



Vendedora de periódicos.

León Ruiz (1933)

Crédito: Biblioteca Pública Piloto de Medellín,  
(Colección Patrimonial, archivo fotográfico).

#### Volumen 42, 2023

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e354189>

Recibido: 01/08/2023

Aprobado: 06/11/2023

Publicado: 01/04/2024

#### Cita:

Moreno S. El modelo médico hegemónico y su impacto en la atención a víctimas de violencia sexual: la noción de revictimización en las narrativas de médicos y médicas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2024;42:e354189  
doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e354189>

## El modelo médico hegemónico y su impacto en la atención a víctimas de violencia sexual: la noción de revictimización en las narrativas de médicos y médicas

Sandra Patricia Moreno Realpe<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Candidata a doctora en Salud Pública. Universidad CES. Colombia. [spmoreno@ces.edu.co](mailto:spmoreno@ces.edu.co)

### Resumen

**Objetivo:** Reconocer los significados y las prácticas de médicas y médicos acerca de la revictimización en su encuentro con víctimas de violencia sexual en urgencias hospitalarias. **Metodología:** Estudio que tuvo como referente un paradigma crítico social posmoderno, mediante una investigación cualitativa con enfoque etnográfico y estudio de caso colectivo, llevado a cabo entre febrero y diciembre de 2021. Participaron médicas y médicos con experiencia en atención a víctimas de violencia sexual en servicios de urgencias y referentes (psicóloga y enfermera) de dicha atención en dos hospitales universitarios de la ciudad de Medellín. Se realizaron dos itinerarios institucionales, dos entrevistas a referentes, diez entrevistas a médicas y médicos, y un encuentro pedagógico con los y las participantes. **Resultados:** La mayoría de las médicas y los médicos identificaron que la revictimización, tanto en sus prácticas como en las de sus colegas, se presenta como una acción; por el contrario, con menor frecuencia, fue reconocida como una omisión. Estas situaciones se manifestaron especialmente cuando las víctimas eran adolescentes, de raza afrocolombiana, de bajos recursos económicos, trabajadoras sexuales y si el agresor fue su pareja, lo que podría reconocerse como la expresión de elementos socioculturales y políticos como el sistema patriarcal, reforzado por el modelo médico hegemónico, que ha otorgado un lugar privilegiado al campo médico del subcampo medicina moderna y un lugar subordinado a las mujeres y las niñas. **Conclusión:** La revictimización es una problemática que acontece en la cotidianidad de la atención a víctimas de violencia sexual y las diferentes formas en que ella se manifiesta no son reconocidas por las médicas y los médicos; identificarlas es un primer paso para generar transformaciones en la praxis de la medicina.

-----**Palabras clave:** género, medicalización, modelo médico hegemónico, revictimización, violencia sexual



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NonCommercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

\* Este artículo es resultado parcial de mi tesis doctoral denominada “Subjetividades de médicas y médicos en su encuentro con víctimas sobrevivientes de violencia sexual. Estudio de caso, red de hospitales universitarios de Medellín, Antioquia. 2021-2022”, con fecha de inicio en 2017.

## Medical hegemonic model's impact on sexual violence victims' healthcare: secondary victimization notion on doctors' narratives

### Abstract

**Objective:** Recognize doctors' secondary victimization meanings and practices while attending sexual violence victims at emergency services. **Methodology:** Based on a social-critical postmodern paradigm, I conducted qualitative research with an ethnographic approach, a collective case design between February 2020 to December 2021. Medical doctors with sexual violence care experience at emergency services and healthcare managers participated at two hospitals in Medellín, Colombia. Two institutional itineraries, two ethnographic interviews to healthcare managers and ten doctors, and a reflexive gathering were realized. **Results:** Most doctors recognized secondary victimization as an action on their beliefs and practices. On the contrary, doctors occasionally recognized secondary victimization as a neglect. These situations took place frequently when the victim was a teenager, African Colombian, low income, sex workers, among others what could be related with the expression of sociocultural and political elements like patriarchy, reinforced by medical hegemonic model that confers a privileged position to the medical campus and habitus and a subordinated position to women and girls. **Conclusion:** Secondary victimization is a current problem that occurs everyday life while attending sexual violence victims and the mechanisms of their occurrence are not completely acknowledge by doctors. Identifying them could be the first step to generate our praxis transformation towards comprehensive care.

-----*Keywords:* Sexual Violence, Medical Education, Gender, Right to health, Secondary victimization

## O modelo médico hegemônico e seu impacto no atendimento às vítimas de violência sexual: a noção de revitimização nas narrativas de médicos e médicas.

### Resumo

**Objetivo:** Reconhecer os significados e as práticas dos médicos sobre revitimização em seus encontros com vítimas de violência sexual nas salas de emergência dos hospitais. **Metodologia:** estudo baseado em um paradigma social crítico pós-moderno, por meio de pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica e estudo de caso coletivo, realizado entre fevereiro e dezembro de 2021. Os participantes foram médicos com experiência no atendimento a vítimas de violência sexual em serviços de emergência e referentes (psicólogo e enfermeiro) desse atendimento em dois hospitais universitários da cidade de Medellín. Foram realizados dois roteiros institucionais, duas entrevistas com os referentes, dez entrevistas com médicos e uma reunião pedagógica com os participantes. **Resultados:** A maioria dos médicos identificou a revitimização, tanto em suas práticas quanto nas de seus colegas, como uma ação; por outro lado, ela foi reconhecida com menos frequência como uma omissão. Isso pode ser reconhecido como a expressão de elementos socioculturais e políticos, como o sistema patriarcal, reforçado pelo modelo médico hegemônico, que deu um lugar privilegiado ao campo médico no subcampo da medicina moderna e um lugar subordinado às mulheres e meninas. **Conclusão:** A revitimização é um problema que ocorre no atendimento cotidiano às vítimas de violência sexual e as diferentes formas em que ela se manifesta não são reconhecidas pelos médicos; identificá-las é um primeiro passo para gerar transformações na prática da medicina.

-----*Palavras-chave:* gênero, medicalização, modelo médico hegemônico, revitimização, violência sexual

## Introducción

El comprender cómo se expresan las subjetividades de las médicas y los médicos en su encuentro con víctimas de violencia sexual fue mi tema de tesis doctoral. Esta se llevó a cabo durante los años 2020 y 2021 en dos hospitales universitarios en Medellín. Producto del proceso comprensivo, la categoría “revictimización” emergió en las narrativas con una diversidad de significados que merecen un capítulo especial. Es por ello que en este escrito pretendo reconocer los significados y las prácticas de médicas y médicos acerca de la revictimización en su encuentro con víctimas de violencia sexual en urgencias hospitalarias.

A continuación abordo la violencia sexual como problema de salud pública, los mecanismos legales y procedimentales disponibles para dar respuesta integral en salud y cierro este apartado con aquellos abordajes teóricos, desde la sociología médica, para el análisis de la categoría “revictimización” en este contexto.

La violencia sexual es la expresión de una sociedad patriarcal y desigual, con un sistema de relaciones de poder y dominación en donde se niega la ciudadanía a niñas, niños y mujeres, y se les subordina, reduciéndolas/os a objetos de consumo, a bienes materiales transables, a botín de guerra, entre otros. Es declarada un crimen de lesa humanidad por el Estatuto de Roma [1], por ser una violación de los derechos humanos, que produce un daño moral en lo individual y en lo colectivo, en la memoria histórica y en el capital social de las comunidades. Además, es considerada por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública, por su magnitud, severidad y tendencia al subregistro.

En Colombia, para el año 2021, se reportó una tasa de presunto delito sexual de 44,28 por cada 100 000 habitantes; la población más afectada fueron las niñas de 10 a 14 años, seguida por los niños de 5 a 9 años y las mujeres mayores de 18 años. Para la ciudad de Medellín, las características demográficas son similares, pero la tasa es menor, con 31,74 por cada 100 000 habitantes [2].

Las condiciones de subregistro han sido reconocidas en el país por la encuesta de demografía y salud, con cifras superiores al 30 %, y estas se ven profundizadas en el contexto del conflicto armado, lo que permite reconocer que las cifras disponibles no reflejan con exactitud su impacto sobre la vida, el cuerpo y la salud de las mujeres, adolescentes y niñas [3].

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud desarrollaron mecanismos para atender de manera integral a víctimas de violencia sexual en el sector salud, los cuales se materializaron en un conjunto de normas para garantizar dicha atención con enfoque de derechos, de género y diferencial [4]. Colombia adoptó dichas recomendaciones en el

“Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual”, mediante la Resolución 0459 de 2012 [5], que adicionalmente recogió la normatividad previa en la materia y propició la Ley 1719 de 2014 [6] y la Resolución 2003 de 2014 [7]. Esta última incorporó la obligatoriedad de certificación periódica de las médicas y los médicos en el modelo de atención, como requisito para trabajar en las instituciones de salud.

Estos mecanismos legales parten de la noción de *víctima* desde una perspectiva de derechos humanos, como un constructo que “no es natural, sino que es parte de un proceso histórico, social, cultural, político y económico” [8], y que se ha instaurado en la manera de pensarse la violencia del mundo. En el caso de Colombia, la definición de la categoría “víctima” fue actualizada en la Ley 1448 de 2011 (Ley de Víctimas) [9] y su jurisprudencia posterior. En la Sentencia de la Corte Constitucional C-253A de 2012 se reforzó el concepto, haciendo claridad en que la categoría tiene un alcance operativo, que el “invocar la calidad de víctima” lleva a un proceso de reparación y restablecimiento de los derechos fundamentales [10]. Específicamente en los casos de violencia sexual, la categoría se configuró y visibilizó en los instrumentos legales para su prevención y erradicación, mediante la Ley 1257 del 2008 [11], que definió y clasificó el concepto de *daño*\* y los derechos que tienen las víctimas de este [12,13].†

Ahora bien, se reconoce como *victimización* cuando las víctimas experimentan situaciones donde se les vulneran sus derechos legítimos en contextos judiciales, institucionales (salud y asistencia social), en su trayectoria por el restablecimiento de sus derechos, lo que se asocia con mayor frecuencia a la falta de coordinación intersectorial [14]. Ello acarrea consecuencias físicas, psicológicas, sociales, económicas y jurídicas, debido a que no se presenta una respuesta integral e integrada a sus necesidades [15]. Esta puede darse en tres instancias; la victimización primaria, que sería el hecho violento como tal; la victimización secundaria y la victimización terciaria.

La victimización secundaria, entendida como *revictimización*, condición en la que profundizo en este artículo, consiste en la realización de procesos y procedimientos que llevan a la persona a narrar varias veces lo sucedido, a sufrir largas esperas para ser atendida, a padecer varios recorridos por instituciones, que las puede hacer incluso arrepentirse de haber hecho la denuncia, lo que genera sufrimiento. La revictimización también incluye una deficiente intervención psicológica, terapéutica o médica por profesionales “inescrupulosos y

\* Daño o sufrimiento sexual. Capítulo 1, artículo 3, literal c.

† La Ley 1257 de 2008 hizo referencia a los derechos de las víctimas, complementando el artículo 11 de la Ley 906 de 2004 [12] y el artículo 15 de la Ley 360 de 1997 [13].

mal entrenados” para atender situaciones que revisten características particulares [16].

En la literatura, como consecuencias de esta revictimización, se han identificado demoras en la provisión de los servicios, condiciones de atención que vulneran a las víctimas, alteraciones de la salud mental, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y la no adherencia al tratamiento [17-21].

El Fondo de Población de las Naciones Unidas identificó, como hechos generadores de la victimización secundaria, la falta de coordinación intersectorial, la poca claridad de los roles entre las distintas disciplinas, una infraestructura deficiente y la falta de capacitación por parte de las prestadoras y los prestadores de salud, resultados similares a lo que reporta la literatura científica en la materia [22-23]. Sin embargo, este análisis solo interpreta las condiciones estructurales del servicio y no se cuestiona el papel de la persona que cuida en estas circunstancias, reduciéndolo a un problema de capacitación, dejando de lado aspectos sociológicos y estructurales que podrían ser valiosos para mejorar las condiciones de la atención en salud [24,25].

Lo anterior es importante, porque las condiciones de la atención a víctimas de violencia sexual se encuentran permeadas por las relaciones de poder que se presentan entre hombres y mujeres al interior de un sistema patriarcal [26] construido históricamente y en el cual se establecen patrones de dominación masculina sobre las mujeres. El patriarcado cuenta con una serie de dispositivos que se reproducen en las instituciones, para este caso, las instituciones de salud, su organización y servicios, que han llevado a la medicalización [27] de la vida, sobre todo de la vida de las mujeres, desde una perspectiva patriarcal, masculinizada y naturalizada.

La “medicalización” consiste en el incremento del poder de la profesión médica, el aumento de los círculos técnicos burocráticos, una mentalidad reducida de causa-efecto, el establecimiento médico hegemónico industrial, el monopolio de la provisión del tratamiento y el aumento de los círculos médicos hegemónicos.

Específicamente, el “modelo médico hegemónico”, término acuñado por Menéndez [28], incluye el fenómeno de la medicalización y otros principios axiológicos que son importantes a la hora de analizar el encuentro entre médica, médico y paciente, porque pueden afectar la manera como aquel se presenta. Estos principios son la supremacía biológica, la centralidad en el individuo como único universal, una práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, una posición privilegiada en una relación asimétrica entre médica, médico y paciente, y la legitimización de este modelo por encima de los demás modelos como los basados en salud pública.

Castro y Villanueva profundizaron al respecto, al realizar una caracterización del campo médico, teniendo como referente la teoría del campo social de Pierre

Bourdieu y su impacto en las condiciones de la atención en salud [29]. Los autores definieron el *campo médico* como una configuración de relaciones objetivas entre posiciones que regulan la cuestión sanitaria, como las escuelas de formación, las instituciones prestadoras de los servicios de salud, los centros de investigación y las asociaciones profesionales. Al interior de dicho campo médico, identificaron dos subcampos: el de la medicina moderna, el cual ocupa una posición de privilegio y su escenario son las prácticas clínicas, y el de las medicinas tradicionales y alternativas, que ocupan un lugar de subordinación. Adicionalmente, Sánchez-Guzmán y Hamui-Sutton identificaron el *habitus* médico, basados en el disciplinamiento del biopoder de Foucault, definido como el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación de significados y prácticas del campo médico durante el proceso de formación médica y en la cotidianidad del ejercicio clínico, por medio de tres mecanismos: el disciplinamiento sistemático, la jerarquización y el disciplinamiento de género [30].

Por tanto, más que medir las consecuencias y los impactos de la revictimización, considero que es necesario hacer visible los significados y las prácticas que las médicas y los médicos identifican como punto de partida de un proceso autopoietico [31] que nos permita reconstruir significados que lleven a una atención comprensiva [32].

A continuación esbozo la metodología empleada, doy cuenta de los resultados por medio de la estructuración de las categorías emergentes relacionadas con la revictimización y los mecanismos por los cuales esta se hace visible. Posteriormente, en la discusión entablo un diálogo con diferentes autores acerca de los resultados y, para finalizar, planteo recomendaciones orientadas hacia los procesos de formación médica y de organización de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

## Metodología

Llevé a cabo un estudio teniendo como referente un paradigma crítico social posmoderno, que permita desestabilizar categorías, remover la esencialidad de las identidades [33] y orientar una ética del cuidado alrededor de la problemática de la atención integral de violencia sexual, mediante una investigación cualitativa con enfoque etnográfico, para obtener descripciones en primer plano y a profundidad del contexto, de aquello que piensan, sienten y la manera como actúan las médicas y los médicos en una situación singular [34].

Este enfoque reconoce el encuentro intersubjetivo, haciendo énfasis en el círculo hermenéutico [35] y el protagonismo de las personas que participan, y plantea una etnografía reflexiva y focalizada en contextos atravesados por las relaciones de poder como es el caso del ámbito hospitalario [36].

Además, para la investigación realicé un diseño de caso colectivo, para particularizar e interpretar los casos en acción, en una circunstancia como es el cuidado de víctimas de violencia sexual, donde los límites entre el contexto y el fenómeno no son claramente evidentes; es el caso de las médicas y los médicos en la cotidianidad en un servicio de urgencias en un hospital universitario [37]. Adicionalmente, el estudio de caso reconoce a quien investiga como instrumento, para destacar aquellas diferencias sutiles, la secuencia de los acontecimientos en su contexto y la globalidad de las situaciones personales, sin que se pretenda extrapolar dicha comprensión a la totalidad de la población, pero sí contar una historia, una historia en la cual, quien lee, pueda encontrar elementos comunes en otros contextos y le permita reflexionar acerca de la misma [38].

Me identifico como una mujer feminista, nacida en los años setenta, expuesta en mi historia de vida a diversas narrativas de violencia sexual. Laboro como médica, docente universitaria de salud pública en medicina desde hace 24 años, e investigadora desde hace 12 años en violencias de género. Como autora, durante el trabajo de investigación, conduje personalmente la totalidad de las visitas, entrevistas y encuentros. Mi proceso reflexivo fue cuidadoso, llevado a cabo por medio de la grabación, transcripción y anonimización de las técnicas de investigación, y mediante un diálogo permanente entre los textos producidos, mis notas de campo y el referente teórico.

La investigación se realizó en dos servicios de urgencias de hospitales universitarios de la ciudad de Medellín en convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad CES. Lo anterior, dado que los casos de violencia sexual son remitidos a los servicios de urgencias para su atención integral. Allí se contó con el acompañamiento de las referentes de atención (psicóloga y enfermera) en todas las etapas del proceso investigativo. Las y los participantes trabajan en la universidad, pero no en la misma sede donde yo trabajo, lo que facilitó la gestión de la investigación, obtener multiplicidad de perfiles, y permitió que los resultados de esta beneficiaran a la comunidad donde laboro.

Para la elección de las y los participantes, se optó por un muestreo intencionado. Las instituciones organizaron una reunión donde presenté el estudio, invité a la participación y anuncié que próximamente les estaría contactando para efectuar las entrevistas a quienes accedieran realizarla. Se condujeron diez entrevistas etnográficas a las médicas y los médicos que decidieron participar y que contaban con experiencia mayor a un año en los servicios de urgencias adultos y urgencias pediátricas, hasta lograr saturación teórica.

Debido al pandemia de Covid-19, la mayoría de las entrevistas en profundidad fueron realizadas de manera virtual a médicas/os (7 de 10) y a coordinadoras (1 de 3) del programa en las instituciones. Para ello se

realizó una modificación al consentimiento informado, incluyendo los riesgos potenciales de los ambientes virtuales y la manera como estos se controlarían. De igual manera envié por correo previamente el consentimiento para su firma y al inicio de la entrevista resolví dudas acerca del mismo. Este se firmaba y se enviaba a la autora posteriormente. Considero que dar la opción de participar de manera presencial o virtual, permitió que médicas/os encontraran el mejor espacio para compartir su experiencia.

La investigación fue avalada mediante Acta 21030002-0053-2020 por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Los beneficios potenciales declarados fueron la generación de un espacio para la reflexividad y la resignificación de las concepciones acerca del cuidado de la salud y el aporte al mejoramiento de la atención. Las estrategias para mitigar los riesgos potenciales fueron la entrega de un consentimiento informado y el establecimiento de un procedimiento de atención en caso de presentarse alguna alteración emocional aguda. No declaro conflictos de interés.

Las técnicas de recolección etnográfica estuvieron constituidas por la elaboración de un diario de campo, la reconstrucción de la trayectoria que hacen las víctimas al interior del hospital, las entrevistas etnográficas a referentes de la atención (psicóloga y enfermera) y a las médicas y los médicos, y un encuentro reflexivo con participantes. Diseñé una guía de observación para reconstruir la trayectoria y elaboré guiones para las entrevistas y para el encuentro reflexivo. También realicé el pilotaje de las entrevistas.

Los recorridos, las entrevistas y el encuentro participativo fueron grabados, transcritos y anonimizados utilizando el *software* Transcribe (Transcribe, Milán, versión 9.10), cuya licencia es propia, y se efectuó un análisis discursivo en tres niveles de información: un nivel primario, que consistió en describir y registrar aquello que las médicas y los médicos hacen; un nivel secundario, lo que refieren que hacen y, por último, lo que médicas y médicos consideran es lo que se debe hacer con relación a la experiencia de cuidado en salud a sobrevivientes de violencia sexual.

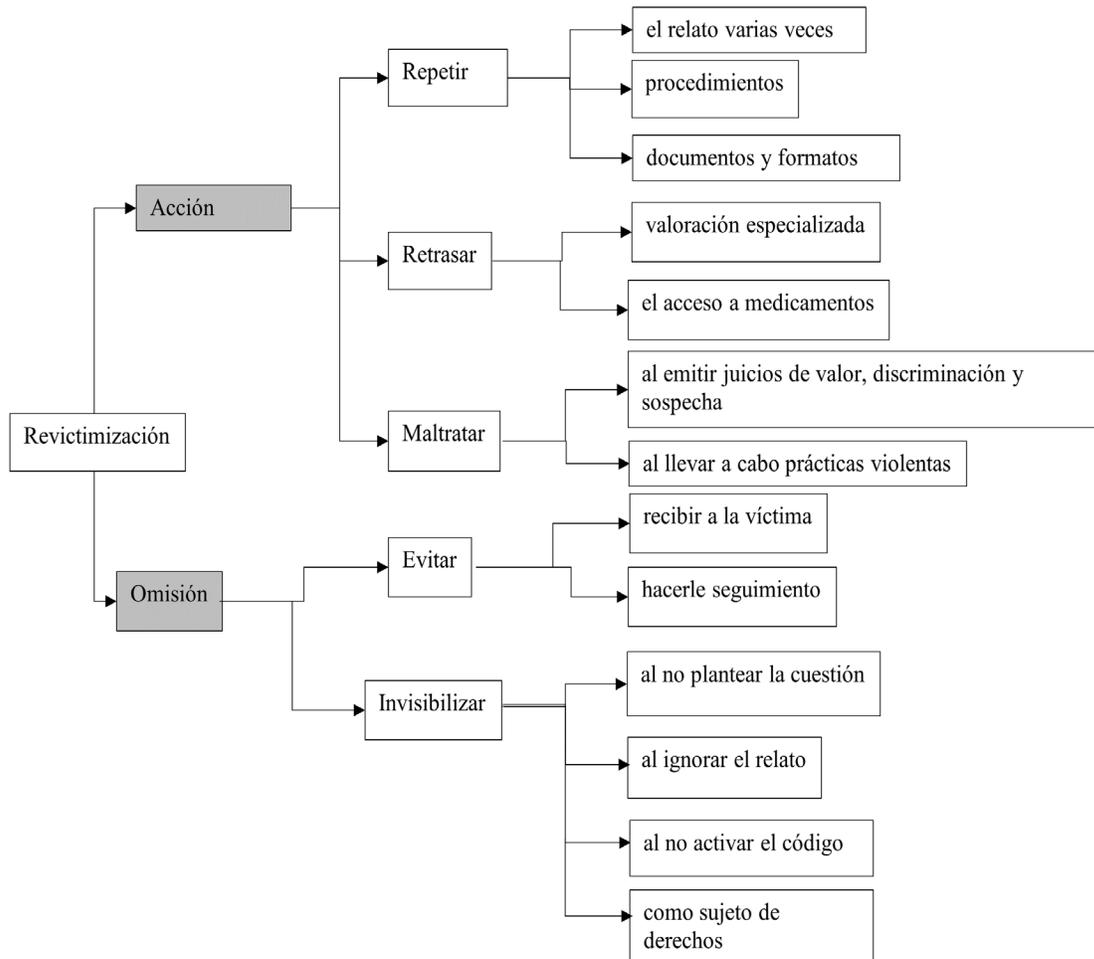
El proceso de escritura etnográfica se realizó por medio de la articulación de los tres niveles de información previamente explicitados, para identificar, a su vez, los niveles de información y de reflexión sobre la acción y la omisión, con el fin de comprender la densidad de la vida social en esta situación singular.

## Resultados

En el periodo comprendido entre febrero de 2020 y diciembre de 2021 reconstruí dos trayectorias institucio-

**Tabla 1.** Características generales de las médicas y los médicos participantes

Código	Género	Nivel educativo	Experiencia	Procedencia
MD1	Masculino	Médico general	Más de 20 años	Medellín
MD2	Masculino	Médico general	Más de 20 años	Medellín
MD3	Femenino	Médica general	Más de 10 años	Medellín
MD4	Masculino	Médico general	Más de 10 años	Bogotá
MD5	Femenino	Médica especialista en Pediatría	Más de 10 años	Cali
MD6	Masculino	Médico general	Más de 10 años	Barranquilla
MD7	Femenino	Medica general	Más de 10 años	Medellín
MD8	Masculino	Médico general con maestría en Salud Pública	Más de 10 años	Medellín
MD9	Femenino	Médica especialista en Pediatría	Más de 5 años	Medellín
MD10	Femenino	Médica especialista en Psiquiatría	Más de 10 años	Medellín



**Figura 1.** Vías y mecanismos reconocidos como revictimización por parte de las y los participantes

Fuente: Elaboración propia.

nales de víctimas de violencia sexual, llevé a cabo dos entrevistas etnográficas a referentes de atención, diez entrevistas a las médicas y los médicos y un encuentro reflexivo. La mayoría eran médicos, con formación de pregrado de Medicina y con experiencia superior a diez años (véase Tabla 1).

Pude identificar que la revictimización era comprendida en dos vías: como una acción y como una omisión. En general, hubo consenso en que la revictimización se manifiesta en términos de una acción; sin embargo, con relación a la omisión, se presentaron algunos vacíos en su comprensión, incluso dificultades para reconocerla como un mecanismo que lleve a la revictimización. En la Figura 1 se ilustra la estructura de las vías y los mecanismos reconocidos como revictimización por parte de las y los participantes.

La revictimización en términos de una acción fue identificada en primer lugar como repetir preguntas, procedimientos o documentos, donde la persona vuelva a sentirse vulnerada, situación que se presenta al ingreso de las víctimas sobrevivientes al servicio de urgencias, donde deben superar varias etapas para llegar a ser atendidas. En la reconstrucción de la trayectoria se identificó que las víctimas tuvieron que contar su situación en las siguientes instancias antes de recibir atención: seguridad de la institución, *pretriage*,<sup>‡</sup> *triage*,<sup>§</sup> facturación y consulta.

Estos itinerarios burocráticos<sup>¶</sup> no solo llevaron a la repetición de actividades, sino también a dificultades para acceder a los servicios especializados, como la valoración por psicología, psiquiatría y trabajo social, los cuales pueden tomar más de tres días si la víctima acude al servicio de urgencias los fines de semana.

[...] una de las cosas más revictimizadoras tanto para la familia como para ella son las trabas administrativas, porque así usted haga las cosas bien, por ejemplo, para mí es muy duro dejarlos tres días en un servicio de urgencias... porque llegó el viernes (MD7Mujer).

Y, por otra parte, la dificultad para acceder al tratamiento con inmunoglobulina, ya que se debe surtir un proceso referido como dispendioso ante la Secretaría de Salud.

<sup>‡</sup> El *pretriage* fue un procedimiento adicional por la COVID-19; es una entrevista corta realizada por enfermería, en la que se exploran signos y síntomas respiratorios para definir si la persona debía dirigirse a zona COVID (verde) o zona violeta (población general).

<sup>§</sup> “El *triage* es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo” [39].

<sup>¶</sup> Recorridos innecesarios para la atención en salud que no dependen de las necesidades de las personas o de la valoración médica, pero sí del cumplimiento exitoso de las normas administrativas del sistema y los costos financieros que afectan negativamente la salud de las personas. Por ejemplo, las autorizaciones médicas, el diligenciamiento de formularios, etc.

Es un dolor de cabeza constante, porque toca llenar una papelería, pedir a Dirección Seccional y la Dirección Seccional casi nunca la tiene disponible. [...] Y bueno, entonces, se queda la víctima de un día para otro en el hospital. Bueno, esto es un cuento, pues impresionante (MD5Mujer).

Hasta este punto, las médicas y los médicos coincidieron con la revictimización en términos de una acción; sin embargo, con relación a otras situaciones descritas en las narrativas y prácticas, empezaron a encontrarse elementos en tensión. Es el caso de la revictimización como una acción que lleva al maltrato. Por ejemplo, el caso de interacciones violentas como el trato “tosco”, “sin empatía”, en lo discursivo y en las prácticas.

Hay compañeros que son toscos, que son mucho más puntuales. Entonces, [se dirigen directamente] al dolor, a la situación, al momento, a lo que sea, y muy puntual, pasémoslo de hoja, listo, ya (MD3Mujer).

Así mismo, en algunas narrativas de médicos, se emitieron juicios de valor acerca de las víctimas por su aspecto y presentación personal, por las condiciones en que se dio la violencia sexual y cuestionaban la intencionalidad de la denuncia, comentarios que se hacían en presencia de la víctima o en los pasillos, vulnerando su derecho a la intimidad y la confidencialidad.

¿Qué me llamaba la atención?, pues su pintura de pelo, todas esas cosas, que usaba *piercing*, etcétera. Que venía, venía de una clínica donde la llevaron, la llevé la policía. Y un caso que había ocurrido 40 y más de 40, 72 horas, donde ella relataba que [...]. Y ella se bloqueó [...]. Y ya (MD1Hombre).

Es más frecuente [...] por poner [un ejemplo], en 13, 14 años, con familias disfuncionales [...]. Entonces... niñas, ellas pues parece que intentarían llamar la atención. Porque muchas veces son muy evidentes (MD6Hombre).

En esta misma línea, una médica compartió una potente y cruda narrativa de violencia obstétrica: niña de trece años, de raza negra, con una baja posición socioeconómica, víctima de violencia sexual a quien durante el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, el anestesiólogo y el ginecólogo hicieron comentarios acerca de la moral sexual de la niña, y la situación se tornó aún más violenta cuando esta despertó en medio del procedimiento y, en lugar de anestesiarla nuevamente, la inmovilizaron, comentando: “esta sí es rapidita para todo”.

Lo anterior me llevó a reconocer la “interseccionalidad” (entendida como un enfoque teórico que aborda la manera como las desigualdades sociales se cruzan entre sí). como categoría relevante, dado que fue visible el cruce de la raza, la posición socioeconómica y la funcionalidad de la familia. Cuando las víctimas eran niñas

entre los 11 y 16 años, fueron tratadas como “mujeres”, “vividitas”, “de mundo”, e incluso en algunas instituciones no son atendidas por el servicio de pediatría, sino por ginecología. Fue en este rango de edad donde las médicas y los médicos reportaron la mayor cantidad de prácticas revictimizantes [40,41].

En cuanto a la revictimización como omisión, en menor proporción, las médicas y los médicos la identificaron como no preguntar, ignorar el relato de las víctimas, la no activación de la ruta de atención y evitar que le sea asignada una víctima para su atención. En este último aspecto, incluso relataron negociaciones donde los hombres le piden el favor a sus compañeras que atiendan esos casos y que ellos, en retorno, se encargan del resto de casos en el servicio.

Es que a las médicas nos *tienen fichadas*\*\* para que nosotras atendamos las víctimas de violencias sexual (MD5mujer).

Esta evasión llevó a la identificación de otro mecanismo y es cuando este estuvo asociado a la concepción de que “ya no hay nada que hacer por la persona”, lo que denominé “desahucio”. Considero que este es el mecanismo que recoge todos aquellos constructos sociales relacionados con el sistema patriarcal, con el modelo médico hegemónico, con la noción de la *víctima rota*, aquella a quien no vale la pena ni acompañar.

Que llegue a un hospital como el de nosotros, donde atendemos otro tipo de pacientes y el caso sucedió hace dos años, o sea, mmm, pues desde la parte médica, ya qué le voy a hacer (MD1Hombre).

Con relación a la no activación de la ruta de atención —denominada en Medellín “código fucsia”—, se presentó cuando las víctimas eran trabajadoras sexuales, o porque no se tenía claridad acerca de que el concepto de *consentimiento* no opera cuando adultos tienen relaciones sexuales con niños y niñas menores de 15 años; esto es denominado “abuso sexual”. Este último se enunció en varias narrativas: no activar la ruta porque “no hay abuso”. Por ejemplo, la sobreviviente de 13 años embarazada cuya pareja tiene 35 años.

Adicionalmente, dicha activación de ruta fue cuestionada por parte de algunas de las médicas especialistas, quienes expusieron que el solo hecho de referirse a alguien como un código, más que proteger la identidad de la sobreviviente, podría llevar a no reconocer a la persona, a reducirla, como si su historia de vida desapareciera y el hecho victimizante se convirtiera en su marca.

[...] el mismo llamar un “código fucsia” o despersonalizar a las mujeres porque es que es, ya no es, ya no es Manuela, Paola, Leticia, ya es la niña abusada,

ya la pelada que abusaron y la pelada, el código fucsia. O sea, queda completamente despersonalizada, ¿cierto? [...] sino que su historia se resume en el abuso sexual. Ya [el] resto de historia de vida de esa mujer no vale... (MD10Mujer).

Las vías y los mecanismos de la revictimización identificados por las médicas y los médicos en su vivencia y aquello que observaron en sus colegas se presentaron en todos los momentos y escenarios de la trayectoria de las víctimas al interior de las instituciones hospitalarias, y dieron cuenta del no reconocimiento de la otredad, del trato a la víctima como una no persona, en una relación desigual donde se le invalida y discrimina por profesión, clase, edad y género.

## Discusión

Las médicas y los médicos reconocieron vías y mecanismos que conducen a la revictimización durante el encuentro para el cuidado de la salud de víctimas de violencia sexual en los servicios de urgencias, y esta fue interpretada, en la mayoría de las narrativas, como producto de las condiciones estructurales del sistema de salud, como el poco tiempo para la atención, los itinerarios burocráticos y la falta de capacitación, lo que guarda relación con estudios que han abordado la problemática desde la perspectiva de calidad de los servicios [12,15]. Sin embargo, esta aproximación etnográfica me permitió profundizar en las narrativas, para comprender la naturaleza de estas explicaciones estructurales, que no se hacen la pregunta por las condiciones de la víctima, es decir, que estas desaparecen del escenario de la atención en salud y centran su mirada en procesos y procedimientos a cumplir en una dinámica perversa.

¿Cómo se configuran estos significados y prácticas de revictimización? Podría interpretarse, en primer lugar, a nivel macrosociológico, como el producto de un sistema patriarcal de subordinación y objetivación de las mujeres y las niñas [28], y la construcción social acerca de lo que significa ser adolescente, asociada sistemáticamente al dramatismo, a la problematización, al deseo de llamar la atención, como lo planteó Bourke en su arqueología de la violencia sexual, donde describió como los médicos y las médicas estaban preparados/as para tratar especialmente a las niñas por ser proclives a fingir [41,42]. Esta creencia acerca del fingir, así como una construcción social de la sacralidad de la sexualidad femenina, el estereotipo de la víctima ideal y la sanción a las malas víctimas guardan relación con los elementos abordados en torno a la exclusión o la inclusión en términos de derecho a la salud, los cuales dependen de lo que se comprende individual y socialmente como víctima. Esto pudo observarse en las narrativas de las médicas y los médicos, quienes compartieron experiencias que

\*\* Expresión coloquial que significa estar programadas, asignadas para algo. También se utiliza en el sentido de estar marcadas, obligadas a eso.

dieron cuenta de cierto tipo de víctimas que merecen ser atendidas y otras que no, estas últimas relacionadas con los ejes de desigualdad como género, raza, etnia y posición socioeconómica, lo que da cuenta de la importancia de la incorporación del enfoque de interseccionalidad en la atención integral a víctimas [6,43,44].

En segundo lugar, estos significados y prácticas encuentran articulación con la noción de la *medicalización* de la vida de las mujeres descrita por Foucault [28], con los principios del modelo médico hegemónico, como la centralidad en la curación, de las personas como normalidad estadística sin contexto, y con los mecanismos del campo médico, como es el disciplinamiento, que se hace visible en el *habitus* médico desvinculante durante el encuentro de las médicas y los médicos con las víctimas, lo que concuerda con los hallazgos de Castro Pérez y Villanueva [30] y García y Alvear [44].

Finalmente se concluye que la revictimización afecta a las sobrevivientes de violencia sexual en el ejercicio de la ciudadanía de la salud, restringe la posibilidad de un tránsito hacia el restablecimiento de sus derechos y un reconocimiento como sobrevivientes. Por tanto, es necesario continuar realizando análisis etnográficos acerca de la manera como los actores y las actrices institucionales, en este caso tomadoras/es de decisiones en atención en salud, las instituciones a cargo de la formación médica, los servicios de salud, manejan estos conceptos en la vida cotidiana. De igual manera, es preciso reflexionar acerca de cómo nos posicionamos éticamente frente a estas categorías, para que sean reconocidas y reparables; este es el primer paso hacia un cuidado comprensivo basado en el reconocimiento.

Sin embargo, así como pude reconocer narrativas que validan, naturalizan y refuerzan las prácticas de revictimización, se hicieron visibles narrativas de las médicas y los médicos que se apartan de la mirada hegemónica, a pesar de condiciones estructurales adversas, lo que se traduce en un horizonte de posibilidad para mejorar las condiciones de atención a víctimas y sobrevivientes. Ello no implica que la problemática de la atención integral esté resuelta: el garantizar un cuidado dignificante, que lleve al pleno ejercicio de la ciudadanía para víctimas y sobrevivientes, continúa siendo un gran reto para la salud pública.

Sugiero hacer visibles las condiciones de la revictimización al interior de las instituciones de formación médica y de prestación de los servicios por medio de técnicas de investigación cualitativa que profundicen las condiciones subjetivas, así como llevar a cabo una reflexión disciplinar que se cuestione permanentemente el cuidado de la salud

Por último, recomiendo reevaluar el proceso de certificación como requisito para la atención integral a víctimas dirigidas a las médicas y los médicos., especialmente en la incorporación del enfoque de derechos y diferencial en el proceso de atención.

Como limitación se tuvo que este estudio fue realizado durante la emergencia social, sanitaria y económica por la COVID-19, por lo que fue necesario hacer las siguientes modificaciones: las entrevistas fueron efectuadas de manera virtual y se hizo el cambio en el consentimiento informado. Así mismo, se esperaba realizar encuentros periódicos con las y los participantes, pero solo pudo llevarse a cabo un encuentro, por las restricciones de aforo al interior de los hospitales.

## Agradecimientos

A las instituciones hospitalarias, a las médicas y médicos y a las profesionales de la salud que participaron en el estudio.

## Declaración de fuente de financiación

La investigación fue realizada con recursos propios de la autora.

## Declaración de conflictos de intereses

Declaro que no tengo conflicto de intereses para realizar esta investigación.

## Declaración de responsabilidad

Declaro que como autora tengo la capacidad para responder a todos los aspectos del artículo de cara a asegurar con exactitud e integridad de la información obtenida. Los puntos de vista expresados son producto del proceso reflexivo, no comprometen la institución de afiliación.

## Declaración de contribución por autores

Como única autora, declaro que este artículo corresponde a un resultado parcial de mi proyecto de tesis doctoral en Salud Pública; realicé el diseño, gestioné su aprobación, me hice cargo personalmente de la recolección, procesamiento y análisis de la información en su totalidad, y de la escritura y revisión del texto.

## Referencias

1. Italia, Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional [internet]; 1998 [citado 2020 oct. 14] [https://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome\\_statute\(s\).pdf](https://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute(s).pdf)
2. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Exámenes médicos legales por presunto delito sexual. Colombia 2021.

- En: *Forensis 2021 Datos para la vida*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia; 2022. pp. 295-336.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Acelerar acciones de atención efectiva a sobrevivientes de violencia sexual en el marco del conflicto armado, acceso a la justicia y a la garantía de no repetición, es urgente [internet]; 2021, may. 25 [citado 2022 nov. 30]. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/news/acelerar-acciones-de-atencion-efectiva-sobrevivientes-de-violencia-sexual>
  4. Velzeboer M, Ellsberg M, et al. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Washington, D.C.: OMS, OPS [internet]; 2003. [citado 2022 nov. 30]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3273>
  5. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0459, por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Bogotá: Diario Oficial 48.367 (2012 mar. 6).
  6. Colombia, Congreso de la República. Ley 1719, por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial 49.186 (2014 jun. 18).
  7. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud (2014 may. 28).
  8. Guglielmucci A. El concepto de víctima en el campo de los derechos humanos: una reflexión crítica a partir de su aplicación en Argentina y Colombia. *Rev Estud Soc.* [internet]. 2017 [citado 2020 ago. 6]; (59):83-97. Disponible en: <https://journals.openedition.org/revestudsoc/608>
  9. Colombia, Congreso de la República. Ley 1448, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial 48.096 (2011 jun. 10).
  10. Colombia, Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-253A de 2012. Referencia: expedientes D-8643 y D-8668. Magistrado Ponente: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. (2012 mar. 29).
  11. Colombia, Congreso de la República. Ley 1257, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial 47.193 (2008 dic.4).
  12. Colombia, Congreso de la República. Ley 906, por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal. Bogotá: Diario Oficial 45.658 (2004 sep. 1).
  13. Colombia, Congreso de la República. Ley 360 de 1997. por medio de la cual se modifican algunas normas del título XI del Libro II del Decreto ley 100 de 1980 (Código Penal), relativo a los delitos contra la libertad y pudor sexuales, y se adiciona el artículo 417 del Decreto 2700 de 1991 (Código Procedimiento Penal) y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial 42.978 (1997 feb. 7).
  14. Trentin D, Vargas MA de O, Leal SMC, et al. Women in situations of sexual violence: Potentialities and weaknesses of the intersectoral network. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20190856. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0856>
  15. Gutiérrez C, Coronel E, Pérez CA. Revisión teórica del concepto de victimización secundaria. *Liberabit* [internet]. 2009 [2019 jul. 18]; 15(1):49-58. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3018348>
  16. Illescas-Barros M, Lescano-Vinuesa P. Victimización secundaria en violencia de género, relación con el daño psicológico. *Pol. Conoc.* [internet]. 2022 [citado 2023 may. 15]; 7(12):49-68. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/4981/12067>
  17. Asociación de Mujeres Axayacatl-Nicaragua, Mujeres Transformando el Mundo - Guatemala, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva - Guatemala, Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos - Perú, Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos (SURKUNA)- Ecuador, Mesa Por la Vida, SaRef. Violencia sexual, embarazos forzados y acceso a servicios de salud en el contexto de la pandemia del COVID-19. Informe de las solicitantes sobre la audiencia temática regional celebrada de manera virtual el 8 de octubre de 2020, en el marco del 177.º período de sesiones ordinario de la CIDH. Nueva York [internet]; 2020 [citado 2022 nov. 30]. Disponible en: <https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1425/Informe-NNM-CIDH.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  18. Ministerio de Salud y Protección Social, UNPFA, Las Mujeres Cuentan, ONU mujeres. Boletín de respuesta integral para el abordaje integral de las violencias por razones de género (contra niñas, niños, adolescentes y mujeres) durante el aislamiento preventivo obligatorio 25 de marzo a 21 de abril. Bogotá [internet]; 2020 [citado 2021 dic. 6]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/boletin-unfpa-violencias-contra-mujeres-pandemia-historica.pdf>
  19. Pan SM, Lin YJ, etc. [Sexual violence against women and their help-seeking in Taiwan]. *Hu Li Za Zhi* [internet]. 2022 [citado 2023 may. 8]; 69(4):43-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35893336/>
  20. Moscoso Parra RK, Correa Calderon JE, Orellana Izurieta G. El derecho constitucional a la no revictimización de las mujeres en el Ecuador. *Univ y Soc.* [internet]. 2018 [citado 2022 dic. 6]; 10(4):60-68. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2218-36202018000400060](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2218-36202018000400060)
  21. Cadena JT, Calvo C, Rincón J. Material didáctico para prevenir la revictimización victimización secundaria en los procesos de declaración y denuncia de la violencia sexual en el marco del conflicto [tesis de grado]. [Bogotá]: Universidad de la Salle [internet]; 2019 [citado 2023 may. 15]. Disponible en: [https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo\\_social/343/](https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/343/)
  22. Seff I, Falb K, Yu G, et al. Gender-equitable caregiver attitudes and education and safety of adolescent girls in South Kivu, DRC: A secondary analysis from a randomized controlled trial. *PLoS Med.* 2021;18(9):1-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003619>
  23. Leal LM, Figueredo MA, et al. Assessing the care of doctors, nurses, and nursing technicians for people in situations of sexual violence in Brazil. *PLoS One.* 2021;16(11):e0249598. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0249598>
  24. Fawole OI, Van Wyk JM, Balogun BO, et al. Preparing medical students to recognize and respond to gender based violence in Nigeria. *Afr Health Sci.* 2019;19(1):1486-98. DOI: <https://doi.org/10.4314%2Fahs.v19i1.22>
  25. Gilles C, Manigart Y, Rousseau C, et al. Implementation of a protocol and staff educational sessions improves the care of survivors of sexual assault. *Maturitas.* 2019;124:39-42. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.03.004>
  26. Lemer G. La creación del patriarcado. Barcelona: Editorial Crítica [internet]. 1990 [citado 2020 oct. 14]. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:La+creaci+n+del+patriarcado#0>
  27. Foucault M. Historia de la medicalización. *Educ Med Salud* [internet]. 1977 [citado 2019 oct. 31]; 11(1):3-25. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3182/Edu>

- caucion%20medica%20y%20salud%20%2811%29%2C%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Menéndez E. Modelo medico hegemónico y atención primaria. En Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 abril al 7 mayo [internet]; 1988 [citado 2020 ago. 16]. pp. 451-64. Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)
  29. Castro Pérez R, Villanueva Lozano M. El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu. Sociológica [internet]. 2019 [citado 2020 ago. 16]; 34(97):73-113. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-01732019000200073](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732019000200073)
  30. Sánchez-Guzmán M, Hamui-Sutton A. La vida del hospital es infeliz. Rev Mex Investig Educ. [internet]. 2023 [citado 2023 jun. 11]; 28(97):425-45. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-66662023000200425](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662023000200425)
  31. Butler J, Athanasiou A. Reconocimiento y supervivencia, o sobreviviendo al reconocimiento. In: Des posesión: Lo performativo en lo político. Buenos Aires: Eterna Cadencia; 2017. pp. 97-116.
  32. Lopera Vásquez JP. Reconocimiento como potenciador de la autonomía y la calidad de vida. Relato de un viaje alrededor de la esclerosis múltiple. Reseña. Rev Fac Nac Salud Pública [internet]. 2019 [citado 2022 dic. 8]; 37(Sup. 1):64. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=138871752&lang=es&site=ehost-live>
  33. Scott JW. Deconstructing equality-versus-difference: Or, the uses of poststructuralist theory for feminism. Fem Stud. 1988;14(1):87-107. DOI: <https://doi.org/10.2307/3177997>
  34. Restrepo E. Etnografía. Alcances, técnicas y éticas. Lima: Fondo Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos [internet]; 2018 [citado 2019 jun. 25]. Disponible en: <https://www.academica.org/eduardo.restrepo/3.pdf>
  35. Malinowski B. Objeto, método y finalidad de esta investigación. En: Los argonautas del pacífico. Barcelona: Planeta de Agostini; 1986. Pp. 19-42.
  36. Marcus G, Ficher M. La antropología como crítica cultural. Barcelona: Amorrortu; 2000.
  37. Stake RE. Estudio de caso unico. En: Investigación con estudios de caso.. Madrid Ediciones Morata.[internet]. 1999 [citado 2019 jun. 28]. pp. 15-24. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=gndJ0eSkGckC&printsec=frontcover&dq=robert+yin+investigacion+sobre+estudio+de+casos&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi5rNizsuHZAhVVoVMKHQM4CbsQ6AEIJTAA#v=onepage&q=robert yin investigacion sobre estudio de casos&f=false>
  38. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Triage [internet]; s. f. [citado 2022 dic. 3]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>
  39. Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate Fem [internet]. 2016 [citado 2023 sep. 27]; 52:1-17. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0188947816300603>
  40. Moreno MJ, Raesfeld LJ, Durán RE. Diagnóstico interseccional de violencia hacia mujeres indígenas. Rev Estud Fem. 2021;29(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n163207>
  41. Bourke J. Mentiras. En: Los violadores. Historia del estupro de 1860 a nuestros días. Barcelona: Crítica; 2009. pp. 43-44.
  42. Linhares LV, Rosas Torres R. She deserved it: Analysis of variables that influence the accountability of victims of sexual violence. Acta Colomb Psicol. 2022;25(1):218-29. DOI: <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.14>
  43. Vance K, Sutter M, et al. The media's sexual objectification of women, rape myth acceptance, and interpersonal violence. J Aggress. Maltreatment Trauma. 2015;24(5):569-87. DOI: <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1029179>
  44. García Hernández H, Alvear Galindo G. Violencia en la formación médica. Rev Fac Med. 2020;63(2):46-55. [internet] [citado 2023 jun. 10] <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2020/un202g.pdf>