respaldado por el distrito de salud en el momento que va el presunto agresor o el familiar, les dicen tal profesional le notificó vaya y hable con él. Y como pedir que no afecte sí todas las personas somos vulnerables frente a uno o varios tipos de violencia y le corresponde a los estados democráticos el mandato de generar las condiciones o crear los****



mecanismos para defender o proteger a las personas de las varias formas de violencia que nos rodean (Arroyo, R & Valladares, L, 2005).

El personal ha buscado alternativas para salvaguardar su salud mental y emocional: **P 1: TS 1.txt - 1:55 yo siempre recibo tratamiento aparte yo sigo el Yoga estoy ya años... seguí la decisión de seguir el yoga**; sin embargo en la seguridad del personal ante las amenazas de los presuntos agresores y sus familiares, es responsabilidad del estado brindar protección integral al personal de salud. Ante esta situación la persona perjudicada es la víctima; ya que, el personal de salud con el afán de preservar su seguridad y la de sus seres queridos, evitan la denuncia o el involucramiento en juicios, como lo indica la norma técnica que debe realizarse. Dentro de la norma indica que el personal cuenta con una guía teórica referente a las “Consideraciones generales previa a una audiencia” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014, pp.12), pero no indica sobre la protección al personal referente a su seguridad e integridad física.

Infraestructura, Insumos y Registros

Actualmente la sala de primera acogida en Cuenca se encuentra ubicada en el interior del centro de salud Carlos Elizalde, consta de dos oficinas conjuntas; una de la médica y otra de la psicóloga, con una sala de espera general no exclusiva para la sala de primera acogida: **P 2: M 2.txt - 2:80 El espacio ha sido más bien adaptado para la necesidad, pero no creo que sea el indicado; ya que, para realizar nosotros lo que es necesario y**



fundamental en la sala de primera acogida, que es el peritaje, se necesita una camilla adecuada, se necesita un espacio, y se necesita también de todos los implementos para realizar la cadena de custodia, cosa que aquí al momento no se está realizando porque no se cuenta tampoco con la camilla y los implementos adecuados. La norma técnica estipula que estas salas deberán contar con: una sala de espera, un espacio para entrevista en la que la persona atendida recibe apoyo emocional inmediato, en forma tranquila y sin interrupciones; en caso de ser necesario, en este espacio la autoridad competente puede tomar la declaración a la víctima, quien recibe información de sus derechos y del proceso legal. Además, cuenta con un consultorio médico, o ginecológico. Aquí la persona recibe atención clínica general, ginecológica y/o proctológica; se realizan los exámenes periciales por parte de los y las médicas acreditadas como peritos forenses por el Consejo de la Judicatura (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014). Referente a lo planteado por la norma técnica, la sala no cuenta con la infraestructura necesaria afectando la ejecución completa de las rutas y protocolos de atención.

Referente a la medicación: **P 2: M 2.txt - 2:80 no hay medicación anti retro viral... no se cuenta con tratamiento farmacológico... lo que sí han recibido es el tratamiento farmacológico para evitar enfermedades de transmisión sexual y también el embarazo... no se puede hacer pruebas toxicológicas.** La norma técnica refiere que El o la Directora o Gerente del establecimiento de salud deberán garantizar la disponibilidad permanente de anticoncepción oral de emergencia, antirretrovirales y antibióticos para la atención de estos casos. Se debe garantizar la administración de estos medicamentos al



usuario dentro de las 72 horas siguientes en casos de violencia sexual. Para los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública, el ministerio será el responsable de proveer de estos medicamentos a los establecimientos de salud a través de los mecanismos institucionales vigentes. Las instituciones de la Red Pública Integral de Salud- RPIS deberán asegurar el abastecimiento de estos medicamentos a sus respectivos establecimientos en todo el país (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014). El no contar dentro de la sala con toda la medicación y exámenes es otro factor que no permite el cumplimiento de la ruta de atención, debido a que la víctima tendrá que ser derivada a otra casa de salud, en la cual nuevamente contará todo lo sucedido, ocasionando la re-victimización, por lo que no se cumplirá la disposición de una atención oportuna, respetando los derechos del usuario y de forma integral dentro de la sala.

Con relación al registro de paciente, el personal entrevistado refiere: **P 1: TS 1.txt - 1:16 no se cuenta con la copiadora para sacar, por ejemplo, copia de los documentos de la persona agredida, en ese tipo de cosas, en la noche. El personal de la sala no llevan un matriz unificada para el registro de la información: P 1: TS 1.txt - 1:31 Va todo, va todo, los datos que constan en la ficha de violencia y maltrato, que edad, es varón o mujer, la educación, si es del sector urbano o rural, el agresor quien fue, la edad donde vive todo esto, si fue primera vez, subsecuente, que tipo de agresión, si recibió atención médica, psicológica, de trabajo social, eso va en la base de datos, P2: M 2.txt - 2:74 existe la base de datos, pero lamentablemente no es de todo el año sino son de meses con lo que contamos, son con nuestro registro que es el RDDACA,**



entonces de ahí hemos podido sacar información, hemos podido filtrar datos con los que hemos podido brindar los datos que nos han solicitado... el ministerio de salud pública trabaja con un cierto formato que no le va a servir en la parte legal. Todo esto sucede pese a que la norma técnica indica que todo establecimiento de salud deberá contar con los siguientes insumos, adicional a los formularios y suministros permanentes: Todos los formularios provistos por la Fiscalía General del Estado: Protocolo para peritajes forenses VIF-delitos sexuales y lesiones cuando la vida de la víctima no corre riesgo por lesiones, Instrumentos de Tamizaje –Preguntas de Tamizaje universal provistos por el Ministerio de Salud Pública, Matriz de consolidación de datos provista por el Ministerio de Salud Pública y Formulario de transferencia al sistema de justicia provisto por el Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014). Esta falta de unificación en la toma de datos y estandarización de los registros actuales impide conocer el número real de personas atendidas en la sala de primera acogida por causa de violencia sexual, por ende, dificulta una unificación de los registros y casos atendidos por las dos funcionarias de sala y de la trabajadora social que apoya en sala impidiendo tener una estadística y funcionamiento real de la sala en base a la incidencia de los casos de delitos sexuales atendidos.

A pesar de los esfuerzos por brindar un atención tal como la norma técnica indica, se encuentran con la limitación de improvisar el espacio físico por dificultades con la infraestructura física, implementación de equipos para ginecología con la finalidad de mantener la cadena de custodia de forma correcta, suministros de oficina 24/7, papelería,



test e instrumentos en psicología, así como también falta de insumos de laboratorio para realizar los exámenes preventivos y diagnósticos, a más de la medicación necesaria; quedando las especificaciones de la norma técnica no acordes a la realidad del centro en el cuál se encuentra la sala de primera acogida.

Redes de articulación y cooperación interinstitucional

El trabajo interinstitucional es fundamental para generar acciones frente a esta problemática de salud pública. Frente a esta articulación las personas entrevistadas mencionan: **P1: TS 1.txt - 1:4 o sea no es un programa digamos nuevo que se dio en el centro de salud, sino ya se trabajaba antes con un médico familiar y con la trabajadora social y participábamos, y participamos también dentro de la red de la no violencia del cantón Cuenca, y se trabajaba con personas víctimas de violencia, violencia física, psicológica, negligencia, violencia sexual, y se coordinaba con las diferentes instituciones para ayudar a las víctimas... y en coordinación igual con la red de la no violencia igual se sigue manteniendo, porque sin esta coordinación no pudiéramos, yo digo al menos trabajar, porque se trabaja directamente con lo que es junta cantonal, fiscalía, juzgados, red de abogados que nos apoyan bastante en este tipo de casos... la policía cambia un poco lo que es las versiones... con la policía es un lío... por nuestra propia fuente sería con los fiscales, abogados... ni el personal policial, y fuentes como el personal del ECU911 desconocen las funciones y desconocen el flujograma de atención para las pacientes víctimas de violencia... hay que fortalecer el trabajo interinstitucional, porque se ha comentado mucho, se han**



hablado varios temas; sin embargo, no existe como algo formal, legal que se pueda decir por escrito tal parte legal está encargado de las sanciones, vamos a trabajar de manera conjunta, se va a realizar este formato... no hemos llegado a un acuerdo para trabajar de manera conjunta, P 2: M 2.txt - 2:96 yo le veo súper indispensable reforzar estos lazos, tanto la parte pública, como la parte privada para que la paciente o la víctima sea capaz de contar una vez y no volverla a atormentar con las mismas preguntas o con las mismas acusaciones, tomando en cuenta que los pacientes han regresado varias veces y nos han comentado que no suele ser tan amable la atención por las otras diferentes instituciones. Aquí cabe mencionar a partir de la Teoría de Sistemas, la necesidad de percibir el mundo como conjuntos de sistemas, podemos inferir que no hay problemas individuales así como que no hay elementos aislados entre sí, todo está en conexión y la importancia radica en el tipo de relaciones existentes. Por tanto no se trata de buscar soluciones individuales sino de cambiar las distintas relaciones de poder existentes y las formas de comunicación (Hernández, L, 2010). La dificultad en el funcionamiento de la ruta a partir del trabajo interinstitucional, es debido a que cada persona trabaja desde su individualidad, a un estilo conformista de hacer lo que me toca, en medida de lo que conozco, cuando en realidad el trabajo de cada uno aporta a la víctima y están unidos en secuencia, en cadena, por lo que no es una dificultad que se presenta en la otra institución, es una falta de coordinación y acuerdos entre todas las instituciones involucradas.

Momentos en la atención de la Sala de Primera Acogida



A continuación se expondrá el procedimiento en la atención para personas víctimas de violencia sexual que señalan las personas entrevistadas: **P2: M 2.txt - 2:99 cuando una persona es víctima de algún tipo de violencia, lo primero que hace como siempre se sugiere, es llamar al 911... en la parte médica en el consultorio médico he visto por lo menos un 75% de pacientes que vienen por primera vez, que lamentablemente no vienen a controles subsecuentes porque a veces son delitos flagrantes que son derivados a la fiscalía... muchas veces las pacientes solamente buscan el tratamiento farmacológico... pacientes que son de otras ciudades, reciben el tratamiento farmacológico en este centro de salud, pero deciden ir al seguimiento en otra casa de salud... en los casos prioritarios, que hemos visto prioritario y urgente la intervención, nos hemos puesto de acuerdo con trabajo social para realizar un día a la semana las visitas conjuntamente con la licenciada, y en los demás casos hemos realizado las visitas nosotras, la parte médica, la parte psicológica de sala es la que hace la visita y realiza un informe, y pide a la licenciada intervenir en el centro de salud sin la visita técnica, que se debería realizar en todos los casos, entonces esa es otra limitación, P 1: TS 1.txt - 1:7 al momento que llega una persona víctima de violencia pasa directamente donde el médico... la psicóloga en ese momento de la crisis en la que están los usuarios... la médica le llama a la policía... yo les hago la ficha social, entonces ahí se determina si la víctima está en riesgo... Luego de eso se hace las visitas domiciliarias, seguimientos y se apoya directamente a la familia y a las personas víctimas de violencia... a veces las víctimas de violencia van directamente con la familia a fiscalía y ponen la denuncia... Nos dan la información, nosotros hacemos la verificación en la visita domiciliaria, hacemos el seguimiento y según eso**



vemos si es verdad o no lo que la persona manifiesta o los familiares, P3: PS 3.txt - 3:3 y le pasa a psicología... en psicología cada quien escoge su línea, su forma de trabajo, su forma de aplicar reactivos, eso es muy subjetivo de acuerdo a cada psicólogo, en mi caso yo he traído mis propias herramientas... al mes tenemos más o menos unos 70 casos, pero teniendo en cuenta citas subsecuentes. La norma técnica de violencia de género dispone que el médico o la médica del equipo de atención integral en violencia de género será responsable de atender a la o el paciente. En los establecimientos de salud que tengan un o una médica acreditada en Violencia Sexual por el Consejo de la Judicatura, será responsable de realizar el peritaje, pero no podrá ser el o la médica tratante de este paciente, porque tendrá que dar su testimonio en el proceso, en el caso de ser requerido por las autoridades competentes, el o la psicóloga del equipo de atención integral será el o la responsable del proceso psicoterapéutico, trabajo social es responsabilidad realizar el seguimiento en cuanto al servicio de protección y valoración de riesgos de la víctima, la enfermera es responsable de realizar el triaje y el tamizaje inicial de violencia de género garantizando el respeto y la no revictimización al inicio, durante y después del proceso (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

El brindar una atención oportuna va más allá de seguir unos pasos, es necesario tener una visión más amplia, es necesario tener una visión macro de lo que le sucedió a la víctima, ver que el problema es mucho más amplio y complejo. Se trata de “levantar el foco”, ver más entorno con muchas más variables, componentes, personas e intereses, antes de abordar la situación. No olvidemos que nosotros, nosotras, también formamos parte de



esos sistemas influyentes y que cuando levantamos el foco tenemos que llegar a vernos dentro, influyendo y siendo influidos (Carrión-García,A.,Hernández-García,M. & Tiraso,J, 2018, pp.705-714). Entre los momentos de atención de las víctimas, la norma técnica señala una atención generalizada acorde al grupo etario y sexo, indica cuál es la función que cada profesional debe ejercer, pero lo primordial previo a la atención debería ser un análisis de cada caso, de forma que la atención sea personalizada y diferenciada.

4.3. Mejoras a la norma técnica de atención a víctimas de violencia de género planteadas por el personal entrevistado de la sala de primera acogida del Centro de Salud tipo C Carlos Elizalde

Para concluir el personal entrevistado considera que si debe haber mejoras en la norma técnica y sus involucrados con la finalidad de brindar una mejor atención a las víctimas:

P1: TS 1.txt - 1:58 uno tiene que ser imparcial en todo y saber pensar bien el momento en que viene una víctima, y como se le va a poder ayudar... se debería dar como tratar con personas víctimas de violencia, que se mejore desde las universidades, que se formen personal directamente para trabajar con víctimas de violencia en todo lugar, P 2: M 2.txt - 2:43 yo pienso que para sala de primera acogida no solamente se necesita profesionales con título, sino también se necesita personas que les guste ayudar, y personas que les guste la profesión... no podemos contratar profesionales con título y que se vuelvan mecánicos... no puede ser posible que se re-victimice una y otra vez, yo considero que el personal de la sala de primera acogida debe cumplir con



un perfil, que sea valorado por talento humano o por profesionales del distrito. Al respecto Miriam Cugat (1993), manifiesta que la mejor defensa del imputado consiste en atacar a la víctima por “provocativa”, por “libertina”, por “ser mujer de hábitos sexuales promiscuos”, o por “no ofrecer verdadera resistencia”. El juzgador, entonces, no cumple con el principio de imparcialidad, y en muchos casos termina actuando como el principal acusador de la víctima (Arroyo, R & Valladares, L, 2005). El personal de primera respuesta en atención debe tener claro que no es quien juzga, sino quien ayuda a las víctimas en el momento que lo requieren, los estereotipos y estructuras mentales no pueden ser mayores que la vocación de servicio.

El otro punto de mejora que mencionan es referente a la difusión de la existencia de los servicios que brinda la sala de primer acogida: **P 1: TS 1.txt - 1:131 debería haber un poco más de conocimiento de esta sala... en diferentes lados decían bueno no conocemos ¿qué hace la sala?, P 2: M 2.txt - 2:19 desconocen la sala de primera acogida, desconocen su flujograma de atención, desconocen la ruta de atención... promoción para que se dé a conocer la sala de primera acogida a nivel de la provincia del Azuay... el personal de promoción del distrito haga conocer el real funcionamiento de la sala de primera acogida... es un derecho que se tiene que dar, que se tiene que brindar y sobre todo se tiene que ofertar, porque si no conocen que existe como ellos pueden acceder, P 3: PS 3.txt - 3:59 nos falta seguir promocionando la sala de primera acogida.** La norma técnica indica que, el Ministerio de Salud Pública está obligado a realizar actividades de prevención y promoción de salud en relación a la



Violencia de Género (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014); sin embargo hay la necesidad de que la gente conozca más sobre la existencia, ubicación y servicios que oferta la sala de primera de acogida.

La visibilización de la violencia, en todas sus manifestaciones, es reconocida como una prioridad en la inversión por parte del Estado; sin embargo pese al reconocimiento constitucional y normativo, se evidencia que no es suficiente con un reconocimiento por escrito. Durante la investigación se demuestra el esfuerzo por auto capacitarse y priorizar los recursos en la atención a la víctima, pero no suficiente para que el funcionamiento de las rutas y protocolos estipulados en la norma técnica se puedan ejecutar.

La necesidad del funcionamiento de la ruta, no está ligada solamente a aspectos de cumplimiento administrativo; sino al derecho que tienen las personas víctimas de violencia de recibir una atención integral, de calidad, que no vulnere sus derechos, sino más bien se consiga la reivindicación de los que les fueron arrebatados.

La no funcionalidad de la ruta ocasiona que las víctimas sean atendidas en espacios que no cuentan con todos los insumos y que preserven la cadena de custodia necesaria para la emisión de una denuncia, a más de ello el no considerar dentro del perfil profesional una formación en género, genera la revictimización de las personas, en todos los espacios de atención. La violencia no necesita solo ser reconocida y visibilizada, necesita ser atendida y



erradicada. Las víctimas requieren ser protegidas y restituidas desde sus individualidades y realidad local.

4.4. Conclusiones:

Esta investigación se desarrolló con el objetivo de analizar el funcionamiento de la ruta de atención en salud para las personas víctimas de violencia sexual que han sido atendidas en la sala de primera acogida del centro de salud tipo C Carlos Elizalde durante el periodo enero a agosto 2017. Este estudio logró identificar, si influyen o no los aspectos demográficos de la víctima en el funcionamiento de las rutas y protocolos establecidos por la norma técnica; así como también la injerencia en la misma de las características que presentaron las víctimas atendidas; y, su relación con el tipo de violencia sexual que sufrieron.

La importancia de haber realizado esta investigación radica en demostrar que al no contar con una ruta y protocolo con un proceso adecuado de atención y acompañamiento trae graves consecuencias para la víctima de violencia sexual, dentro de ellos, el no confiar en el sistema público de atención, abandono de los procesos de acompañamiento, ser re victimizada y violentada nuevamente o incluso el femicidio o suicidio.

El contexto cultural y social en el cuál se encuentran envueltas las personas civiles y profesionales de la salud, ejerce una fuerza poderosa gobernada por el patriarcado, la cual quieren que se retroceda a la no visibilización de una de las formas de violencia de género



más cruel, normalizando y naturalizando la situación que las víctimas vivieron, haciéndolas repetir en varias ocasiones lo sucedido, cuestionando con un lenguaje verbal y no verbal su relato, hasta lograr que la víctima dude de lo sucedido vulnerando el derecho que la norma técnica le otorga.

Para evitar todo esto, es necesario que la ruta y protocolo de atención permita que la víctima reciba un proceso de atención integral, basada en su realidad social, y cultura, debemos reconocer que pese a pertenecer a un sistema cada persona tiene sus individualidades psicológicas y emocionales, sus propios mecanismos de defensas, ahí él porque es necesario identificar los datos demográficos de la víctima, tener claro el tipo de violencia sexual que vivió, su condición de salud física y mental; ya que el acompañamiento debe ser personalizado.

Dentro de las limitaciones más sobresalientes en la ejecución de la ruta y protocolo de atención se evidencia: que el no contar con todo el equipo de salud completo (médica, psicóloga, enfermera y trabajadora social), que no desempeñen sus labores solo para la sala de primera acogida, no se encuentran en horario 24/7, la rotación constante del personal, que el talento humano no cuenta con una formación y capacitación con enfoque de género y en el ámbito jurídico. A más de ello no cuentan con la infraestructura e insumos necesarios para la atención, los registros de atención no son estandarizados ni contienen una información detallada de cada caso; ocasiona que no sean atendidas todas las personas que lo requieran, no se realiza un seguimiento oportuno, la falta de conocimiento por parte del



personal ocasiona que tengan temor de brindar una atención integral; así como la falta de conocimiento por parte de la ciudadanía de la existencia de la sala.

La realidad es que para ser víctima de violencia sexual no hay un check list específico a cumplir, no hacen diferenciación en su género, edad, condición socioeconómica, sector en el cual residen o nacionalidad. Todas las personas pueden ser víctimas de violencia sexual, las cifras no han disminuido, el patriarcado aún se mantiene, la sumisión y el machismo sigue siendo un estilo de vida social; por ello, requerimos contar con una atención que ofrezca un personal capacitado, en una infraestructura idónea con los insumos suficientes, con la información pertinente de cada víctima que permita realizar un seguimiento y acompañamiento que aporte en la protección y reparación de las víctimas.



CAPÍTULO V: PROPUESTA DE MEJORAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA RUTA ESTABLECIDA EN LA NORMA TÉCNICA INTEGRAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Dentro de la investigación realizada como propuesta de mejoras, el personal de la sala opina: **P 2: M 2.txt - 2:15 la falta de disponibilidad de reglamentos en los que se esté basando el horario de las labores de la sala de primera acogida... falta de unas bases sólidas para la formación de la sala de primera acogida... las limitaciones son los reglamentos... he leído la norma técnica y lamentablemente hay cosas que no están actualizadas, se debe adaptar según a la necesidad de la provincia y según la demanda que tenemos en esta zona... si es que la sala de primera acogida comenzara con el personal suficiente, existiera el apoyo por parte del ministerio de salud pública y, existiera la promoción suficiente, yo estoy segura que la violencia de género disminuiría, disminuirían los embarazos adolescentes, disminuirían los suicidios, disminuirían los riesgos que corren los adolescentes y, disminuiría también el sufrimiento de cada paciente, P 3: PS 3.txt - 3:14 tenemos una norma técnica sí, sin embargo no está especificado para psicología... hay situaciones que no se pueden cumplir que sería importante que ocurran, por la falta de recursos económicos de recursos humanos no se puede hacer exactamente lo que dice la norma, hay algunas incongruencias a veces entre lo que se pide y lo que se puede hacer, P 1: TS 1.txt - 1:133 Bueno yo creo que ahí sí debería haber algunos cambios. El Ministerio de Salud dispone la aplicación de la “Norma Técnica de Atención Integral en violencia de Género”, en la cual establecen rutas y protocolos de atención para personas víctimas de violencia de género y en particular para personas víctimas de violencia sexual. Esta norma está orientada**



al resarcimiento de derechos, evitar la revictimización y asegurar una debida atención y acceso oportuno a la justicia. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Las principales dificultades para el funcionamiento de la ruta de atención a víctimas de violencia indicada en la norma técnica son: Falta de personal y cuidado del mismo, rotación de personal, infraestructura, equipamiento e insumos, horarios, registro de la información, capacitación y seguimiento. A partir de estas dificultades se definieron lineamientos de la propuesta de mejora a la norma técnica de atención vigente en el Ministerio de Salud del Ecuador para personas víctimas de violencia sexual, atendidas en la sala de primera acogida y que podría replicarse en las demás unidades de salud de la ciudad de Cuenca. Esta propuesta se basó en mejoras que la Organización Mundial de la Salud (2009), que indican después de estudios previos realizados sobre la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas; así como también lo planteado por Vanessa María Romero Mendoza y José Amar Amar (2009), en su obra modelo de atención integral a mujeres, niñas y niños víctimas de violencia intrafamiliar llevado a cabo en centros de atención de la ciudad de Barranquilla – Colombia que van acorde a los resultados obtenidos en la institución y necesidades.



5.1. Objetivo General

Mejorar el funcionamiento de la ruta de atención en salud a las personas víctimas de violencia sexual de la sala de primera acogida del Centro de Salud Carlos Elizalde.

5.2. Objetivos específicos

1. Garantizar el funcionamiento operativo de la Norma Técnica de Atención a Víctimas de Violencia de Género a partir de una reorganización del personal, infraestructura y equipamiento.
2. Impulsar convenios de cooperación para la formación y capacitación en temas de género, legales y rutas y protocolos, al personal de salud y primera respuesta involucrados con la sala de primera acogida, en función de las necesidades expuestas por el personal en el medio social.
3. Mejorar los registros de información de las personas víctimas de violencia que acuden a la sala de primera acogida, con la finalidad de lograr favorecer el seguimiento de los usuarios, para la protección de derechos de los grupos de atención prioritaria.

5.3. Metodología:

Se realizará la validación de la propuesta con el Coordinador Zonal 6 Salud, Directora de Promoción de la Salud Zona 6, Directora Distrital 01D02 donde está ubicado el Centro de Salud Carlos Elizalde, Director del Centro de Salud Carlos Elizalde y personal de la sala de primera acogida.



Posterior a la validación de la propuesta por parte de los directores departamentales, se procederá a presentar y socializar la propuesta con el equipo técnico involucrados en la atención con las personas víctimas de violencia sexual. El tercer momento será presentar y socializar la propuesta a las demás instituciones del Ministerio de Salud Pública pertenecientes al Azuay y por último se realizará con las instituciones vinculadas en temas de violencia de la provincia.

La propuesta presenta mejoras a la ruta ya establecida en la norma técnica vigente de atención integral para personas víctimas de violencia de género del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, dentro de la cual contempla la reorganización del personal, infraestructura y equipamiento, una capacitación mensual en modalidad charla y taller con la finalidad de educar y sensibilizar en temas de género, legales, rutas y protocolos, al personal de salud y primera respuesta involucrados con la sala de primera acogida; así como también mejorar los registros de información de las personas víctimas de violencia que acuden a la sala de primera acogida, establecer parámetros para el seguimiento y acompañamiento de las víctimas.

A continuación se indica la programación a desarrollar.



Temas:

1. Reorganización del personal, infraestructura y equipamiento e insumos.
2. Creación de registros de información unificados en salud y marco legal con información que permita un seguimiento oportuno
3. Taller con enfoque de derechos a todo el personal involucrado en la sala de primera acogida.
4. Taller sobre las diferentes manifestaciones de la violencia de género a todo el personal involucrado en la sala de primera acogida.
5. Sensibilización sobre la Naturalización de la violencia
6. Sensibilización sobre el círculo de la violencia
7. Educando para prevenir la violencia sexual
8. Habilidades sociales. Asertividad
9. Primeros auxilios psicológicos en violencia de género
10. Intervención en crisis en casos de violencia de género para evitar la revictimización
11. Salud mental del servidor público

5.4. Recursos necesarios para la intervención

Recursos materiales: Local, sillas, mesas, computadora, proyector, normas institucionales, marco teórico sobre violencia, hojas, lápices, marcadores, pizarra, papelógrafos, hilo, globos, audios sobre casos de violencia, espejo, periódico.



Recursos humanos: Directores de las unidades del Ministerio de Salud Pública del Azuay, personal involucrado en instituciones que manejan rutas para personas víctimas de violencia de género, personal de salud involucrado con la sala de primera acogida, personal de primer a respuesta en emergencias, médicos legistas, investigadora.



5.5. Plan de Intervención		MES 1 y 2: Reorganización del personal, infraestructura y equipamiento e insumos.	
Componente	Objetivo del Componente	Actividades y tiempo estimado de duración	Recursos y Responsable
Infraestructura	Definir el lugar en el cuál se establecerá la sala de primera acogida acorde a las especificidades indicadas en la Norma Técnica	Actividad: Visita avanzada para análisis de unidades de salud en territorio y accesibilidad, posterior análisis y selección del lugar en reunión Duración: 2 días de recorrido durante 2 horas en las mañanas y 2 horas en las tardes	Recursos: -Vehículo para movilización -Papel y lápiz - Computadora -Proyector Responsable: -Coordinador Zonal 6 Salud -Directora de Promoción de la Salud Zona 6 -Investigadora
Equipamiento e insumos	-Verificar las unidades de las cuales podemos hacer uso de sus equipos para funcionamiento de la sala, gestión para adquisición de insumos.	Mientras se realiza la avanzada para verificar infraestructura en conjunto se realizará el análisis para este componente	Recursos: -Vehículo para movilización -Papel y lápiz - Computadora -Proyector Responsable: -Coordinador Zonal 6 Salud -Directora de Promoción de



	<p>Equipamiento de atención en insumos médicos acorde a la Norma técnica.</p> <p>-Gestionar disponibilidad de copiadora y computador 24/7</p>		<p>la Salud Zona 6</p> <p>-Investigadora</p>
Personal	<p>-Analizar los perfiles del personal que trabajará dentro de la sala con un equipo completo de trabajo acorde a la Norma Técnica</p> <p>-Analizar el horario de atención y la cantidad de personal que se requiere para ello como indica la Norma Técnica</p>	<p>-Verificación de perfiles en base a su formación académica</p> <p>-Análisis de formación en género</p> <p>-Experiencia en trabajo con víctimas de violencia</p> <p>Duración: Lunes a Viernes dos horas diarias</p>	<p>Recursos:</p> <p>-Hojas de Vida</p> <p>-Computador</p> <p>-Proyector</p> <p>-Lápiz y papel</p> <p>Responsable:</p> <p>-Coordinador Zonal 6 Salud</p> <p>-Directora de Promoción de la Salud Zona 6</p> <p>-Director de Talento Humano Zonal</p> <p>-Investigadora</p>
<p>MES 3: Registro de Información y Seguimiento de Casos</p>			



Componente	Objetivo del Componente	Actividades Metodología y tiempo estimado de duración	Recursos y Responsable
<p>-Creación de registros de información unificados en salud y marco legal con información que permita un seguimiento oportuno</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar los formularios existentes y matriz en salud - Revisar los formularios existentes y matriz legales - Unificar la información requerida por las dos instituciones - Crear una guía y registro de seguimiento del caso de la víctima 	<p>Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Crear una plataforma única de información para evitar preguntar varias veces a las víctimas la misma información de información para evitar preguntar varias veces a las víctimas la misma información -Crear una plataforma en línea para que el personal de salud pueda visualizar el reporte del caso y poder retroalimentar ahí la información y registrar el seguimiento -Establecer ruta para el seguimiento de casos 	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Formularios de salud y legal -Computador -Proyector -Lápiz y papel <p>Responsable:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coordinador Zonal 6 Salud -Directora de Promoción de la Salud Zona 6 -Representante del Consejo de la Judicatura -Representante de fiscalía -Coordinador de Tecnología del Ministerio de Salud -Investigadora



		Tiempo de duración: dos jornadas lunes y miércoles de 4 horas cada día	
MES 4: Capacitación y Formación			
Componente	Objetivo del Componente	Actividades Metodología y tiempo estimado de duración	Recursos y Responsable
- Taller con enfoque de derechos a todo el personal involucrado en la sala de primera acogida.	-Propiciar un espacio para análisis y reflexión sobre el tema	Trabajo Grupal sobre los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador y culturas de personas de movilidad humana que actualmente acuden a nuestro país Metodología: Mesa de debate por grupos de máximo 20 personas Tiempo: 4 horas	Recursos: -Computadora -Internet -Proyector -Derechos sexuales y reproductivos vigentes en el Ecuador -Hojas -Lápiz Responsables: -Directora de Promoción de la Salud Zona 6 -Investigadora
MES 5: Capacitación y Formación			
Componente	Objetivo del Componente	Actividades Metodología y tiempo	Recursos y Responsable



		estimado de duración	
-Taller sobre las diferentes manifestaciones de la violencia de género a todo el personal involucrado en la sala de primera acogida.	-Conocer y reflexionar las diferentes manifestaciones de la violencia de género, acorde a lo que tipifica el COIP y lo planteado por autoras como: Marcela Lagarde, Lola Valladares, Rossana Arroyo	<p>Trabajo grupal</p> <p>Metodología: Socio drama sobre lo que el personal considera violencia, análisis y reflexión posterior a la dramatización con encuadre normativo y científico.</p> <p>Grupos de máximo 40 personas</p> <p>Tiempo de duración: 4 horas</p>	<p>Recursos: Computadora Proyector Papel Lápiz Información legal y científica sobre los tipos o modalidades de violencia</p> <p>Responsables: -Directora de Promoción de la Salud Zona 6 -Investigadora</p>
MES 6: Capacitación y Formación			
Componente	Objetivo del Componente	Actividades Metodología y tiempo	Recursos y Responsable



		estimado de duración	
<p>-Sensibilización sobre la Naturalización de la violencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las emociones y pensamientos sobre la violencia de género - Desmitificar mitos y creencias sobre la violencia de género dentro de ella la violencia sexual 	<p>Dinámicas de grupos</p> <p>Metodología: Juegos grupales</p> <p>Tiempo de duración: Se realizarán 3 actividades con una duración de 1 hora cada una</p>	<p>Recursos: Espacio Físico Sillas Recursos audiovisuales Computadora Proyector Parlantes</p> <p>Responsables: -Directora de Promoción de la Salud Zona 6 -Investigadora</p>
<p>MES 7: Capacitación y Formación</p>			
Componente	Objetivo del Componente	Actividades Metodología y tiempo estimado de duración	Recursos y Responsable



<p>-Sensibilización sobre el círculo de la violencia</p>	<p>- Proporcionar información veraz sobre cómo se reproduce el círculo de la violencia</p>	<p>Dinámicas de grupos: “Identificación cognitiva y emocional de las personas víctimas de violencia” Metodología: Trabajo individual Exposición y diálogo grupal. Tiempo de duración. 4 horas en grupos de 30 personas</p>	<p>Recursos: Espacio Físico Sillas Recursos audiovisuales Computadora Proyector Parlantes Responsables: -Directora de Promoción de la Salud Zona 6 -Investigadora</p>
<p>MES 8: Capacitación y Formación</p>			
<p>Componente</p>	<p>Objetivo del Componente</p>	<p>Actividades Metodología y tiempo estimado de duración</p>	<p>Recursos y Responsable</p>



<p>- Educando para prevenir la violencia sexual</p>	<p>- Propiciar un espacio y ambiente favorable para el análisis y reflexión sobre la violencia sexual</p>	<p>“Cómo me gustaría ser atendido”</p> <p>Metodología: Diálogo grupal.</p> <p>Creación de campañas y slogan para talleres a la comunidad desde el análisis de ¿cómo me gustaría recibir la información?</p> <p>Tiempo de duración.</p> <p>4 horas en grupos de 20 personas</p>	<p>Recursos: Espacio Físico Sillas Recursos audiovisuales Computadora Proyector Parlantes</p> <p>Responsables: -Directora de Promoción de la Salud Zona 6 -Investigadora</p>
<p>MES 9: Capacitación y Formación</p>			
<p>Objetivo del Componente</p>	<p>Actividades Metodología y tiempo estimado de duración</p>	<p>Recursos y Responsable</p>	<p>Recursos</p>



<p>-Habilidades sociales y asertividad</p>	<p>- Propiciar herramientas que permitan mantener una escucha empática con la víctima así como también responder sin dañar al otro</p>	<p>“Comunicación asertiva”</p> <p>Metodología: Trabajo individual collage y diálogo grupal.</p> <p>Tiempo de duración.</p> <p>3 horas en grupos de 20 personas</p>	<p>Recursos: Espacio Físico Sillas Computadora Proyector Parlantes Revistas Cartulinas Goma</p> <p>Responsables: -Directora de Promoción de la Salud Zona 6 -Investigadora</p>
<p>MES 10: Capacitación y Formación</p>			
<p>Objetivo del Componente</p>	<p>Actividades Metodología y tiempo estimado de duración</p>	<p>Recursos y Responsable</p>	<p>Recursos</p>
	<p>- Facilitar herramientas de</p>	<p>Dinámicas de grupos</p>	



<p>-Primeros auxilios psicológicos en violencia de género</p>	<p>intervención en el primer momento de acogida a la víctima</p>	<p>Metodología: Vivencial con aplicación de herramientas y simulacro de casos</p> <p>Tiempo de duración.</p> <p>3 horas equipo de 30 personas</p>	<p>Recursos: Espacio físico Sillas Pizarra Computadora Material audiovisual Proyector Hilo Globos</p> <p>Responsables: -Directora de Promoción de la Salud Zona 6 -Investigadora</p>
<p>MES 11: Capacitación y Formación</p>			
<p>Objetivo del Componente</p>	<p>Actividades Metodología y tiempo estimado de duración</p>	<p>Recursos y Responsable</p>	<p>Recursos</p>
	<p>- Proporcionar herramientas de intervención en caso de que la víctima</p>		<p>Recursos:</p>



<p>-Intervención en crisis en casos de violencia de género para evitar la revictimización</p>	<p>llegue en estado de crisis</p>	<p>Dinámicas de grupos</p> <p>Metodología: Vivencial con aplicación de herramientas y simulacro de casos</p> <p>Tiempo de duración.</p> <p>3 horas equipo de 20 personas</p>	<p>Espacio físico Sillas Pizarra Computadora Material audiovisual Proyector</p> <p>Responsables: -Directora de Promoción de la Salud Zona 6 -Investigadora</p>
<p>MES 12: Capacitación y Formación</p>			
<p>Objetivo del Componente</p>	<p>Actividades Metodología y tiempo estimado de duración</p>	<p>Recursos y Responsable</p>	<p>Recursos</p>
	<p>- Favorecer el manejo de emociones conforme a su</p>	<p>“Comunicación efectiva”</p>	<p>Recursos: Espacio físico Espacio verde Música Sogas</p>



<p>-Salud mental del servidor público</p>	<p>capacidad de resiliencia ante los casos de violencia sexual que deben atender</p>	<p>Metodología: Coaching grupal</p> <p>Tiempo de duración: 4 horas equipos de 20 personas</p>	<p>Responsables: -Directora de Promoción de la Salud Zona 6 -Investigadora</p>
---	--	---	--



Bibliografía

Arroyo, R & Valladares, L. (2005). Derechos humanos y violencia sexual contra las mujeres.

Violencia contra las mujeres.

Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. En A. N.

Ecuador, *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial, n° 449.

Montecristi: Asamblea Nacional del Ecuador.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2014). Código Orgánico Integral Penal. En A. N. Ecuador,

Código Orgánico Integral Penal. Registro Oficial, n° 180. Quito: Asamblea Nacional del Ecuador.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2016). *Ley orgánica integral para la prevención y*

erradicación de la violencia a la mujer y la familia. Quito: Asamblea Nacional del Ecuador.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2018). Ley Orgánica para prevenir y erradicar la violencia

contra las mujeres. En A. N. Ecuador, *Ley Orgánica para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres* (págs. págs. 2-28). Registro oficial N°175. Quito:

Asamblea Nacional.

Barredo, D. (2014). *El abuso sexual infantil en Manta: un estudio a partir del hospital Rafael*

Rodríguez Zambrano (2011 - 2014). Manta: Red Ecuatoriana de Investigación

Biosocial sobre el Buen Vivir (BIORED), 56-65.

Bordieu, P. (1997). Razones prácticas sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama.

Obtenido de

<https://static1.squarespace.com/static/58d6b5ff86e6c087a92f8f89/t/58e1731e4402436>



4dba8007a/1491170081621/Bourdieu%2C+Pierre+-
+Razones+practicadas+sobre+la+teoria+de+la+accion.pdf

Bourdieu, P. (2012). Symbolic violence. *Revista Latina de Sociología*, 1-4.

Bourdieu, P. (2012). *Symbolic violence*. Obtenido de Revista Latina de Sociología:

<http://revistas.udc.es/index.php/RELASO/article/view/1203>

Butler, J. (2007). *Gender Trouble*. New York: Routledge.

Calhoun, C., Lipuma, E & Postone, M. (1993). *Bourdieu: critical perspectives*. Chicago: The University of Chicago Press.

Carrión-García, A., Hernández-García, M. & Tiraso, J. (2018). Salud Uninorte. *Salud Uninorte*, 707-714.

Chávez, M., Juárez, A. (2016). Violencia de género en Ecuador. *Dialnet*, 104-115.

Chávez-Ayala, R., Rivera-Rivera, L., Ángeles-Llerenas, A., Díaz-Cerón, E., Allen-Leig, B., & Lazcano-Ponce, E. (2009). Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. *Revista de Salud Pública*, 506-514.

Copelón, R. (1997). *La violencia doméstica como tortura. En Derechos Humanos de la Mujer*. Bogotá: Profamilia.

Edkins, J & Pin-Fat, V. (2005). *Through the wire: Relations of power and relations of violence. Millennium*. Obtenido de Through the wire: Relations of power and relations of violence. Millennium: <http://sci-hub.tw/10.1177/03058298050340010101>



Farith, S & Casas, L. (2004). : *Informe comparativo de la evaluación de la Reforma Procesal Penal desde una Perspectiva de Género* . Chile, Ecuador, Honduras, Guatemala: Centro de Estudios de Justicia de las Américas.

Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad, tomo I*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Foucault, M. (1988). *El sujeto y el poder*. México: Revista Mexicana de Sociología. Obtenido de Revista Mexicana de Sociología: <http://www.jstor.org/stable/3540551>

Foucault, M. (1997). *Vigilar y Castigar: el nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI editores.

Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. Madrid: Las ediciones de la Piqueta.

Hernández, L. (2010). Teoría de los Sistemas. *Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible - CIMAS*.

Lagarde, M & De los Ríos. (2001). *El derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia*. México: Comité para la Eliminación de la Discriminación.

Lagarde, M & De los Ríos. (2001). *El derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia*. México: Comité para la Eliminación de la Discriminación.

Lagarde, M & De los Ríos. (2006). Femicidio. *Femicidio*. Oviedo: Ciudad de Mujeres.

Lagarde, M & De los Ríos. (2012). Las leyes de violencia de género en México: medidas de prevención y sensibilización. *REDUR 10*, 253-275.

Lagarde, M. (1996). “El género”, *fragmento literal: ‘La perspectiva de género’, en Género y feminismo. Desarrollo Humano y Democracia*. España: Horas y Horas, pp.13-38.



- Lagarde, M. (1997). Identidad de género y derechos humanos: la construcción de las humanas. Caminando Hacia la Igualdad Real Manual en Módulos. *Programa Mujer, Justicia y Género, ILANUD*.
- Macías, G. (2009). *Evaluación de la calidad de atención en el Centro de Salud de Campo Verde en San Salvador de Jujuy*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Salta.
- Mesino, L. (2007). *Las políticas fiscales y su impacto en el bienestar social de la población venezolana. Un análisis desde el paradigma crítico. Periodo: 1988-2006*. Obtenido de <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2010/lmr/Categorias%20de%20Analisis.htm>
- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. . (2014). *Código Orgánico Integral Penal del Ecuador*. Quito: Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. .
- Ministerio de Salud de Colombia. (2016). *Modelo Integral de Atención en Salud*. Colombia: MINSALUD.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Norma Técnica de Atención Integral de Violencia de Género*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). “*No a la Violencia Contra las Mujeres*”. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/no-a-la-violencia-contra-las-mujeres-msp-brinda-atencion-especializada-en-salas-de-primera-acogida/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). Atención integral y seguimiento de pacientes . En M. d. Ecuador, *Atención integral y seguimiento de pacientes* . Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.



- Morales-Trujillo, H. (2010). Femicide and Sexual Violence in Guatemala. En R. Fregoso, & C. Bejarano, *Terrorizing Women: Femicide in the Américas*. *Duke University Press*, 127-138.
- Moreno, S., Barreto, M., Sanabria, S., González, L & Pinzón, A. (2013). Evaluación de la atención a víctimas de la violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31-33.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Orozco, T. (2006). Manejo de la violencia sexual. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 17.
- Ramos, M. (2017). *Evaluación de los efectos de la capacitación al personal de salud, sobre la guía de atención integral en violencia de género, en el servicio de emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez en el primer semestre del año*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.



- Ramos, M., Romero, M., Caballero, M & Martínez, N. . (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un Centro de Salud. *Salud Pública Mex*, 182-191.
- Rico, N. (Noviembre de 2004). Violencia de género: un problema de Derechos Humanos. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Unidad Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas*, 15.
- Romero, V. & Amar, J. (2009). Renovación de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31-33.
- Sainz, M., Rey, N., Gorn, S. (2010). Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Salud Mental*, 33 - 247.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades. (2017). Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades. Quito, Ecuador.
- Segato, R. (2003). La estructura de género y el mandato de violación. *Las estructuras elementales de la violencia*.
- Távora, J. (2006). *La regulación del poder de mercado y la transición a la democracia. En Construir Instituciones: democracia, desarrollo y desigualdad en el Perú desde 1980*. Lima: CIUP/PUCP/IEP.



Anexos

Anexos 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACULTAD DE FILOSOFIA

MAESTRÍA EN EDUCACION SEXUAL II COHORTE

Por favor lea la siguiente información para estar seguro que comprende perfectamente el objetivo del estudio que se realizará, coloque sus datos solo en caso de que usted esté de acuerdo en participar en el estudio:

El objetivo del estudio es: Analizar con un enfoque correlacional el funcionamiento de la ruta de atención en salud para las personas víctimas de violencia sexual con la finalidad de definir lineamientos de una propuesta de mejora a la ruta de salud existente, para personas víctimas de violencia de género, en caso de ser necesario.

Para realizar este estudio, se necesitará que usted responda de forma verbal a las preguntas que le serán formuladas; mientras se graba el audio de la conversación para codificación posterior de la información.

Se garantiza que su identidad se mantendrá anónima en todo momento, y sus datos estarán protegidos.

Usted autoriza que los resultados obtenidos podrán ser usados por la investigadora para los fines planteados dentro del tema de investigación.

Después de haber leído y comprendido el objetivo del estudio, y haber resuelto las dudas que tenía y con la autorización de consentimiento, Yo..... autorizo libre y voluntariamente a participar en la investigación realizada y utilización de la información acorde a necesidades del entrevistador.

Cuenca...../...../2018

.....

Firma de la Participante.

C.I.....



Anexo 2.

REGISTRO DE ATENCION EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA SALA DE PRIMERA ACOGIDA DEL CENTRO DE SALUD TIPO C CARLOS ELIZALDE**DATOS DEMOGRÁFICOS** (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014); (Sainz, M., Rey, N., Gorn, S, 2010)

	VARIABLE E INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
RANGOS DE EDAD	0 a 4 años		
	5 a 9 años		
	10 a 19 años		
	20 a 49 años		
	50 a 64 años		
	mayores de 65 años		
SEXO	Femenino		
	Masculino		
ESTADO CIVIL	Soltero		
	Casado		
	Divorciado		
	Viudo		
	Unión de hecho		
PROCEDENCIA	Urbano		
	Rural		
AUTO IDENTIFICACION ETNICA	Indígena		
	Afroecuatoriano - Afrodescendiente		
	Negro		
	Mulato		
	Montubio		
	Mestizo		
	Blanco		
	Otro		
	No sabe - no responde		
NACIONALIDAD	Ecuatoriana		
	Colombiana		
	Peruana		
	Cubana		
	Otra		



CARACTERIZACIÓN DE USUARIOS (Sainz, M., Rey, N., Gorn, S, 2010)

	VARIABLE E INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
BUSCAN AYUDA POR	Pensar que necesitaban ayuda		
	Sentirse muy nerviosa		
	Llorar todo el tiempo		
	Sentir que no podía más		
	Alguien más le sugirió		
	Temía que algo pasará		
NO BUSCAN AYUDA POR	No saber qué hacer		
	Sentir vergüenza		
	No poder concretar una cita		

VIOLENCIA SEXUAL (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. , 2014)

	VARIABLE E INDICADOR	NUMERO	PORCENTAJE
TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL	a) Inseminación no consentida		
	b) Privación forzada de capacidad de reproducción		
	c) Acoso sexual		
	d) Estupro		
	e) Distribución de material pornográfico a niñas, niños y adolescentes		
	f) Corrupción de niñas, niños y adolescentes		
	g) Abuso sexual		
	h) Violación		
	i) Utilización de personas para exhibición pública con fines de naturaleza sexual		
	j) Contacto con finalidad sexual con menores de dieciocho años por medios electrónicos		
	k) Oferta de servicios sexuales con menores de dieciocho años por medios electrónicos		
	l) Disposiciones comunes a los delitos contra la integridad sexual y reproductiva		

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014); (Sainz, M., Rey, N., Gorn, S, 2010); (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. , 2014)

Adaptado por: Lorena Delgado Quezada

Anexo 3.

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA	
¿Cómo distribuyen las funciones acorde al recurso humano asignado?	(Macías, G, 2009)
¿Cómo considera que es la capacitación del personal?	(Macías, G, 2009)
¿Cómo se manejan la provisión de los insumos básicos?	(Macías, G, 2009)
¿Considera que la norma técnica es adaptada al contexto local de los procesos de planificación de los programas de salud vigentes?	(Macías, G, 2009)
¿Qué opinión tiene sobre la relación con otras Instituciones del medio; gubernamentales y no gubernamentales, afines y no afines?	(Macías, G, 2009)
¿Considera usted que es necesario identificar nuevas líneas de acción, oportunidades y situaciones que modifiquen y mejoren su accionar?	(Macías, G, 2009)
¿Cuáles considera usted que son las razones para que una persona víctima de violencia busque o no ayuda?	(Sainz, M., Rey, N., Gorn, S, 2010)
¿Qué características ha observado que presentan generalmente las personas víctimas de violencia sexual?	(Távora, J, 2006)
¿Qué tipos de violencia sexual son los más frecuentes en la unidad?	(Sainz, M., Rey, N., Gorn, S, 2010)
¿Cómo calificaría usted el proceso de atención que reciben las personas víctimas de violencia sexual en nuestro sistema de salud?	(Távora, J, 2006)

Fuente: (Macías, G, 2009); (Sainz, M., Rey, N., Gorn, S, 2010); (Távora, J, 2006)

Adaptado por: Lorena Delgado Quezada