



**LA TRASCENDENCIA JURÍDICA DEL MÉDICO GENERAL EN LA RUTA DE
ATENCIÓN EN SALUD, A MENORES DE EDAD VÍCTIMAS DE DELITOS
SEXUALES EN COLOMBIA.**

MANUELA VILLEGAS MOLINA

ASESOR:

MG. NICOLÁS ORTEGA TAMAYO.

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
abogado.

Pregrado en Derecho
Escuela de Derecho y Ciencias Políticas
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín
2022

Declaración de originalidad

Fecha: 11 de noviembre del 2022.

Nombre del estudiante: Manuela Villegas Molina.

Declaro que este trabajo de grado no ha sido presentado con anterioridad para optar a un título, ya sea en igual forma o con variaciones, en esta o en cualquiera otra universidad.

Declaro, asimismo, que he respetado los derechos de autor y he hecho uso correcto de las normas de citación de fuentes, con base en lo dispuesto en las normas de publicación previstas en los reglamentos de la Universidad.

Manuela Villegas Molina

Manuela Villegas Molina

A mis padres y hermana.
Gracias a ustedes, hoy soy lo que soy.

LA TRASCENDENCIA JURÍDICA DEL MÉDICO GENERAL EN LA RUTA DE
ATENCIÓN EN SALUD A MENORES DE EDAD VÍCTIMAS DE DELITOS
SEXUALES EN COLOMBIA.

LEGAL TRANSCENDENCE OF THE GENERAL DOCTOR IN THE HEALTH
CARE ROUTE FOR MINORS WHO ARE VICTIMS OF SEXUAL CRIMES IN
COLOMBIA.

SUMARIO

<i>RESUMEN</i>	5
<i>ABSTRACT</i>	5
<i>PALABRAS CLAVE</i>	5
<i>KEY WORDS</i>	5
<i>INTRODUCCIÓN</i>	6
<i>DE LOS DELITOS SEXUALES A MENORES DE EDAD EN COLOMBIA.</i>	11
<i>ACTIVACIÓN DEL “CÓDIGO FUCSIA” EN COLOMBIA.</i>	14
<i>EXCEPCIONES AL SECRETO PROFESIONAL MÉDICO, EN LAS SITUACIONES DE POSIBLES DELITOS SEXUALES A MENORES.</i>	21
<i>INCIDENCIA PROBATORIA DEL PROFESIONAL MÉDICO COMO PERITO, EN EL PROCESO PENAL POR UN DELITO SEXUAL.</i>	26
<i>CONCLUSIONES</i>	30
<i>REFERENCIAS</i>	30

RESUMEN

A lo largo de la historia, en el ordenamiento jurídico colombiano ha evolucionado, así como alrededor de la sociedad, el concepto de sexualidad, siendo este un avance positivo en cuestión de garantías, libertades y expresión de tranquilidad a comparación de hace unas décadas. Lo anterior, hace que la comunidad se pregunte si esto se ha extendido a las normas, al conocimiento jurídico y a la interpretación de este. Por ello, hemos implementado nuevas herramientas para combatir los comportamientos que violentan estas garantías, y ello requiere de un análisis estricto, profundo y crítico.

PALABRAS CLAVE

Abuso sexual, acoso sexual, libertad sexual, integridad sexual, formación sexual, delito sexual, Código Fucsia.

ABSTRACT

Throughout history, the concept of sexuality has evolved in the Colombian legal system, as well as around society, being this a positive advance in terms of guarantees, freedoms and expression of tranquility compared to a few decades ago. The above, makes the community wonder if this has extended to the rules, legal knowledge, and interpretation of this. Therefore, we have implemented new tools to combat behaviors that violate these guarantees, and this requires a strict, deep, and critical analysis.

KEY WORDS

Sexual abuse, sexual harassment, sexual freedom, sexual integrity, sexual training, sexual offense, Fuchsia Code

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, en el ordenamiento jurídico colombiano ha evolucionado, así como alrededor de la sociedad, el concepto de sexualidad, siendo este un avance positivo en cuestión de garantías, libertades y expresión de tranquilidad a comparación de hace unas décadas. Lo anterior, hace que la comunidad se pregunte si esto se ha extendido a las normas, al conocimiento jurídico y a la interpretación de este.

Por un lado, en el Código Penal colombiano se ha instaurado este concepto con mayor fuerza desde el siglo XIX, integrando delitos como el estupro, adulterio, abusos deshonestos, entre otros. En la actualidad, se ha avanzado un poco más hacia la libertad sexual, pero manteniendo las garantías fundamentales en este aspecto personal, sobre todo respecto de los niños, niñas y adolescentes.

Social y legalmente, los menores de edad siempre han tenido unas garantías más reforzadas, con mayor amplitud respecto a su priorización en ámbitos como el jurídico y el penal. Un gran ejemplo de ello es el Código Fucsia, cuando se trata de atención en salud a posibles víctimas de delitos sexuales en Colombia, este tiene como objetivo “implementar conocimientos integrales y actualizados para la atención de víctimas de violencia sexual en población infantil y adulta, conociendo la totalidad del proceso asistencial y sus responsabilidades específicas según el rol. En este proceso asistencial se incluyen la prevención y diagnóstico de ETS y embarazo, aspectos para la investigación y procesos legales y el apoyo emocional a la víctima.” (Familiar, 2021)

Con lo anterior, y teniendo en cuenta lo indicado por la Fundación Red contra el Abuso Sexual en su protocolo fucsia, se puede concluir entonces que,

el Código Fucsia se dirige a quienes acuden a los entornos de atención de la salud, que han encontrado y superado muchas barreras personales y sociales como resultado del evento traumático que sufrieron y que llegan al entorno en circunstancias muy vulnerables. Por lo anterior, la atención que se les brinde debe garantizar un trato compasivo, humano y respetuoso; procedimientos estandarizados y efectivos para controlar el riesgo del incidente a su salud sexual y reproductiva, salud mental y entorno familiar. (Sexual, Protocolo Fucsia, 2020)

Cuando una persona es detectada como víctima o hace una consulta por un posible delito que involucre algún tipo de violencia sexual, debe brindarse atención inmediata y urgente, de forma independiente al tiempo de los hechos. Una víctima de un delito sexual vive una situación de profunda angustia e incertidumbre, que puede poner en peligro incluso su vida.

Se deben desarrollar la mayor cantidad de acciones en el primer contacto con el sector salud que amerite el caso, además de articulación con los sectores que se necesite para garantizar la continuidad del Proceso Integral de Atención. La violencia sexual, desde su definición, es una urgencia, dado que altera la integridad física, funcional y/o psíquica en diversos grados de severidad, comprometiendo la vida o funcionalidad de la persona, y por tanto requiere de la protección inmediata de los servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. (SURA, 2008)

Desde esta perspectiva, el abuso que la víctima ha sufrido de forma progresiva, esto es, por un largo tiempo, es también una urgencia. Esa particular característica, determina que la atención a estas personas pueda darse en cualquier momento del desarrollo del evento o eventos, y que el término de la atención inicial,

que busca la estabilización del paciente, se extienda lo necesario para lograr un equilibrio físico y mental. Ello, con la utilización de los recursos humanos, materiales tecnológicos y financieros indispensables para alcanzarla.

Las cifras de violencia sexual y su situación en el marco de la realidad colombiana muestran sólo una parte de la altísima vulneración a los derechos humanos de niños, niñas, adolescentes, mujeres y hombres, que son víctimas cotidianas de delitos sexuales en el marco de las relaciones familiares, sociales, comerciales, de delincuencia común, e incluso, en el marco del conflicto armado. Se ha evidenciado que, en Colombia, solo un pequeño porcentaje de ellas acceden a los servicios de salud, aceptando su condición de víctimas y buscando atención médica específica por razón de este evento.

El abuso y la explotación sexuales comerciales de niños, niñas y adolescentes son los tipos más frecuentes de violencia sexual en Colombia. Cada tipo de violencia genera consecuencias físicas, emocionales y sociales diferentes y cada persona y grupo familiar las experimenta de forma distinta. Por ello, dar respuesta a las necesidades especiales y específicas de las víctimas de violencia, requiere conocimiento, preparación, un análisis juicioso y una adecuada disposición profesional y humana, para minimizar las posibles victimizaciones secundarias o las denominadas “situaciones de revictimización” surgidas de los procesos de intervención médica, judicial, psicológica, entre otros.

La atención en salud para personas que han sido víctimas de un delito sexual es, generalmente, una de las experiencias más retadoras para el personal de salud, debido a que no sólo requieren de conocimientos técnicos específicos en el abordaje del caso, sino también del despliegue de una serie de habilidades de comunicación, manejo de crisis, trabajo interdisciplinario, consejería y sobre todo ética, sensibilidad y solidaridad. En el ámbito nacional, la violencia sexual es priorizada como un evento de interés en salud pública (Acuerdo 117 del Ministerio

de Salud, Resolución 412 de 2000, Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva), por lo cual debe ser objeto de atención oportuna y seguimiento, para lograr la reducción de las complicaciones que pueden ser evitables.

La violencia sexual representa peligro para la salud de la víctima por el alto riesgo de embarazo o de adquirir infecciones de transmisión sexual, con secuelas para el resto de su vida.

También es una urgencia en salud mental, pues el intenso estrés y sufrimiento emocional producido pueden generar disfunción, así como ideaciones y conductas suicidas. Por lo tanto, la atención llevada con calidad y oportunidad permite impactar positivamente en la vida de estas personas y de cumplir con las responsabilidades que, como seres humanos, profesionales y como sector, se tiene ante las víctimas de violencia sexual. (Social, PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021, 2012)

Así las cosas, y apuntando a un análisis constitucional al respecto de los delitos sexuales, se puede dar análisis a los derechos humanos que definen los valores que rigen y controlan las interrelaciones entre individuos, sociedades, estados y naciones, y fijan límites al abuso de poder. Así, en el campo de las relaciones sociales, los derechos humanos buscan garantizar relaciones democráticas, justas o igualitarias en los ámbitos económico, político, social y cultural entre adultos, niños y niñas y entre ciudadanos.

La dignidad como fundamento de los derechos humanos, implica el respeto a la vida y a la integridad; la abstención de cualquier trato cruel o degradante y, la prohibición expresa de la reducción de un ser humano a la condición de simple instrumento al servicio de una voluntad de poder. (VIDASINÚ, 2020)

Según la institución de salud ESE VIDASINÚ de Montería, se consideran vulneraciones a la dignidad humana en el terreno de la sexualidad, todas las formas de violencia sexual, incluidas la trata de personas, la pornografía y la prostitución.

Siendo destinatarios de los derechos, en particular, grupos o poblaciones puestos en situación de vulnerabilidad, por diversas razones culturales, sociales, políticas, económicas o ambientales, así como la población étnica (indígenas, afrocolombianas, raizales, pueblo ROM) personas en situación de desplazamiento, **niños, niñas y adolescentes**, adultos mayores, mujeres, personas en situación de discapacidad física, sensorial visual, sensorial auditiva, mental y cognitiva y LGBTI (lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, intersexuales y otros) (VIDASINÚ, 2020)

Colombia se ha unido a un conjunto de grupos y herramientas internacionales de derechos humanos, ha consagrado en su Carta Constitucional el respeto a estos, y ha suscrito planes de acción enfocados en reafirmar su compromiso con los derechos humanos de todos estos grupos de personas. Dando alcance a lo anterior,

la vigencia y garantía de los derechos sexuales y reproductivos se aplica a todos los campos de la vida social de las personas, tanto en el ámbito público como privado, en la relación con su pareja, en la familia, en la escuela, en el trabajo, en la vida comunitaria y en la relación con el Estado. (Social, Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos., 2010)

Por ello, el presente proyecto pretende analizar, conocer, criticar y profundizar, en la importancia jurídica que tiene el médico general, dentro de las rutas de salud disponibles, para los posibles casos de delitos sexuales infantiles,

siendo el profesional de la salud, quien tiene el primer contacto “de autoridad” con el menor y, por lo tanto, quien puede activar las alarmas y procedimientos apropiados para su intervención y ayuda.

DE LOS DELITOS SEXUALES A MENORES DE EDAD EN COLOMBIA.

Colombia, siendo uno de los países con mayor índices de violencia sexual en América Latina, se ha esforzado por reforzar la protección de los menores de edad que son blanco de este tipo de conductas. Así las cosas, las formas de criminalidad que acosan a esta población en concreto, son muy diversas e impactantes, pero, es inevitable, no involucrase en los delitos sexuales, su naturaleza, entendimiento y regulación, dado que son los que más repudio y reproche social representan.

Las diferentes herramientas que se han creado como insumos para clasificar lo necesario en pro de atender ese tipo de escenarios, van desde el favorecimiento y refuerzo del concepto de autocuidado, hasta la acción y campaña de líderes comunitarios. Por ello, conocer y aceptar estas situaciones, es fundamental para un correcto manejo y solución de estas.

En la actualidad, la Medicina y el Derecho crean una simbiosis perfecta para atacar y medir este tipo de conflictos; por un lado, la Medicina es el pilar principal en el que la ruta de atención a víctimas de estos delitos, se basa; y, por otro, el Derecho es la perspectiva que da el alcance que hace falta, para que las acciones que se toman sobre el asunto, puedan llevarse a instancias superiores, a áreas en donde los individuos conozcan y entiendan la gravedad de estos actos y, por supuesto, sus consecuencias.

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se describe la violencia sexual como todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o

las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. (social, Resolución 000459 de 2012, 2012)

Ahora bien, en Colombia, las agresiones sexuales son reprochadas por la comunidad, más aún cuando van dirigidas a niños, niñas y adolescentes; por ello, desde las disposiciones jurídicas, las providencias constitucionales y las decisiones judiciales, se ha buscado salvaguardar los derechos de estos, generando un impacto en la política criminal, que se ve reflejado en los cambios normativos, como el incremento del quantum punitivo en los delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales; la exclusión de los beneficios jurídicos como los subrogados penales para el agresor sexual, en busca de la aplicación de la prevención especial y general negativas, para intentar reforzar la protección de ese tipo de víctimas.

Los delitos sexuales en el Código Penal colombiano se tipifican en el Libro II, Título IV, y se clasifican en los grupos que siguen: **“de la violación”**, **“de los actos sexuales abusivos”**, **“circunstancias de agravación”** y **“de la explotación sexual”**. (República, 2000) En consecuencia, en Colombia, se ha logrado encausar todo tipo de conductas socialmente reprochadas con enfoque sexual, en esta clasificación “simple” de cuatro categorías, dentro de los delitos contra el bien jurídico antes mencionado. Sin embargo, ello no ha logrado una rebaja significativa en la realización de estos comportamientos, por el contrario, cada vez vemos más incremento en la cantidad de actos con naturaleza sexual. La cifra es escalofriante, “en el 2021 por ejemplo, se presentaron en Colombia, cerca de 43,993 denuncias asociadas a delitos sexuales, de las cuales el 61% corresponden a casos contra niños, niñas y adolescentes.” (El espectador, 2022).

Con todo, es evidente que esta sociedad, como muchas otras, se encuentra aún en la lucha por la protección en ámbitos sexuales, de los niñas, niños y adolescentes, por ello, este análisis se centra en el papel del médico general dentro de los eventos en los que se sospeche que el menor ha sido o es víctima de este tipo de delitos, pues es este quien, de primera mano y de forma inicial, podrá dar a conocer su sospecha para llevarla a una instancia mayor, a las autoridades competentes, las disciplinas adecuadas y a las instituciones pertinentes.

Es este actor, el médico general, el que tendrá la oportunidad más clara de notar, en el primer contacto con el menor, que efectivamente se encuentren indicios y elementos médicos, físicos, comportamentales y sociales, con los cuáles se pueda inferir de forma razonable, que se podría estar ante un caso de esta naturaleza. Por lo tanto, y al reconocer la importancia de este rol en las rutas de atención, es necesario dar claridad sobre las herramientas y conductos que se tienen en este país, para atender este tipo de casos, entendiendo ello como una plataforma para evaluar si la funcionalidad, efectividad y oportunidad de ellos, es contundente.

Es claro, además, que el aporte del médico general en el ámbito jurídico del estudio de delitos sexuales genera una apertura y oportunidad, hacia el análisis de conceptos como la revictimización, el peritaje, la calidad, análisis, credibilidad e importancia de los testimonios, entre otros. Por otra parte, permite ello entender que las investigaciones son flexibles, cambiantes, dinámicas, que pueden modificarse con el transcurso del tiempo, y que son dependientes del entorno, las necesidades sociales, las ideas preconstituidas y los análisis científicos.

El objetivo, entonces, tendrá lugar como paso de una concepción empírica, una ideología, un estigma o etiqueta sobre el tema en específico, a una estructura construida científica, social, médica y legalmente. Todo ello, gracias a la articulación de las disciplinas del Derecho y la Medicina que, a su vez, se complementan con otras como la sociología, la psicología y la antropología. Es necesario, por ello, dar

inicio a este estudio, con las herramientas actuales que posee nuestro sistema médico y legal, para combatir y dar solución a los eventos en que un menor de edad, presente indicios de los cuáles se pueda inferir de forma probable y razonable, que fue o está siendo víctima de un delito sexual. Así como entender la importancia y urgencia del manejo del asunto, pues el tiempo, en estos casos, es un factor crucial para el tratamiento efectivo y eficiente de estas condiciones que son tanto físicas como mentales.

Así las cosas, el siguiente capítulo versará sobre el estudio y análisis de la primera herramienta que se activa en estos casos, la cual podría decirse que es el pilar principal para lograr una atención oportuna al menor, un control eficiente de la situación y un manejo apropiado de las consecuencias que se derivan de ser víctimas de este tipo de comportamientos: “El Código Fucsia”

ACTIVACIÓN DEL “CÓDIGO FUCSIA” EN COLOMBIA.

En primer lugar, es imperativo reconocer de dónde viene este concepto o el porqué de su denominación. Este concepto se remonta a la idea de que, cuando un víctima de un delito sexual, es reconocida como tal en un centro médico, o sospechosa de serlo, debe ello ser avisado por el personal que esté atendiéndola, pero omitiendo su identidad y condición, para respetar su intimidad y evitar momentos de revictimización, por lo cual se opta por anunciar la denominación de “Código Fucsia” en las instituciones de salud, para que las autoridades competentes dentro del recinto, puedan evidenciar el aviso de la situación y acudir al lugar específico donde se encuentra el menor o el individuo en general.

Así las cosas, es importante que se reconozcan las características de este concepto, de qué se trata y qué pretende lograr. Para ello, la Médica General de la Universidad Pontificia Bolivariana y estudiante de último año de la especialización de Pediatría en la Universidad CES, Sara Villegas Molina, nos indica en entrevista:

Como médica general y en mi proceso de ser pediatra, he logrado identificar varios conceptos importantes sobre el Código Fucsia y los delitos sexuales en la ciudad de Medellín:

En primer lugar, he evidenciado una alta prevalencia de violencia sexual, especialmente en niños, niñas y adolescentes. Alta incidencia de estos casos con actos que ocurren especialmente en el ámbito familiar y social. Es importante reconocer que a la mayoría de los médicos generales, se nos da capacitación sobre el Código Fucsia durante el estudio de pregrado, durante el curso de medicina legal. Sin embargo, tenemos poca práctica sobre el tema.

Sin perjuicio de lo anterior, sabemos que aquel acto que ocurre en menos de 72 horas es una urgencia. Sin embargo, cuando se trata de aquel que se analiza después de las 72 horas y la valoración es por urgencias, el principal problema es el tiempo, ya que las consultas de medicina general son de entre 15 y 20 únicamente. Posterior al interrogatorio, intentamos tomar las muestras pertinentes, toda IPS debe contar con el kit de violencia sexual. Sin embargo, se ven dificultades para la realización de algunos exámenes por cuestión de presupuesto o planeación de la entidad.

Es importante, además, saber que en cada hospital se tienen los datos para comunicarnos con el ente encargado sea policía de infancia o ICBF, y no debemos dudar en hacer uso de ellos. Por otro lado, en muchas ocasiones "donde no se requiere hospitalización" según el análisis médico inmediato, es difícil identificar si el paciente vuelve al lugar de riesgo, ya que no tenemos continuidad de esta parte. También, se evidencia mucha revictimización en el proceso,

pues después de nuestro interrogatorio, la víctima es nuevamente interrogada por el personal de la policía.

Por último, pienso que aún falta mayor capacitación, práctica y centros especiales para la atención de estos pacientes, donde todo se encuentre en un lugar, tanto el personal médico, como psicológico, las autoridades competentes, y que sea un lugar para realización y revisión de exámenes, rehabilitación, seguimiento, entre otros. En conclusión, en Colombia aún se necesitan lugares donde la atención a víctimas de delitos sexuales sea integral y se logren disminuir secuelas de todo tipo en estos pacientes.

Lo anterior, deja en evidencia lo que ya sugeríamos, que las herramientas existen, pero se debe objetar y analizar su eficiencia y eficacia. Para ello, es imperativo comprender el correcto proceso por el cual se activa esta vía de “emergencia” ante estas situaciones. En primer lugar, la Resolución 459 del año 2012 establece el Protocolo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, allí se describen los principales parámetros para que el sector salud brinde una atención integral y el mecanismo óptimo para el restablecimiento de los derechos de las víctimas. En este protocolo, se indica que en estos procesos

se tiene un importante énfasis en derechos, el cual se materializa a través de una atención igualitaria a hombres y mujeres, sin que aspectos de color, raza, edad, creencia religiosa, afinidad política y orientación sexual, influyan o modifiquen la atención que le será dada a la víctima, asegurando así, una atención en la que se respete su integridad física y sexual, así como sus derechos sexuales y reproductivos. (Social, Resolución 459 del año 2012 , 2012)

Así, también se obliga a los prestadores de servicios de salud, a que brinden una atención en el que se aseguren los siguientes derechos:

1. Recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad;
 2. Recibir orientación, asesoría jurídica y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado, desde el momento en que el hecho es puesto en conocimiento de las autoridades;
 3. Recibir información clara, completa, veraz y oportuna con relación a sus derechos y procedimientos;
 4. Dar consentimientos informados de los exámenes médicos legales en los casos de violencia sexual;
 5. Recibir información clara, completa, veraz y oportuna con relación a la salud sexual y reproductiva;
 6. Ser tratado con confidencialidad al recibir la asistencia médica legal o la asistencia social respecto de sus datos personales y,
 7. Recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico.
- (Social, Resolución 459 del año 2012 , 2012)

Este protocolo garantiza un enfoque integral, por lo que se invita a considerar al ser humano en su integralidad, es decir, considerando su entorno familiar, personal, académico, social, emocional, psíquico y las consecuencias generadas tras el conocimiento de los hechos, para así, gestionar una estrategia de intervención que supla sus necesidades y la de sus familias (Sexual, Protocolo Fucsia, 2020)

Así las cosas, la Fundación Red contra el Abuso Sexual, nos indica también que es responsabilidad de las entidades de salud, estar preparados para la atención a las víctimas que requieran de sus servicios, por ello, deben conformar un equipo interdisciplinario de profesionales que realicen la atención,

el cual debe estar “debidamente capacitado en el protocolo establecido, garantizar los insumos y dotación necesaria para la prestación de los servicios y actuar en estos de manera coordinada con las diferentes instituciones que sean necesarias para responder a las necesidades de la víctima.” (Sexual, Protocolo contra el abuso sexual, 2019)

También, reafirmando lo que ya se mencionó, con respecto a que todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica, se concluye que, “resulta inadmisibles que les sea negado el servicio, con obstrucciones de cualquier naturaleza, a las posibles víctimas de delitos sexuales, mucho menos si estas son menores de edad.” (Social, Resolución 459 de 2012, 2012) En consecuencia, se deben asegurar los servicios médicos, intervenciones y medicamentos especializados para atender estos casos, sin que el régimen de afiliación, por ejemplo, sea un impedimento al acceso de estos beneficios.

Así, si la víctima se presenta al servicio médico y no han transcurrido más de 72 horas posteriores al abuso, será atendida con el Triage I, más si ya transcurrieron 72 horas después de los hechos, será atendida con Triage II. En todo caso, es indispensable que se valore si la víctima corre peligro inminente previo a los servicios propios del protocolo de atención. (social, TRIAGE, 2022)

Las víctimas deben recibir una valoración inicial completa, es decir, la exploración médica incluye aspectos físicos, genitales y mentales. Así, la víctima tiene derecho a recibir una atención médica por urgencias, ser diagnosticada de acuerdo con el tipo de violencia sexual, recibir la profilaxis y

tratamiento contra el VIH/SIDA, recibir la anticoncepción de emergencia (siempre antes de 72 horas), asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), recolección de

evidencias, orientación a la familia, planeación, seguimiento y remisión a otros servicios de salud y, sobre todo, remisión a las entidades de justicia. Es responsabilidad del profesional de la salud, verificar que el informante y acompañante de la víctima no sea el agresor, este no debe estar nunca en el mismo espacio psicoterapéutico de la víctima. (Social, Resolución 459 del año 2012 , 2012)

Durante el examen físico a la víctima, el profesional debe explicarle al paciente cada uno de los procedimientos que le serán realizados, así como pedir su consentimiento para ello, además la víctima deberá usar una bata o toalla que le permita tener su cuerpo cubierto, y únicamente descubrir la parte del cuerpo que será auscultada. “En esta revisión médica, se hará la valoración de todo el cuerpo de la víctima, no solo del área genital. Este será el momento oportuno para la recolección de material probatorio que se considere necesario.” (Sexual, Protocolo fucsia: Servicios médicos en el contexto de la violencia sexual, s.f.)

Como parte de la atención primaria de urgencias, las víctimas también deben tener acceso a la atención de un profesional de la salud mental para recibir apoyo psicosocial. Este especialista será el encargado de realizar el proceso de orientación y confirmación necesario para que la víctima pueda continuar recibiendo la atención psiquiátrica requerida, luego de la atención en el servicio de emergencia.

En cuanto a la toma de muestras, lo más recomendable es que las víctimas acudan a urgencias dentro de las 72 horas siguientes a haber sufrido una agresión sexual, en estos casos, tienen derecho a una serie de exámenes clínicos, según protocolo, y a un seguimiento de su estado de salud. La recogida de estas muestras puede variar, y dependerá del número de días que hayan transcurrido entre la asistencia médica, y la fecha y forma del ataque. Finalmente, según el Decreto 1543

de 1997, se debe aclarar al paciente que la toma de muestras no es un requisito previo para el inicio de algunas actividades de respuesta inmediata como la anticoncepción de emergencia y la prevención de diversas infecciones de transmisión sexual o VIH/SIDA dentro de las primeras 72 horas posteriores al accidente. En concordancia, La Corte Constitucional mediante las sentencias T-209/08, T-300/09 y C 355 también indicó que

para realizar la IVE en menores de 14 años de edad, no es obligatoria la denuncia de los hechos, pues se presume que es víctima de abuso sexual. Igualmente, indica que, si los padres de familia del menor de edad no están de acuerdo con la realización del procedimiento, la decisión del niño, niña o adolescente, primará y bastará con que la solicite. (Colombia C. C., 2009)

Por lo anterior, otro parámetro fundamental a analizar, es la decisión del menor, su estado mental y el apoyo que los que le rodean, sea un soporte positivo para enfrentar el asunto y buscar la ayuda pertinente para tratarlo, controlarlo y buscar qué consecuencias surgen de allí y qué opciones se tienen sobre ello. En consecuencia, el siguiente capítulo versará sobre el análisis de las excepciones al secreto profesional médico, dentro de las rutas de atención en salud a menores de edad víctimas de delitos sexuales en Colombia.

EXCEPCIONES AL SECRETO PROFESIONAL MÉDICO, EN LAS SITUACIONES DE POSIBLES DELITOS SEXUALES A MENORES.

Según los autores y psicólogos forenses, Cristina Jiménez Cortés y C. Martín Alonso, especialistas en psicología clínica de Málaga - España, en los casos de la valoración del testimonio en abuso sexual infantil, en adelante ASI, recae una gran responsabilidad sobre el perito, ya que se trata, en líneas generales, de episodios ocurridos en la más estricta intimidad, por lo que con frecuencia solo hay dos testigos: el perpetrador y la víctima del mismo.

Tras analizar las diversas metodologías propuestas por la literatura profesional en la materia, se propone al médico que se presentará como perito en un proceso penal por delito sexual, una valoración cualitativa basada en la integración de todos los datos de interés para optimizar el aseguramiento de la fiabilidad de la valoración. Lo anterior, pues es muy probable, dada la investigación general en esta área, que se trate con una situación de mucha dificultad en cuanto a la aceptación del evento por parte de la familia, pues en Colombia, según la Sociedad Colombiana de Pediatría, en el 88% de los casos a delitos sexuales en menores a 2022, los perpetradores son familiares o acudientes.

En consecuencia, la detección del abuso sexual en un menor puede verse dificultada por el miedo a ser castigado, a no ser creído, a posibles represalias por parte del perpetrador (y en ocasiones también por parte del núcleo familiar) y por los sentimientos de vergüenza y culpa que generan este tipo de situaciones. Por lo tanto, existen eventos en los cuáles, según el comportamiento del menor, el médico profesional que está conociendo del asunto, puede y debe informar a las autoridades respectivas del hecho, sin que ello constituya una violación al secreto profesional médico – paciente.

Desde la perspectiva del legislador constitucional colombiano, el médico que realiza revelaciones amparadas por el secreto profesional y lo hace por la necesidad de evitar la comisión de un delito, o de la continuidad de este, constituye una exoneración de responsabilidad disciplinaria como excepción legítima. La Corte Constitucional ha definido el secreto profesional como: “la información reservada o confidencial que se conoce por ejercicio de determinada profesión o actividad”. En este sentido, el secreto profesional es un derecho – deber del profesional, pues si este se ve obligado a revelar lo que conoce sobre su paciente, perderá la confianza de este, su prestigio y su fuente de sustento.

Así mismo, en Sentencia C 301 de 2012, La Corte Constitucional indica que

el secreto profesional nace de una relación de confianza que surge entre el profesional y su cliente a propósito de los asuntos objeto de su relación. Mal se podría asegurar el éxito de la gestión confiada a aquél si los temores de quien requiere sus servicios le impiden conocer en su integridad los pormenores de la situación en que se ocupa.

También, se indica que el secreto profesional tiene como fundamentos esenciales la tutela de la privacidad natural de la persona y la protección de la honra, el buen nombre y la buena fama del paciente en este caso que

se reserva para la privacidad o exclusividad, con un doble fin: primero, para no dejar indefensa a la persona, al despojarla de la introspección necesaria para vivir dignamente, con su privacidad natural. Y segundo, por la honra, buen nombre y buena fama del depositante del secreto, que deben quedar incólumes. Se habla de reserva, lo cual indica que el conocimiento se guarda para algo específico, que debe ser utilizado en la confidencialidad y exclusividad propias del oficio. Se viola el secreto cuando se divulga, no necesariamente cuando se revela ante

quienes también deben, jurídicamente hablando, compartir la reserva.
(2012, Corte Constitucional de Colombia, 2012)

Así las cosas, el secreto profesional en materia médica está regulado en la Ley de Ética Médica, la cual lo define de la siguiente manera:

entiéndese por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito **revelar sin justa causa**. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, **salvo en los casos contemplados por disposiciones legales**. (Educación, 1981)

Esta ley señala la posibilidad de que el médico revele el secreto profesional en los siguientes casos:

- a) Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne o convenga;
- b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento;
- c) A los responsables del paciente, **cuando se trate de menores de edad** o de personas mentalmente incapaces;
- d) **a las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley;**
- e) A los interesados cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se pongan en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia. (Educación, 1981)

Ahora bien, al estudiar el contenido y alcance del sigilo que deben guardar los profesionales de la medicina sobre los aspectos que conocen por razón de su relación profesional con los enfermos, La Corte Constitucional ha considerado que

el médico únicamente puede ser relevado de mantener en secreto lo que conoció, oyó, vio y entendió, por razón de su relación profesional con el paciente, cuando tal revelación comporte beneficios comprobados para el enfermo, y ante la necesidad extrema de preservar los derechos a la vida, y a la salud de las personas directamente vinculadas con él. (Mundial, 2022)

Teniendo en cuenta las aseveraciones anteriores, se podría concluir que no solo es posible “violar” el secreto profesional médico en casos de sospecha de delitos sexuales cometidos hacia menores de edad, sino que se ha convertido en un deber del profesional de la medicina, informar esta sospecha a familiares y autoridades competentes, de forma inmediata. Para ello, La Alcaldía de Medellín, junto con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), también establecen rutas de atención integral para los menores víctimas, indicando que para la atención a víctimas de violencias sexuales se despliegan rutas específicas en tres sectores: salud, protección y justicia. Estos caminos permiten identificar y conocer las capacidades de las diferentes organizaciones encargadas de prevenir, identificar, gestionar, proteger y atender la violencia sexual.

En el caso de la ruta de salud, el niño, niña o adolescente, puede dirigirse con un familiar o tutor, a cualquier servicio de urgencias, en el que se tendrá una atención más comedida y, además, gratuita. Allí, se dará al menor una atención física y mental y, una vez activado el Código Fucsia, se dará paso a los exámenes de profilaxis para la detección y control de enfermedades de transmisión sexual (ITS y VIH); luego, se le proporcionará al menor una anticoncepción de emergencia (en caso de niñas y adolescentes mujeres); a continuación, se pasará a la toma de material probatorio como muestras de sangre, fluidos en las zonas íntimas, uñas, entre otros. (Social, INSTRUCTIVO PARA EL USO DEL KIT DE PROFILAXIS

POST EXPOSICIÓN PARA VIH, ITS Y ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL , 2012)

A partir de allí, el profesional médico, remitirá el caso a Justicia Protección, donde se iniciarán los pasos necesarios para comenzar la imposición de la denuncia, una investigación penal y el proceso de judicialización. Además, debe tenerse en cuenta que, en las primeras 72 horas del suceso, es de significativa relevancia acudir de inmediato a la ruta de salud y, por ser un delito penal siempre se debe remitir a Fiscalía.

Estas entidades, también señalan que toda persona, entidad pública o privada en cuanto tenga conocimiento de un caso de Violencia Sexual, está en la obligación de activar la Ruta de Atención Integral a Víctimas, para ello, por ejemplo,

en el Municipio de Medellín, se tiene la Línea 123 Social, la cual tiene la competencia de atender todas las denuncias del territorio y cuenta con un equipo psicosocial solamente para el tema de niñas, niños y adolescentes, el cual realiza la constatación de situaciones y activación de rutas de atención específicas al caso reportado. En caso de que la comunicación con la línea 123 social no llegase a darse, el ciudadano, puede también hacer llamados a los cuadrantes de policía del sector de ocurrencia del caso, solicitando la actuación inmediata de la patrulla de la Policía de Infancia y Adolescencia. (Social, INSTRUCTIVO PARA EL USO DEL KIT DE PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN PARA VIH, ITS Y ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL , 2012)

Lo anterior, también implica reconocer la importancia que esta advertencia y denuncia por el profesional médico, tendrá en el posible proceso penal que se inicie por un delito sexual. Por lo anterior, en el siguiente y último capítulo, se analizará y

reconocerá la incidencia probatoria que tiene el médico como perito dentro del proceso penal en Colombia.

INCIDENCIA PROBATORIA DEL PROFESIONAL MÉDICO COMO PERITO, EN EL PROCESO PENAL POR UN DELITO SEXUAL.

La ruta que debe seguir el profesional médico ante estos casos se rige a partir de la Resolución 000459 de 2012, y es de obligatorio cumplimiento para los actores, tanto públicos como privados, que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Según La Alcaldía de Medellín, en su protocolo de Rutas de Atención Integral de Violencia Sexual (RAIVS),

es importante tener en cuenta que un caso de violencia sexual deberá ser atendido siempre a través de un servicio de urgencias, independientemente del tiempo transcurrido desde el suceso. Si aún no han transcurrido más de 72 horas, en los casos donde ha habido contacto sexual se podrá proporcionar profilaxis para disminuir el riesgo de contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH, además de anticoncepción de emergencia para reducir el riesgo de embarazo y la toma de material probatorio. (Social, Rutas de atención integral de violencia sexual, 2022)

En esto radica la importancia de activar la ruta de salud de forma inmediata una vez se tenga conocimiento del evento. Debe tenerse presente que si han pasado más de 72 horas desde el acto violento deberá brindarse atención médica y en salud mental, ofrecerse asesoría para IVE (Interrupción voluntaria del embarazo) y se podrán realizar las remisiones pertinentes a los especialistas y programar los seguimientos que se requieran según el caso.

En consecuencia, “al iniciar la ruta en el sector judicial, el profesional médico será una de las primeras personas requeridas por la Fiscalía, para tomar su declaración y, probablemente, se le solicitará declarar en juicio como perito.” (Nación, 2009) La Fiscalía, podrá solicitar ante juez de control de garantías, medidas de protección para el menor como las de aseguramiento y la solicitud de valoración médico legal.

Es por ello, que el profesional médico cumple un rol principal y de gran relevancia en el proceso penal que se inicia a partir de la activación de la ruta de atención integral para los menores víctimas de delitos sexuales en Colombia, es a partir de este que las actuaciones de las demás instituciones pueden proveer un acompañamiento oportuno a la víctima y es, su testimonio, el que cargará de veracidad y ciencia, la imputación de la Fiscalía hacia el posible perpetrador.

Como consecuencia de lo anterior, este actor inicial tiene una responsabilidad enorme con respecto a su primer contacto con el menor, a la activación inmediata de las herramientas oportunas para dar ayuda a este, de sus declaraciones posteriores en un posible proceso penal y del acompañamiento que pueda darles a los menores de forma posterior al incidente.

Por otro lado, las instituciones encargadas al respecto como el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, constituye también un rol fundamental, mediante facultades que le otorga la ley para intervenir en este tipo de delitos como el Código de Procedimiento Penal en su artículo 406 que establece que “el servicio de peritos se prestará por los expertos de la Policía Judicial, El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, entidades públicas o privadas, y particulares especializados en la materia de que se trate.” (Colombia C. d., 2004)

También es importante mencionar que, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, está en la obligación de prestar sus servicios al imputado o su defensor, según lo indicado por el artículo 204 de la normativa ya mencionada.

El nuevo sistema acusatorio en Colombia introduce en la función Médico Legal, campo en el cual se actúa en materia de delitos sexuales, grandes transformaciones. Estas no tienen que ver con la parte sustancial de la labor del perito, toma y análisis de muestras de sangre, semen, vello púbico, ADN, pelos, impresiones dentales y otros fluidos corporales, sino con los procedimientos legales que se deben tener en cuenta para realizar el abordaje de la víctima o victimario, (Art. 245, 250 CPP); cadena de custodia, (Capítulo V, Art. 254 al 266- CPP); entre otros aspectos procedimentales. (Luis Miguel Páez, 2004)

Según el Doctor en Medicina y especialista en Medicina Legal, H. Rodríguez Almada, diagnosticar el abuso sexual de niñas y niños es casi siempre un desafío abrumador para los científicos forenses. En la mayoría de los casos, el agresor es un familiar o una persona muy cercana, y casi nunca se produce la penetración anal o vaginal a una edad temprana. Estas características hacen que los resultados de los expertos sean muy diferentes a los de las víctimas adultas de violencia sexual.

Es necesario conocer la sensibilidad y especificidad de los hallazgos capaces de asociarse con abuso sexual, y la manera de evitar pasar por alto los casos reales o formular diagnósticos erróneos, ya que ambas situaciones generan un considerable daño a las niñas, niños y sus familias. Especialmente se debe relativizar la importancia de un examen genital y anal negativo, a la vez que se debe ser prudente al atribuir al abuso sexual los hallazgos anormales genitales o anales. Se jerarquiza el valor de la entrevista a la presunta víctima y la necesidad

de que se lleve a cabo bajo estándares mínimos. (Rodríguez-Almada, 2010)

Es imperativo, además, reconocer que

Las consecuencias de un error pericial en la materia son tan graves cuando se pasa alto el abuso sexual como cuando se realiza su diagnóstico erróneo. El abuso sexual presenta características distintivas que, a los efectos del trabajo pericial, lo diferencian nítidamente de los atentados sexuales sobre personas adultas, a saber:

La mayoría de los casos de abuso sexual son intradomiciliarios o perpetrados por personas muy allegadas y alrededor de un tercio son de carácter incestuoso. La mayoría de los casos de abuso sexual no incluyen una verdadera penetración vaginal o anal. (Rodríguez-Almada, 2010)

En resumen, el médico general cumple un papel primordial en la incidencia probatoria de sus descubrimientos, conocimientos del asunto, material probado durante la atención y demás elementos recogidos, dentro de un proceso penal llevado a cabo por la sospecha o la comisión de un delito de índole sexual hacia el menor de edad. Por lo tanto, esta es una responsabilidad real, palpable, indelegable y que puede tener gran poder sobre el curso de una investigación en este ámbito, e incluso, puede ser el pilar para lograr una condena o absolución en este tipo de delitos.

CONCLUSIONES

El médico general y toda la institución que representa al sector salud tiene un papel trascendental en el ámbito de un delito sexual cometido hacia un menor de edad. Estas instituciones y roles requieren de un gran manejo de conceptos como la eficacia, la eficiencia, la discreción, el control emocional, el acompañamiento y la ética laboral. Es un compromiso interdisciplinario el que puede lograr que se dé una atención efectiva a este tipo de víctimas, que se dé lugar al control y evitación de la revictimización, que se ponga en funcionamiento todo el aparato estatal para lograr que el menor pueda superar el suceso de la mejor forma posible y, que el responsable de dicho delito, sea llevado ante las autoridades competentes.

Estas entidades deben llevar un mensaje claro y vehemente a la sociedad, debe darle la seguridad tal, que nadie dude en acudir a sus servicios, que se asegure en la buena labor que se lleva a cabo y se conceda el voto de confianza que se requiere para que las víctimas sientan la seguridad de la garantía que merecen y que anhelan, luego del sufrimiento y consecuencias que causa un evento como este.

REFERENCIAS

Libros:

Sanial-Dubay, J. (2012).

Publicaciones periódicas:

El espectador. (17 de Marzo de 2022). El 61% de los delitos sexuales en Colombia son contra niños, niñas y adolescentes. *El espectador*.

Doctrina:

Familiar, I. C. (2021). *Ruta para la atención especializada a menores de edad víctimas de violencia sexual*. Obtenido de <https://www.icbf.gov.co/mis-manos-te-ensenan/ruta-para-la-atencion-especializada-menores-de-edad-victimas-de-violencia>

SURA, E. (2008). *SURA EPS*. Obtenido de <https://www.epssura.com/resoluciones/1100-resolucion-1776-de-2008>

VIDASINÚ, E. (2020). *PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL-CÓDIGO FUCSIA*.

social, M. d. (2012). Resolución 000459 de 2012. *Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*.

social, M. d. (2012). Resolución 000459 de 2012. *Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*.

social, M. d. (2022). *TRIAGE*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>

Sexual, F. R. (s.f.). *Código Fucsia*. Obtenido de Fundación Red contra el Abuso Sexual: <https://redcontraelabusosexual.org/protocolo-fucsia-servicios-medicos-en-el-contexto-de-la-violencia-sexual/>

Sexual, F. R. (s.f.). *Protocolo fucsia: Servicios médicos en el contexto de la violencia sexual*. Obtenido de Fundación Red contra el Abuso Sexual: <https://redcontraelabusosexual.org/protocolo-fucsia-servicios-medicos-en-el-contexto-de-la-violencia-sexual/>

Social, M. d. (2012). *PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021*.

Social, M. d. (2012). *INSTRUCTIVO PARA EL USO DEL KIT DE PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN PARA VIH, ITS Y ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL*.

Sexual, F. R. (2020). *Protocolo Fucsia*.

Luis Miguel Páez, H. W. (2004). *Comportamiento del delito sexual en Colombia en el 2004*.

Rodríguez-Almada, H. (2010). *Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil*. Scielo.

Rodríguez-Almada, H. (2010). *Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil*. Scielo.

Social, M. d. (2010). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos*.

Sexual, F. R. (2019). *Protocolo contra el abuso sexual*.

Legislación:

2012, S. C. (2012). *Corte Constitucional de Colombia*. Obtenido de Corte Constitucional de Colombia: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/c-301-12.htm>

2012, S. C. (2012). *Corte Constitucional de Colombia*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/c-301-12.htm>

Mundial, A. M. (2022). *Manual de Ética Médica*. Obtenido de <https://www.wma.net/es/que-hacemos/educacion/manual-de-etica-medica/>

sexual, G. p. (2018). *ICBF.GOV.CO*. Obtenido de Resolución 549 de 2018: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_medicinalegal_0549_2018.htm

Social, M. d. (2012). Resolución 459 del año 2012 . *Protocolo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual*. Colombia.

Sentencia T-300 de 2009.

Normas jurídicas:

República, C. d. (2000). Ley 599 de 2000 Código Penal colombiano. *Código Penal*. Colombia, C. C. (2009).

Educación, M. d. (1981). Ley 23 de 1981. *Ley de Ética Médica*.

Colombia, C. d. (2004). Código de Procedimiento Penal. *Ley 906 de 2004*.

Social, M. d. (2012). Resolución 459 de 2012. *Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual*.

Nación, F. G. (2009). Manual de Procedimientos de la Fiscalía en el Sistema Penal Acusatorio.

Social, M. d. (2022). *Rutas de atención integral de violencia sexual*.