

**CUMPLIMIENTO DE LA RUTA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA EN CASOS DE
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN UNA INSTITUCIÓN NIVEL I EN SANTIAGO DE
CALI, JUNIO-OCTUBRE DE 2.018.**

DOMÍNGUEZ MAFLA MÓNICA VANESSA
RODRÍGUEZ BARRETO MICHELL STEFANÍA
SÁNCHEZ PORTILLA ANDRES DARÍO

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
CALI, VALLE DEL CAUCA

2019

**CUMPLIMIENTO DE LA RUTA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA EN CASOS DE
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN UNA INSTITUCIÓN NIVEL I EN SANTIAGO DE
CALI, JUNIO-OCTUBRE DE 2.018.**

DOMÍNGUEZ MAFLA MÓNICA VANESSA
RODRÍGUEZ BARRETO MICHELL STEFANÍA
SANCHEZ PORTILLA ANDRES DARIO

TUTORA:
DRA. MERCEDES BENAVIDEZ PORTILLA
PSICÓLOGA MSP

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
CALI, VALLE DEL CAUCA

2019

Tabla de Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
3.	JUSTIFICACIÓN	13
4.	OBJETIVOS	16
	4.1. Objetivo General	16
	4.2. Objetivos específicos	16
5.	MARCOS DE REFERENCIA	17
	5.1. Marco Conceptual	17
	5.2. Marco Teórico	19
	5.2.1. Marco Ético	20
	5.2.2. Teoría de la bioética sinfonológica por Enf. Gladys Husted & James Husted. 22	
	5.2.3. Internacional	25
	5.2.4. Nacional	28
	5.3. Marco Legal	32
	5.4. Marco Contextual	36
6.	METODOLOGÍA	39
	6.1. Diseño	39
	6.2. Población	39
	6.3. Muestra	39
	6.4. Criterios de inclusión y exclusión	39
	6.5. Variables	39
	6.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	47
	6.6.1. Instrumentos	47
	6.6.2. Historia clínica (Ver anexo 01)	47
	6.6.3. Lista de chequeo (Ver anexo 02)	47
7.	MÉTODO	48

7.1.1.	Fases del proceso investigativo.....	48
7.1.2.	Plan de análisis.....	48
7.2.	Consideraciones éticas	48
7.3.	RESULTADOS	49
7.3.1.	Características sociodemográficas de la muestra.....	49
7.3.2.	Características sociales y epidemiológicas de los diferentes tipos de abuso	
	53	
7.3.3.	Cumplimiento de las actividades de los profesionales dentro de la atención a la	
	mujer maltratada en los diferentes momentos de la atención.....	56
7.4.	DISCUSIÓN.....	60
7.5.	CONCLUSIONES.....	62
7.6.	RECOMENDACIONES	63
7.7.	CRONOGRAMA.....	64
7.8.	PRESUPUESTO.....	65
8.	BIBLIOGRAFÍA	65
9.	ANEXOS	69
9.1.	Historia Clínica Anexo 01	69
9.2.	Lista de Chequeo Anexo 02.....	70
9.3.	Permiso Institucional para revisión de historias clínicas Anexo 03	71

Lista de Tablas.

Tabla 1	Comparativo del segundo semestre entre 2017 y 2018 de lesiones no fatales contra la	
	mujer en Colombia	14
Tabla 2	Tabla de variables	40
Tabla 3.	Cumplimiento del profesional en la atención a la mujer maltratada al ingreso.	56
Tabla 4.	Cumplimiento del profesional durante la atención a la mujer maltratada.....	57
Tabla 5.	Cumplimiento del profesional en la atención al egreso a la mujer maltratada	58

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Edad y tipos de abuso en casos de violencia contra la mujer en una institución de nivel I, en Santiago de Cali de junio – octubre de 2018.....	49
Gráfico 2. Aseguramiento en casos de violencia contra la mujer en una institución nivel I, en Santiago de Cali, de junio – octubre 2018.....	51
Gráfico 3. Distribución porcentual en casos de violencia contra la mujer por comuna, en una institución de nivel I, Santiago de Cali, junio - octubre 2018.....	52
Gráfico 4. Distribución porcentual de tipos de abuso en casos de violencia contra la mujer, en una institución nivel I, Santiago de Cali, junio - octubre 2018.....	53
Gráfico 5. Día de ocurrencia y frecuencia de violencia contra la mujer en una institución Nivel I, en Santiago de Cali, junio - octubre 2018	54
Gráfico 6. Distribución porcentual de abuso diario casos de violencia conta la mujer en institución nivel I Cali junio - octubre 2018	55

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador, el principal facilitador para realizar esta investigación y darnos fuerza para continuar en este proceso de formación.

A nuestra Tutora la Dra. Mercedes Benavidez Portilla quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo y que saliera de manera exitosa.

A la IPS donde desarrollamos el trabajo, por abrirnos las puertas de su institución, recibirnos en sus instalaciones cada que lo necesitábamos y por hacer posible la realización de este estudio.

A nuestros padres y familiares por apoyarnos en todo momento, porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de nosotros unas mejores personas y de una u otra forma nos acompañan en todos nuestros sueños y metas, con su amor, comprensión, paciencia y dedicación hacia nosotros.

De igual manera nuestros agradecimientos a la Universidad Santiago de Cali, a toda la Facultad de Enfermería, a los profesores que nos guiaron durante todo este tiempo, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que creciéramos día a día como profesionales.

1. INTRODUCCIÓN

El concepto violencia de género supone un problema que hasta hace poco, era considerado un asunto de familia que no debía trascender y por lo tanto, en el que no se debía intervenir, entender la violencia como un asunto personal refuerza a las mujeres a una situación de subordinación respecto del hombre e implica asumir las relaciones de poder históricamente desiguales entre ambos y a través de las cuales se legitima al hombre a mantener su estatus de dominación, incluso a través de la violencia, esta percepción contribuye a que las mujeres no denuncien su situación por miedo, vergüenza o culpabilidad.¹

La violencia de género como manifestación de la desigualdad entre hombres y mujeres es un problema que traspasa fronteras y que está presente en la mayor parte de los países del mundo con la particularidad de que las experiencias en las mujeres maltratadas son enormemente parecidas en todos los lugares y culturas; entre las muchas formas de violencia contra la mujer indicamos las más comunes que serán tenidas en cuenta en el desarrollo del presente trabajo: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual y abusos sexuales, acoso sexual, tráfico de mujeres con fines de explotación, violencia económica, entre otros.

El Ministerio de la Protección Social a través de la guía de atención de la mujer maltratada busca fortalecer acciones que garanticen respuestas institucionales oportunas, que contribuyan a la recuperación de la integridad, dignidad y autonomía de las mujeres víctimas, atendiendo sus necesidades de acuerdo con sus características particulares de tal manera que se reduzca el impacto y las consecuencias físicas, mentales, familiares y sociales derivadas de la violencia que ha vulnerado sus derechos.

En ese sentido, la atención integral conlleva al respeto y a la garantía de los derechos que han sido reconocidos en Colombia a través de diversas normas como la Ley 1257 de 2008 ² y Ley 1719 de 2014 ³. Estos derechos son de obligatorio cumplimiento para los

operadores de justicia, administrativos, de policía y para los prestadores de servicios de salud.

Con este trabajo se pretendió identificar si una Institución Hospitalaria Nivel I de la ciudad de Cali, da cumplimiento a la ruta de atención a mujeres víctimas de violencia.

Se revisaron las historias clínicas registradas en el sistema de información de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA) de mujeres que han sido víctimas de cualquier tipo de violencia, de los casos registrados por la institución durante el periodo de junio a octubre de 2018.

Después de realizar la revisión de las historias clínicas y hacer el análisis de la información recolectada, se evidenció que la ruta se cumple en el personal de salud en su totalidad, cuando el abuso es de tipo sexual, sin embargo para maltrato psicológico, físico y por negligencia o abandono se evidenció que la atención a la paciente se da en su primera fase sin hacerle ningún tipo de seguimiento; estos resultados se devolverán a la institución para que se realicen los correctivos que consideren pertinentes, conforme lo establece el Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta el protocolo de la E.S.E Ladera.

Resumen de Tesis: “Cumplimiento de la ruta de atención hospitalaria en casos de violencia contra la mujer en una institución nivel I en Santiago de Cali, junio-octubre de 2.018”

Introducción: El Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia a través de la guía de atención de la mujer maltratada busca fortalecer acciones que garanticen respuestas institucionales oportunas, que contribuyan a la recuperación de la integridad, dignidad y autonomía de las mujeres víctimas, atendiendo sus necesidades de acuerdo con sus características particulares de tal manera que se reduzca el impacto y las consecuencias físicas, mentales, familiares y sociales derivadas de la violencia que ha vulnerado sus derechos. En ese sentido, la atención integral conlleva al respeto y a la garantía de los derechos que han sido reconocidos a través de diversas normas como la Ley 1257 de 2008 y Ley 1719 de 2014. Estos derechos son de obligatorio cumplimiento para los operadores de justicia, administrativos, de policía y para los prestadores de servicios de salud. Con este trabajo se pretendió identificar si una Institución Hospitalaria Nivel I de la ciudad de Cali, da cumplimiento a la ruta de atención a mujeres víctimas de violencia.

Metodología: el diseño metodológico es observacional descriptivo retrospectivo, se revisaron 72 historias clínicas registradas en el sistema de información de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA) de mujeres que han sido víctimas de cualquier tipo de violencia, de los casos registrados por la institución durante el periodo de junio a octubre de 2018.

Resultados: después de realizar la revisión de las historias clínicas y hacer el análisis de la información recolectada, se evidenció que la ruta se cumple en el personal de salud en su totalidad cuando el abuso es de tipo sexual, sin embargo, para maltrato psicológico, físico y por negligencia o abandono se evidenció que la atención a la paciente se da en su primera fase sin hacerle ningún tipo de seguimiento.

Discusión: en el presente estudio se logra identificar que hay cumplimiento de la ruta de atención hospitalaria en casos de maltrato contra la mujer y que su precisión se da mayormente en casos de abuso sexual, de la misma manera se tiene en cuenta que durante la atención inicial a la mujer el mayor porcentaje de cumplimiento se obtiene en el ítem de examen físico y anamnesis con un 91,4%; porcentaje mucho más alto que el que reporta un estudio realizado en el Hospital San Rafael de Tunja, donde se encontró que en la admisión de la víctima se dio un cumplimiento de la ruta en un 59,8% de los casos; La valoración física y la solicitud de consulta de salud mental son los componentes que tienen un mayor cumplimiento dentro del protocolo de atención, datos similares a los encontrados en el estudio.

Palabras Clave: *género, maltrato, abuso sexual, víctimas, violación, ruta de atención.*

“Compliance with the medical care procedure in cases of gender violence within a primary care centre in Santiago de Cali, June-October 2,018”

Introduction: The Ministry of Health and Social Protection of Colombia, through the care guide for gender violence, seeks to strengthen actions that guarantee convenient institutional responses which contribute to the recovery of integrity, dignity and autonomy of the victims; attending their needs according to their particular characteristics in order to reduce the psychological impact from gender violence that has damaged their rights. In that sense, comprehensive care leads to respect and guarantee the rights recognized in Law 1257 of 2008 and Law 1719 of 2014. These rights are mandatory for justice and government officers, police forces as well as for health care practitioners. This work aims to identify if a primary care Centre in the city of Cali, accomplishes the medical care of victims of gender violence.

Methodology: the methodological design is retrospective descriptive observational. The study examines 72 medical records registered in the epidemiological surveillance information system (SIVIGILA). These medical records were from women victims of any type of violence in the health care unit during the period of June to October 2018.

Results: after reviewing the medical records and analyzing the information gathered, the study demonstrated that the procedure is followed properly by health care staff in cases of sexual abuse. However for psychological and physical abuse and for gross negligence or neglect. It could be demonstrated that patient care is given at its first stage without monitoring the case at its latest stages.

Discussion: in this study it is possible to identify that the health care process is correctly followed in cases of gender violence. Its accuracy is mostly given in cases of sexual abuse, in the same way it is taken into account that during care given to women at its first stage, the highest percentage of compliance is obtained in physical examination and patient's medical history with 91.4%; percentage much higher than the reported in a study conducted at the San Rafael de Tunja Hospital, where it was found that at the stage of admission of the victim there was compliance in 59.8% of cases; The physical assessment and the queries for mental health consultation have the highest rate in following accurately the procedure, results similar to those found in the study.

Key words: gender, abuse, sexual abuse, victims, sexual assault, care procedure

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde las épocas más remotas de la cultura humana se ha manifestado siempre la subordinación de las mujeres respecto a los hombres. Este fenómeno no se ha limitado sólo a concebir la inferioridad femenina, sino que ha trascendido las fronteras de lo racional, hasta llegar incluso a manifestarse mediante comportamientos agresivos, que acreditados por el patriarcado y ratificados luego por las sociedades, conforman la tan mencionada violencia de género.

La discriminación de la mujer en la sociedad representó la primera forma de explotación existente, incluso antes que la esclavitud. Los hechos que ejemplifican las desigualdades y discriminaciones hacia la mujer son numerosas y antiquísimos. Algunos datan del año 400 A.C., cuando las leyes de Bizancio establecían que el marido era un Dios al que la mujer debía adorar. Ella ocupaba un lugar tan insignificante que ni siquiera podía recibir herencia o beneficio alguno.

En la India, los testimonios más antiguos aseguran que si la mujer enviudaba era quemada viva junto al cadáver del esposo en una ceremonia llamada Sati, acto este que quedaba incluido dentro de las obligaciones como esposa. Además, la mujer infecunda era repudiada, al igual que la que gestaba sólo hijas; y en las comunidades de Irán y Etiopía, el nacimiento de una mujer era una deshonra, siendo, incluso, este vocablo sinónimo de bajeza, debilidad y desgracia.

En las antiguas sociedades esclavistas el hombre ocupaba una posición de superioridad en la familia. En Grecia cuando la pareja era acusada de cometer un delito, la pena sólo se imponía a la mujer.

La situación legal de la mujer, según las normas islámicas, es sumamente discriminatoria. La mujer, a partir del casamiento, adquiere la condición de propiedad privada del marido. El Corán estipula como deber del hombre pegarle a la esposa rebelde, así como el encierro perpetuo de las infieles en la casa. El castigo corporal no está limitado, es

legítima facultad masculina sobre su cónyuge, de modo que se exonera de responsabilidad penal al esposo cuya mujer falleciere como resultado de una golpiza con fines “educativos”.

En Europa, específicamente en Burdeos, Francia, en 1.359 se estableció por costumbre que cuando un hombre mataba a su esposa en un exceso de cólera, siempre que se confesara arrepentido mediante juramento, no era castigado. ⁴

En general, la mujer en la antigüedad estaba supeditada al marido y este podía llegar en el ejercicio de su dominio –incluso-, a castigarla corporalmente. Así de arbitrarias y desenfundadas eran las normas arcaicas, en las que la violencia contra la mujer era tan común y usual como el matrimonio, y resultaba pues, un efecto de este último la supeditación total de las mujeres respecto a los hombres, rasgos propios de la cultura patriarcal, que tiene raíces muy profundas.

La Edad Media no trajo diferencias sustanciales: los nobles golpeaban a sus esposas con la misma regularidad que a sus sirvientes. Esta práctica llegó a ser controlada en Inglaterra, denominándose “Regla del Dedo Pulgar”, referida al derecho del esposo a golpear a su pareja con una vara no más gruesa que el dedo pulgar para someterla a su obediencia, tratando así de que los daños ocasionados no llevaran al fallecimiento de la víctima. También en esta época, en familias de “sangre azul”, la mujer podía ser utilizada como instrumento de paz a través de matrimonios entre Estados, decisión que se tomaba sin tener en cuenta la opinión de la posible desposada.

De los siglos XIII al XIX no existieron diferencias relevantes en el trato a la mujer: un ejemplo que lo evidencia sucedió en la ciudad de Nueva York, en 1.825, donde en un caso judicial consta la agresión recibida con un cuchillo y fractura de brazo de una mujer a manos de su esposo. El tribunal no concedió el divorcio por considerar honesta y razonable la actuación masculina, en tanto tenía el propósito de ayudar y enseñar a su esposa para que no cometiera más errores.

No es hasta finales del siglo XIX, que se dicta en los Estados Unidos, en el Estado de Maryland, en 1882, la primera ley para castigar el maltrato conyugal. En la misma se imponían como pena cuarenta latigazos o un año de privación de libertad al victimario por los abusos cometidos, pero después de sancionado el primer caso, inexplicablemente cesó la comisión de este delito, o por lo menos su denuncia, siendo derogada esta ley en 1953.

En Inglaterra en 1889, se logró abolir como norma el derecho del marido a castigar a su cónyuge, situación que desafortunadamente en la actualidad no opera, ya que una de cada siete esposas es violada por su pareja y más del 50% de las agresiones contra las mujeres son cometidas por hombres con las que estas mantienen o han mantenido una relación amorosa.

Aún en el siglo XX se aprobaron leyes como el Decreto-Ley aprobado por Arabia Saudita, Kuwait, Emiratos Árabes, Irán e Irak, firmado en 1990, donde se permite asesinar a las mujeres de la familia si incurren en adulterio o deshonor, para lo cual es posible apedrearlas hasta la muerte. ⁴

Datos como estos son los que demuestran que en el curso de la vida de la humanidad ningunos derechos han sido pisoteados tanto como los de las mujeres.

Esta situación lamentablemente no ha llegado a su fin. En la actualidad las cifras reales del problema no se conocen en su totalidad, pues muchas mujeres no denuncian tales hechos; pero las informaciones existentes son indicadores de preocupación, como el caso del continente americano, en el que Costa Rica tiene una de cada dos mujeres siendo víctima de agresión por parte de su pareja; en Puerto Rico, el 50 % de las mujeres víctimas de homicidios o asesinatos mueren en manos de sus ex -esposos o esposos actuales; en México el 61% de las amas de casa son golpeadas por su pareja, mientras que en Argentina esto ocurre a una de cada cuatro mujeres, en Chile a un 80 % de las féminas y en Ecuador a un 68% aproximadamente.

En otros países de igual modo las cifras son alarmantes. En Colombia una de cada tres mujeres es objeto de malos tratos emocionales o verbales por parte del hombre y en Canadá, el 62% de las mujeres asesinadas en 1997, fue víctima de violencia por parte de su pareja. Así por ejemplo en los Estados Unidos, la golpiza es la mayor causa de heridas en las mujeres, más frecuentes que los accidentes, asaltos y violaciones conjuntamente. En un año seis millones de norteamericanas son golpeadas por sus esposos o amantes y 4000 de ellas son asesinadas.

Los otros continentes del planeta no son ajenos a esta situación, sino que la manifiestan con similares rasgos en sus porcentajes. Francia tiene el 95% de las víctimas de violencia entre las mujeres y de ellas el 51% fueron agredidas por sus maridos. En Pakistán el 99% de las amas de casa y el 77% de las mujeres asalariadas son golpeados por su pareja. Las estadísticas policiales en Australia muestran un 47% de feminicidios y en España en 1997 la cifra de delitos presentados fue de 4.343 agresiones contra la mujer, datos que en este último país denotan preocupación si analizamos los más recientes.

En las últimas dos décadas, la violencia ha tenido un incremento sustancial en diversas latitudes. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en el año 2.000 una de cada cinco mujeres en el mundo fue objeto de violencia en alguna etapa de su vida. ⁴

En 2018 se han registrado al menos 3.014 casos de violencia de género contra la mujer en Colombia: es decir, alrededor de 50 cada día. Así lo reveló un informe de la Facultad de Derecho de la Universidad Libre, tras hacer un análisis de los documentos del Instituto Nacional de Medicina Legal. ⁵

De acuerdo con el estudio, las mujeres más afectadas por esta problemática son aquellas entre los 20 y 29 años, con 1.295 denuncias. También se reportaron 81 casos en los que menores de edad fueron maltratadas por sus parejas.

En cuanto a los presuntos agresores, se han registrado 1.716 actos de violencia por parte de la pareja y 1.026 en los que los responsables son ex novios o ex esposos. Según las denuncias, al menos 2.858 hechos violentos se desencadenaron tras discusiones

sentimentales y 156 por el estado de alicoramiento de los hombres. Esto, aclarando que la violencia no tiene justificación alguna.

Respecto a los mecanismos de agresión, predominan las armas contundentes, como palos, bates o fuertes golpes con manos y piernas, con un total de 1.826 registros, y al menos en 656 casos se utilizaron mecanismos múltiples, con dos o más armas.

El impacto de tales situaciones de violencia de género se vio reflejado en 2.655 mujeres incapacitadas por hasta un mes y otras 18 víctimas por más de 30 días.

Sobre los escenarios en los que se desarrollan los hechos, el mayor número de casos se presentan en las viviendas (2.243), seguidos de la calle o la vía pública con 542. Además, la mayoría de las denuncias indican que los actos de violencia se dan entre las 6:00 y las 9:00 de la noche (612 hechos), y entre las 10:00 y las 12:00 de la noche (564 hechos).⁵

Se considera como violencia contra la mujer todos aquellos actos de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, también como las amenazas de tales actos, la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada.

En la actualidad según reportes de medicina legal⁶ los casos de violencia contra la mujer van en incremento, donde se observa que gran parte de los casos registrados, la violencia se genera por parte de sus parejas o ex parejas debido a que la mayoría de mujeres no se sienten en la capacidad de realizar una denuncia por diversos factores ya sean sociales, económicos, familiares, entre otros.

El apoyo hacia la mujer maltratada se ha aumentado con el transcurso de los años, actualmente el ministerio de la protección social ha implementado una ruta de atención para los diferentes ámbitos sociales entre ellos para las instituciones de salud, donde cada institución realiza su flujo-grama y desarrolla la atención según su ruta institucional con el fin de que la mujer que ingrese a la institución de salud sea atendida con las medidas pertinentes según sea su caso de maltrato y se sienta apoyada.

En este orden de ideas se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Se cumple la ruta de atención en mujeres víctimas de violencia de género en una institución nivel I en Santiago de Cali en el periodo de junio a octubre de 2018?

3. JUSTIFICACIÓN

La violencia contra la mujer es un acto inaceptable, según varios datos estadísticos consultados, la violencia de género ha ido en aumento a través del transcurso de los años, esto debido a que aún se conserva una creencia machista donde la mujer está en un estado de sumisión en la cual se debe de quedar en el hogar al cuidado de los hijos y la atención de su pareja, en otros casos porque ya no se siente conforme en la relación de pareja y toma la decisión de terminarla y separarse, esto en ocasiones conlleva a que se presenten varios casos donde el hombre se siente herido y renuente a tal decisión por lo cual recurre a la violencia como defensa. Teniendo en cuenta esto y según investigaciones anteriores se ha documentado, que la mayoría de los casos reportados de violencia contra la mujer, las agresiones ya sean físicas, psicológicas, por abandono y/o sexuales han sido proporcionadas por sus parejas o ex parejas.

Según Medicina Legal las cifras de maltrato han ido en ascenso en nuestro país manteniéndose por encima de 21.000 casos anuales, en los últimos 10 años. En el año 2017 se presentaron un total de casos valorados de 23.798 casos, en comparación con el 2016 que se atendieron 21.399 casos en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se observó un aumento del 11% de los casos atendidos. En el primer semestre del 2018 se atendieron 1590 casos, mientras que en el 2017 en el mismo periodo se practicaron 1399 casos por presunto delito sexual en mujeres en los Departamentos de la Regional, lo cual se evidencia un aumento de 191 casos atendidos.⁷

Teniendo en cuenta los boletines de estadística mensual de Medicina legal y ciencias forenses, realizando un comparativo del primer trimestre del 2018 y 2019 se registran lesiones no fatales contra la mujer en la siguiente tabla.⁸

Tabla 1 Comparativo del segundo semestre entre 2017 y 2018 de lesiones no fatales contra la mujer en Colombia.

CONTEXTO DE VIOLENCIA	JUN		JUL		AGO		SEP		OCT	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
VIOLENCIA INTERPERSONAL	18.929	19.481	22.323	22.898	25.999	26.538	31.329	29.976	32.980	33.372
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	28.701	29.588	33.716	34.591	39.061	39.751	44.954	44.887	49.425	50.120
PRESUNTO DELITO SEXUAL	9.476	10.963	11.176	12.897	13.055	15.039	13.581	17.068	16.814	19.193
VIOLENCIA NIÑAS Y ADOLESCENTES	2.601	2.776	3.031	3.237	3.610	3.723	4.118	4.271	4.681	4.782
VIOLENCIA DE PAREJA	20.858	21.254	24.469	24.830	28.287	28.473	32.819	32.157	35.690	35.894

Fuente Instituto de Medicina Legal Boletines Estadísticos Mensuales 2017-2018

Teniendo en cuenta todos los tipos de violencia referenciados en la gráfica, presunto delito sexual tiene el mayor número de aumento en casos, estos datos estadísticos generan gran preocupación por lo cual los servicios de salud deben de estar preparados para brindar una atención oportuna y adecuada para aquellas mujeres que consulten como víctimas de cualquiera de los tipos de violencia, por tal motivo se ha diseñado un modelo de atención en salud para las mujeres que lleguen maltratadas con el fin de que la atención que se brinde a la paciente sea de forma integral, brindando todo lo necesario teniendo en cuenta todos los aspectos afectados, ya sea físico, psicológico, legal, entre otros.

El modelo de atención está diseñado para que cada profesional de la salud cumpla con funciones específicas dentro de su competencia, abarcando de forma holística la

paciente, a través del desarrollo del presente estudio se identificaron falencias y se aportaran elementos para que la IPS fortalezca la atención en dicha población.

Este trabajo tiene relevancia para la universidad ya que al desarrollarlo se promueve la proyección social, aporta desde la academia al mejoramiento en la prestación de los servicios.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

- Determinar si los profesionales de salud dan cumplimiento a la ruta de atención en mujeres víctimas de violencia de género, en los diferentes tipos de abuso, en una Institución de Salud Nivel I en Santiago de Cali de junio a octubre 2018.

4.2. Objetivos específicos

- Caracterización demográfica de las víctimas de los diferentes tipos de abuso, ocurrido de junio a octubre en una Institución de Salud Nivel I en Santiago de Cali en 2018.
- Identificar características sociales y epidemiológicas de los diferentes tipos de abuso.
- Reconocer el cumplimiento de las actividades de los profesionales dentro de la atención en el ingreso a la mujer maltratada, en los diferentes tipos de abuso.
- Identificar el cumplimiento de actividades de los profesionales durante la atención de la mujer maltratada, en los diferentes tipos de abuso.

5. MARCOS DE REFERENCIA

5.1. Marco Conceptual

VIOLENCIA DE GÉNERO: Corresponden a cualquier acción o conducta que se desarrolle a partir de las relaciones de poder asimétricas basadas en el género, que sobrevaloran lo relacionado con lo masculino y subvaloran lo relacionado con lo femenino. ⁹

GÉNERO: se entiende como un estructurador social que determina la construcción de los roles, valoraciones, estereotipos, imaginarios, asociados a lo masculino y lo femenino y las relaciones de poder que de estos se desprenden y se exacerban con otras formas de desigualdad. Estas construcciones sociales difieren entre sociedades, culturas y se transforman en el tiempo. Parten de expectativas colectivas de género que se modifican dependiendo de la condición de clase, el periodo del curso de vida y el lugar que ocupen los sujetos sociales en el ordenamiento socio-racial. ¹⁰

VÍCTIMA: es el individuo que ha sufrido las consecuencias de un daño perjuicio, quedando afectado, bien sea física o emocionalmente. ¹¹

MALTRATO FÍSICO: Se define como maltrato físico a cualquier lesión física como (hematomas, quemaduras, fracturas, u otras lesiones) mediante pinchazos, mordeduras, golpes, tirones de pelo, torceduras, quemaduras, puntapiés u otros medios con que se lastime. ¹²

ABANDONO O NEGLIGENCIA: Significa una falla intencional del tutor en satisfacer las necesidades básicas en cuanto a alimento, abrigo o en actuar debidamente para salvaguardar la salud, seguridad, educación y bienestar. ¹²

MALTRATO PSICOLÓGICO: cualquier tipo de comportamiento repetido de carácter físico, verbal, activo o pasivo, que agrede a la estabilidad emocional de la víctima, de forma continua y sistemático. El objetivo de dicho comportamiento es hacer sufrir a la víctima mediante la intimidación, culpabilización o desvalorización aprovechando el amor o cariño que ésta siente hacia su agresor. ¹²

ABUSO SEXUAL: es cuando una persona tiene relaciones sexuales con otra sin su consentimiento. Según el diccionario de La Real Academia Española (RAE) define al abuso como usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente algo o alguien. El abuso sexual se puede dar entre personas adultas, un adulto a un niño, o entre niños. Un abusador sexual obliga a su víctima a tener actividad sexual con él. Entendiéndose como actividad sexual a todo acto de penetración de los genitales. ¹³

VIOLACIÓN: se puede definir como un tipo de agresión sexual que por lo general implica violencia física y penetración no consentida en cualquiera de los orificios del cuerpo, si bien el término no se limita a estos casos, sino que existen otras circunstancias que se asocian al concepto de violación.

Así, lo más habitual es que se hable de violación siempre que la persona que sufre la agresión no ha dado su consentimiento o no tiene la capacidad de hacerlo -por ejemplo, si ha perdido la conciencia o en casos de discapacidad intelectual significativa.

Además, la violación no requiere necesariamente que se dé violencia física o incluso contacto físico previos o durante el acto, sino que, por ejemplo, también se puede llegar a la penetración a través de la manipulación verbal y potencialmente puede darse una violación sin contacto sexual directo. ¹⁴

RUTA INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD: se definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión intersectorial y

sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud. ¹⁵

5.2. Marco Teórico

La violencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹⁶ se define como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo de comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos en el desarrollo o privaciones.” El acto violento se entiende como el abuso de poder que ejerce un individuo sobre otro que es percibido como vulnerable. La mayor parte de las víctimas de esta violencia son los/las menores de edad, la población adolescente, las mujeres, personas con capacidad reducida y la población adulta mayor. Existen diversos tipos de violencia: La violencia física, entendida como el acto de infligir daño o dolor; la violencia psicológica produciendo desvalorizaciones y humillaciones a través de amenazas, insultos, coacciones, control, ridiculización y menosprecio; la violencia sexual, entendida como cualquier contacto sexual sin consentimiento; la violencia económica a través de acciones de explotación económica o control de recursos; y negligencia por omisión de acciones de cuidado sea voluntaria o involuntariamente . Este tipo de violencia se puede manifestar entre diferentes integrantes de la familia, de padres a hijos/as, entre hermanos/as, de hijos/as hacia padres o hacia población adulta mayor integrante de la familia. ¹⁶

La Violencia Basada en Género es una vulneración a los derechos humanos. El proceso de atención a las víctimas de la violencia basado en un enfoque de derechos,

como lo es el de implementar acciones encaminadas a una cultura institucional que favorezca la visibilización, el respeto y la adecuada atención de las Violencias Basadas en Género. La publicación del Modelo de Atención de las Violencias Basadas en el Género para el área de Clínica Forense constituye la respuesta institucional a la creciente necesidad de brindar una atención diferencial a los y las víctimas de la violencia basada en el género, con el cual se busca contribuir a la administración de justicia y el restablecimiento de los derechos de los y las víctimas de violencia de género en los casos valorados por el servicio de Clínica Forense.

El Modelo de Atención a las Violencias Basadas en Género¹⁷ se plantea como una estructura conceptual, normativa y estratégica. Está construido desde el enfoque de derechos, de género y diferencial, y se hace operativo a través de acciones articuladas entre sí. María de la Luz Lima Malvido, menciona que un modelo de atención debería considerar “Un triángulo estructural” el cual estaría conformado primero por la reglamentación jurídica para el desarrollo del trabajo en atención a víctimas; segundo, por la concertación social que reconozca la importancia del desarrollo de actividades de atención a víctimas con el fin de establecer su participación, su apoyo y su disertación; y tercero, que los servicios de atención a víctimas cumplan con mínimos organizacionales, referidos a una reglamentación interna, especialidad profesional en los agentes de atención y manejo estandarizado para la recolección y manejo de la información de la que se tenga conocimiento en el desarrollo de las actividades de asistencia a víctimas.

Finalmente, dichas estrategias están encaminadas a la formulación y fortalecimiento de una ruta de atención interna diferenciada para las violencias basadas en género.

5.2.1. Marco Ético

El tipo penal de lesiones descrito en el artículo 111 del Código Penal Colombiano¹⁸, describe la conducta típica: “el que cause a otro daño en el cuerpo o en la salud,

incurrirá en las sanciones establecidas en los artículos siguientes (112 al 121). Es de anotar que la pena al agresor varía de acuerdo al daño producido a la víctima y según si la consecuencia es: incapacidad para trabajar o enfermedad; deformidad; perturbación funcional o psíquica; pérdida anatómica o funcional de un órgano o miembro; parto o aborto preterintencional, las penas van entre 1 a 10 años.

Se resalta estos aspectos porque, aunque no existen estadísticas que se permita realizar un análisis de la relación entre la denuncia de las mujeres por lesiones personales, la violencia de pareja y la impunidad, sí se puede afirmar que un alto porcentaje de las mujeres que denuncian a sus maridos o compañeros afectivos por lesiones personales, recurren en más de una ocasión a la denuncia sin obtener una respuesta eficaz de las entidades estatales. En la mayoría de los casos el INMLCF no les da incapacidad mayor de treinta días, esto implica que: por un lado, el delito es querellable y por tanto desistible, y por otro, en los casos en los que se alcanza una condena puede el agresor acceder al mecanismo sustitutivo de la pena privativa de la libertad.

Teniendo en cuenta que las lesiones personales de las que son víctimas las mujeres son en su mayoría resultado de acciones sistemáticas y no aisladas, una mujer puede recibir permanentes incapacidades y por los diferentes hechos acudir varias veces ante el sistema de justicia. El sistema no cuenta con mecanismos que efectivamente enfrenten y sancionen la sistematicidad de los ataques, convirtiendo así en ineficaz la protección integral del bien jurídico tutelado de la vida y la integridad personal y generando un mayor riesgo para la víctima ya que el agresor no encuentra un límite efectivo a su accionar violento.

En lo que va del 2018, que en lo corrido del año se ha presentado un incremento respecto de las cifras que se tienen del mismo periodo del año anterior. De acuerdo con Carlos Valdés, director de la entidad forense, se ha dado un aumento en tipos de violencia como el sexual, los homicidios y lesiones personales.

“Para nosotros como funcionarias del Instituto, es muy preocupante el aumento de la violencia hacia la mujer que se presenta en este año, el balance entre enero y febrero muestra, que 18.267 mujeres han sido violentadas de diferente manera, eso significa que, más o menos, 13 mujeres por hora han sido violentadas en el transcurso de los dos primeros meses del año”, dijo el funcionario.

Del mismo modo, Valdés aseguró que lo que llama la atención es la violencia sexual, pues en lo corrido de este año se han registrado 3268 casos. “Eso significa que 2,3 mujeres son violentadas sexualmente en Colombia, por hora”.

En relación a las lesiones personales, Valdés aseguró que los reportes superan los 12.000 casos entre enero y febrero. “Las edades de las mujeres lesionadas están entre los 20 y 24 años, siendo Bogotá, Antioquia, Cundinamarca y Valle del Cauca, las zonas en las que más casos de violencia se presentan”.

Sobre la violencia sexual en menores de edad, Valdés alertó señaló que 23 niñas entre los 10 y 14 años de edad son víctimas este hecho. Uno de los datos que más llama la atención de las cifras entregadas por el director de Medicina Legal es que cada hora 5 niñas, de entre 0 y 4 años de edad son abusadas en el lapso de una hora, siendo familiares suyos los principales agresores.

Del mismo modo, Valdés señaló que la violencia intrafamiliar ha aumentado en relación a años anteriores en un 12 % con aproximadamente 6488 casos, afectando a niñas entre los 10 y 14 años y mujeres entre los 20 y 25 años, y sus principales agresores son sus parejas sentimentales y hermanos.

5.2.2. Teoría de la bioética sinfonológica por Enf. Gladys Husted & James Husted.

El objetivo del presente trabajo es identificar el cumplimiento de actividades de los profesionales durante la atención de la mujer maltratada, en los diferentes tipos de abuso; es primordial que los profesionales de salud comprendan la importancia de cumplir con los fundamentos principales deontológicos y éticos de cada profesional, sin dejar a un

lado la importancia de lo que piensa el paciente para su mejor tratamiento, así como lo aclaran los teoristas y esposos GLADYS HUSTED - JAMES HUSTED (TEORIA DE LA BIOÉTICA SINFONOLÓGICA)¹⁹ hablan sobre los acuerdos que deben llevar a cabo el profesional y el paciente e intenta determinar qué debe hacerse para preservar y mejorar la vida humana en el campo de la asistencia sanitaria¹ y así tener la experticia de identificar los problemas que aquejan a esta clase de población maltratada.

En un estudio realizado en la Clínica Piloto ASSBASALUD E.S.E. De Manizales a 20 profesionales de enfermería que laboran en la sección de Urgencias en el periodo de Septiembre a Octubre de 2014. La mayoría de las personas de enfermería de los servicios de Urgencias y Observación tiene una percepción favorable sobre la aplicación de los principios bioéticos y de cuidado de enfermería: Autonomía 83,3%, Justicia 55,3%, Beneficencia 96,5% y No maleficencia 96,4%. ²⁰

Determinaron la relación entre la aplicación de los principios bioéticos del cuidado brindado por la enfermera, y la percepción del paciente atendido, bajo la Teoría de Bioética Sinfonológica, concluyeron que es necesario elaborar estrategias orientadas a la reflexión, acción y actualización sobre el conocimiento y aplicación de los principios bioéticos y de cuidado de enfermería. De igual manera, se requiere efectuar investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas en los diferentes servicios, a fin de garantizar la calidad y la humanización del cuidado enfocado en los principios bioéticos de Autonomía, Justicia, Beneficencia y No maleficencia. ²⁰

La Sinfonología de la palabra griega “sinfonía”, que significa acuerdo; es un sistema de ética basado en los términos y condiciones de un acuerdo.

Aplicada a la asistencia sanitaria, es el estudio de los acuerdos entre los profesionales de la salud y los pacientes. Los autores tienen como fundamento la ética que es “un sistema de normas que sirven para motivar, determinar y justificar las acciones que se realizan en pro de objetivos vitales y de metas importantes”. Además, la bioética trata de las cuestiones éticas que se suscitan en relación entre el paciente y el profesional, e intenta determinar qué debe hacerse para preservar y mejorar la vida humana en el

campo de la atención en salud. Los Husted analizaron las ideas y conceptos tradicionales que servían de guía ética al comportamiento del profesional. Entre estos conceptos se encontraban la deontología profesional, las ideas utilitaristas y emotivistas y el relativismo social. ¹⁹

La deontología es una ética basada en las obligaciones que un profesional tiene en tanto que profesional, en la cual las consecuencias de las acciones son irrelevantes. En la ética utilitarista, el profesional sanitario debería actuar de tal forma que se consiguiera el mayor bien para el mayor número de personas. La ética emotivista, defiende que las decisiones éticas deben basarse en los sentimientos y emociones de los individuos implicado.

Contexto: es la interrelación de todos los hechos relevantes que aparecen en una situación determinada; hay tres tipos de contextos relacionados entre sí: el contexto de la situación, el contexto del conocimiento y el contexto de la conciencia de un individuo. El contexto de la situación incluye todos los aspectos de ésta que sirven para comprender la situación y contribuyen a actuar de forma eficaz en ella. (La violencia contra la mujer es un acto inaceptable, según varios datos estadísticos consultados, la violencia de género ha ido en aumento a través del transcurso de los años). El contexto del conocimiento es el conocimiento preexistente en el individuo, que incluye factores habitualmente encontrados en la situación. (Según Medicina Legal las cifras de maltrato han ido en ascenso en nuestro país manteniéndose por encima de 21.000 casos anuales, en los últimos 10 años). El contexto de la conciencia es donde se interrelacionan los dos primeros contextos, para comprender y actuar de forma eficaz en ella. (Reconocer el cumplimiento de las actividades de los profesionales dentro de la atención en el ingreso a la mujer maltratada, en los diferentes tipos de abuso, para darle cumplimiento a la ruta de atención en mujeres víctimas de violencia de género)

Entorno-Acuerdo: el entorno establecido por la sinfonología se forma por un acuerdo en un contexto. El Acuerdo es un estado compartido de conciencia sobre cuya base se produce la interacción. ¹⁹

5.2.3. Internacional

El Código de Núremberg es una declaración de 10 puntos que aborda aspectos éticos de la experimentación médica en seres humanos. La primera disposición del código señala que “es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario del sujeto humano”. Otras de las disposiciones que especifica son: la reducción del riesgo y del daño al mínimo, la proporción favorable del beneficio con respecto al riesgo, la idoneidad de las calificaciones de los investigadores, lo apropiado de los diseños de investigación y la libertad del participante para retirarse en cualquier momento de la investigación. El código no trata específicamente la investigación médica en pacientes con enfermedades, pero esta limitación fue tratada en códigos y reglamentos posteriores.

Declaración de Helsinki

La Declaración de Helsinki fue proclamada por la Asamblea de la Asociación Médica Mundial (AMM) en el año 1964 constituyendo un intento global para establecer estándares de protección para las personas que participan en investigaciones. Su desarrollo llevó más de 10 años desde que en la 8° Asamblea de la AMM realizada en Roma se adoptó una primera resolución titulada "Principios para los que participan de investigación y experimentación. A través de los años se convirtió en una de las piedras angulares de los principios éticos que deben regir la investigación clínica, junto a otros códigos referidos al mismo tema como el Código de Núremberg de 1947 y las Recomendaciones del CIOMS (Council for International Organizations for Medical Sciences) promulgadas en 1982. Por ello las Guías de Buenas Prácticas de Investigación Clínica adoptadas por la Reunión Internacional de Armonización en 1996 para unificar los criterios de calidad y ética de la investigación en EEUU, Japón y la Unión Europea aceptan la Declaración de Helsinki como el origen de los principios para garantizar que los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos incluidos en investigaciones sean protegidos. Asimismo, estas recomendaciones requieren que

cada investigador que participe de protocolos de investigación clínica farmacológica firme una nota de compromiso en la cual adhiere a los principios éticos de la Declaración.

A lo largo de sus 37 años de historia la Declaración de Helsinki fue modificada mínimamente en cuatro oportunidades (1975, 1983, 1989 y 1996). Sin embargo, en los últimos años se ha producido un debate considerable⁵⁻⁶ acerca de la necesidad de su revisión. Los debates se han centrado en tres puntos: la distinción entre investigación terapéutica y no terapéutica, el estándar de tratamiento para los pacientes incluidos en investigaciones y el uso del placebo en los ensayos. Estos últimos temas han suscitado comentarios que recientemente trascendieron del ámbito académico para ser tratados en los medios de difusión masivos.

El objetivo de la presente comunicación es reseñar las discusiones producidas, su resolución en la modificación final adoptada en la Asamblea Médica Mundial de octubre de 2000 y las controversias que continuaron posteriormente. Entre los temas debatidos nos centramos en el uso del placebo, especialmente en la investigación clínica en países pobres.

La Asociación Médica Mundial ha desarrollado la Declaración de Helsinki como una declaración de principios éticos para la investigación médica que involucre:

- Sujetos Humanos - materiales y datos
- La declaración debe ser leída como un todo

Aunque la declaración va dirigida a los médicos- invita a otros investigadores a adoptar estos principios. Dicha declaración tiene como uno de sus objetivos:

Proteger la vida, la salud, e integridad humana, el derecho a la autodeterminación a la privacidad o confidencialidad, a la información general de los sujetos de investigación, todos los autores, editores y editoriales tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de sus investigaciones.

Además, es importante mencionar los principios de la bioética:

Principio de autonomía

- Es la capacidad que tiene cada individuo de ejercer su autonomía de decidir si entra al estudio o se retira, de asumir las implicaciones del proyecto investigativo.
- El paciente decide de forma voluntaria participar en el proyecto de investigación
- El paciente o la familia firman el consentimiento informado y reconoce las fases del proyecto
- Se respetará la toma de decisiones del paciente.
- El paciente se puede retirar del estudio cuando él o su familia así lo decidan

Principio de beneficencia

- Es el balance que debe inclinarse hacia los beneficios y cualquier molestia o daño que se presente debe ser manejado.
- Se brindará respuestas a las preguntas o dudas surgidas en el paciente o su familia.

Principio de no maleficencia

- En el seguimiento se debe garantizar la detección de posibles consecuencias o daños a la salud.
- El desarrollo del proyecto investigativo no trae consecuencias presentes ni futuras que malogren la integridad física o Psíquica del paciente.
- No se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos.
- Los datos, tales como nombres de personas y de instituciones en general se manejarán con privacidad, es decir colocándose un código o un número.

Principio de justicia

- En él se considera la igualdad y equidad que deben tener todas las personas que participen del estudio.

5.2.4. Nacional

RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993

Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

TITULO 1. DISPOSICIONES GENERALES.

ARTICULO 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c. A la prevención y control de los problemas de salud.
- d. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- e. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- f. A la producción de insumos para la salud.

TITULO II. DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS. CAPITULO 1. DE LOS ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS.

ARTICULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

ARTICULO 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

ARTICULO 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

a. La justificación y los objetivos de la investigación.

- b.** Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c.** Las molestias o los riesgos esperados.
- d.** Los beneficios que puedan obtenerse.
- e.** Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f.** La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g.** La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h.** La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i.** El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- j.** La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.
- k.** En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

ARTICULO 16. El Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a)** Será elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo 15 de ésta resolución.
- b)** Será revisado por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizará la investigación.
- c)** Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.

d) Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

e) Se elaborará en duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal.

PARAGRAFO PRIMERO. En el caso de investigaciones con riesgo mínimo, el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora, por razones justificadas, podrá autorizar que el Consentimiento Informado se obtenga sin formularse por escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo.

PARAGRAFO SEGUNDO. Si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste deberá ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, o de la institución donde se realizará la investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

PARAGRAFO TERCERO. Cuando sea necesario determinar la capacidad mental de un individuo para otorgar su consentimiento, el investigador principal deberá acudir a un neurólogo, siquiatra o sicólogo para que evalúe la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del sujeto, de acuerdo con los parámetros aprobados por el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora.

PARAGRAFO CUARTO. Cuando se presuma que la capacidad mental de un sujeto hubiere variado en el tiempo, el Consentimiento Informado de éste o, en su defecto, de su representante legal, deberá ser avalado por un profesional (neurólogo, siquiatra, sicólogo) de reconocida capacidad científica y moral en el campo específico, así como de un observador que no tenga relación con la investigación, para asegurar la idoneidad del mecanismo de obtención del consentimiento, así como su validez durante el curso de la investigación.

PARAGRAFO QUINTO. Cuando el sujeto de investigación sea un enfermo psiquiátrico internado en una institución, además de cumplir con lo señalado en los

artículos anteriores, será necesario obtener la aprobación previa de la autoridad que conozca del caso.

5.3. Marco Legal

Ley 1257 de 2.008 ²¹: previene y sanciona toda forma de violencia y discriminación contra las mujeres.

Objetivo de la ley:

Adoptar normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización.

Dicha ley contempla la violencia contra la mujer se entiende cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, violencia puede consolidarse en las relaciones de pareja, familiares, en las laborales o en las económicas. Igualmente, en lo psicológico, físico, sexual y patrimonial.

Principios con los que el estado se compromete con la Ley 1257 de 2.008 ²¹

- Implementar políticas públicas que garantizan los derechos de la mujer.
- Respetar los Derechos Humanos que también son de las mujeres.
- Dentro de la familia y la sociedad eliminar toda forma de violencia contra la mujer.
- Promocionar campañas en pro de la no violencia contra la mujer.
- Todas las entidades que ejerzan atención a la mujer deben articularse en beneficio al género.
- Las mujeres tendrán los beneficios del estado sin importar discriminación alguna.
- El estado debe garantizar el cumplimiento de la ley.

Derechos que tiene la mujer víctima de la violencia:

- ✓ Recibir atención integral
- ✓ Asesoramiento jurídico gratuito
- ✓ Recibir información clara de sus derechos.
- ✓ Informar los resultados de los exámenes médicos, y que la víctima tenga la opción de escoger el médico a su consentimiento.
- ✓ Protección, capacitación y asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada, para ella y sus hijos.
- ✓ Derecho a la verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetir hechos de violencia.
- ✓ Libertad en decidir si quiere ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo.

Entidades a las que le compete hacer seguimiento a esta Ley

La Consejería para la Equidad de la Mujer

La Procuraduría General de la Nación

La Defensoría del Pueblo

Congreso de la República

Gobierno central, departamental, distrital y municipal.

Medidas que debe tomar el gobierno para sensibilizar la Ley

Formular estrategias con programas de formación, difusión, prevención, protección y atención en todos los aspectos para la erradicación la violencia contra las mujeres.

Fortalecer las instituciones nacionales que atienden a mujeres víctimas de violencia en las zonas geográficas

Proteger a la mujer en situaciones de desplazamiento frente a los actos de violencia en las regiones.

Adoptar medidas para investigar o sancionar a los miembros de la policía, las fuerzas armadas, las fuerzas de seguridad y otras fuerzas que realicen actos de violencia contra las mujeres, que se encuentran en situaciones de conflicto, por la presencia de actores armados.

Medidas que tomará el gobierno a través de sus ministerios:

Educación: A través del Ministerio de Educación e entidades adscritas deberán velar los derechos de las mujeres, desarrollando políticas y programas que contribuyan a sensibilizar a la sociedad para no seguir hechos de violencia con el género.

Laboral: El Ministerio de la Protección Social, promoverá, desarrollará y reconocerá que las mujeres tienen igual derechos laborales, difundiendo campañas para erradicar todo acto de discriminación y violencia contra las mujeres en el ámbito laboral.

Comunicación: El Ministerio de Comunicaciones elaborará programas de difusión que contribuyan a erradicar la violencia contra las mujeres en todas sus formas, a garantizar el respeto a la dignidad de la mujer y a fomentar la igualdad entre hombres y mujeres, evitando toda discriminación contra ellas.

Salud: El Ministerio de la Protección Social, elaborará o actualizará los protocolos y guías de actuación de las instituciones de salud y de su personal ante los casos de violencia contra las mujeres. Permitirá que el Plan Obligatorio de Salud incluya las actividades de atención a las víctimas que corresponda en aplicación de la presente ley.²¹

La Ley hace valer los derechos de la mujer ante la sociedad y la familia

Abstenerse de toda conducta que implique discriminación, maltrato físico, sexual, psicológico y patrimonial.

Oportunidades de desempeños profesionales, libre desarrollo en espacios democráticos.

Respeto al ejercicio de la autonomía, derechos sexuales y reproductivos, así como respetar las manifestaciones culturales, religiosas.

Trato digno e igualitario con la familia de las mujeres discapacitadas, habilitar espacios para garantizar su participación social.

Denunciar todo acto de violaciones de los derechos de las mujeres

Participar activamente en la formulación, gestión, cumplimiento, evaluación y control de las políticas públicas

Colaborar con las autoridades en la aplicación de las disposiciones de la presente ley y en la ejecución de las políticas que promuevan los derechos.

Medidas de protección que tiene la mujer

Cuando haya amenaza de vida, se le pedirá al agresor abandonar la casa.

Ordenar al agresor abstenerse de penetrar en cualquier lugar donde se encuentre la víctima.

Prohibir al agresor esconder o trasladar de la residencia a los niños, niñas y personas discapacitadas en situación de indefensión miembros del grupo familiar.

La víctima deberá acudir a tratamientos reeducativos y terapéuticos en una institución pública o privada, a costa del agresor, incluyendo gastos de orientación y asesoría jurídica, médica, psicológica y psíquica que requiera la víctima.

Protección temporal especial de la víctima por parte de las autoridades de policía, tanto en su domicilio como en su lugar de trabajo.²¹

Sanciones que impone la ley al agresor

Prohíbe acercarse o comunicarse la víctima y/o a integrantes de su grupo familiar, incluyendo ascendientes o descendientes de los anteriores y los hijos adoptivos, y todas las demás personas que de manera permanente se hallaren integradas a la unidad doméstica, sin importar cualquier forma de matrimonio y/o unión libre.

Si se ejecuta la conducta respecto de pariente hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto de afinidad o primero civil, sobre cónyuge o compañera o compañero permanente, o contra cualquier persona que de manera permanente se hallare integrada a la unidad doméstica, o aprovechando la confianza depositada por la víctima en el autor o en algunos de los partícipes.

En caso de acoso sexual, el que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de superioridad manifiesta relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona, incurrirá en prisión de uno a tres años.

Si la agresión se cometiere sobre personas en situación de vulnerabilidad en razón de su edad, etnia, discapacidad física, psíquica o sensorial, ocupación u oficio, la ley sancionará. ²¹

5.4. Marco Contextual

Con el Acuerdo 106 de 2003, el Concejo de Santiago de Cali creó las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) ²² con el objetivo de descentralizar la prestación de los servicios de salud de primer nivel del municipio.

Estas empresas fueron creadas con el propósito fundamental de facilitar el acceso de la población, de escasos recursos y vulnerable, a los servicios públicos de la salud,

mejorando la cobertura y logrando una mayor eficiencia del sistema de prestación de servicios.

Las Empresas Sociales del Estado creadas mediante este Acuerdo se denominan: Red de Salud de Ladera E.S.E., Red de Salud del Norte E.S.E., Red de Salud del Centro E.S.E, Red de Salud del Oriente E.S.E y, Red de Salud del Suroriente E.S.E.

En 2003 fue creada la Red de Salud de Ladera E.S.E como institución de baja complejidad con un área de influencia en las comunas: 1, 3, 17, 18, 19, 20 y los corregimientos de la zona rural de Cali La Buitrera, Cascajal, Villa Carmelo, Pance - Vorágine, Hormiguero, Saladito, Felidia, La Leonera, Pichindé, Los Andes, Montebello, Golondrinas, Alto Aguacatal, La Castilla, La Paz, La Elvira.

En el nivel municipal, la Red de Ladera es la más extensa en su área de influencia donde se refleja la diversidad social y cultural, destacándose la prestación de servicios a la población en situación de calle o riesgo, población desplazada, indígena y afrodescendientes.

La Empresa cuenta con un recurso humano calificado, con experiencia y proyección humana en la atención de usuarios, distribuido en la parte asistencial y administrativa, adscrito a sus 38 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y sintonizado con las necesidades y expectativas relacionadas con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la población de su zona de influencia. ²²

Misión

Somos una empresa social del Estado comprometida con el cuidado holístico de la salud, brindando cuidado especial al ser humano en su ciclo de vida. Llevamos la salud al campo y a la ladera de Santiago de Cali, con los más altos estándares de

calidad, innovación y responsabilidad ambiental, aportando a la disminución de las inequidades en salud.

Visión

Ser reconocidos como una empresa social del Estado exitosa en el cuidado de la salud de la población, innovadora en sus procesos y servicios, que garantiza a sus usuarios y familias una atención con calidad y comprometida con su salud.

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño

Observacional Descriptivo Retrospectivo

Tipo de estudio

Cuantitativo

6.2. Población

Todas las historias clínicas de las mujeres que fueron atendidas en la IPS con diferentes tipos de abuso, en el periodo junio-octubre 2018.

6.3. Muestra

62 Historias Clínicas, que cumplieron los criterios de inclusión

6.4. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Historias clínicas de mujeres víctimas de violencia de género.
- Historias clínicas del periodo de tiempo junio-octubre 2018
- Historias clínicas debidamente diligenciadas y legibles.

Exclusión:

- Historia clínica incompleta.
- Historias clínicas de mujeres que ingresaron por otro tipo de violencia.
- Historias clínicas de otro periodo de tiempo

6.5. Variables

Tabla 2 Tabla de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
DATOS DE LA VICTIMA				
Orientación Sexual	Atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Homosexual • Heterosexual • Bisexual • Asexual
Identidad de género	Condición orgánica, biológica, por la cual los seres humanos se diferencian.	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino • Transgénero
Consumo SPA	Define si la víctima consume sustancias psicoactivas	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Antecedente de violencia	En el pasado ha sido víctima de violencia	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Alcohol victima	Los hechos fueron perpetrados por agresor bajo	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

	consumos de bebida alcohólica.			
MODALIDAD DE LA VIOLENCIA				
Violencia No Sexual	Uso de la fuerza para conseguir un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Física • Psicológica • Negligencia y abandono
Violencia Sexual	Es toda actividad sexual que ocurre sin el mutuo consentimiento	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual • Acoso Sexual • Violación • Explotación sexual comercial de niñas y adolescentes • Trata de personas con fines de explotación sexual • Actos sexuales con uso de la fuerza • Otros actos sexuales (desnudez, esterilización forzada, mutilación)
DATOS DEL AGRESOR				

Edad	Tiempo que una persona ha vivido a contar desde su nacimiento.	Cuantitativa	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica, biológica, por la cual los seres humanos se diferencian.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino • Intersexual
Parentesco con la víctima	Vínculo que existe entre dos personas	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Padre • Madre • Pareja • Ex pareja • Familiar • Ninguno
Convive con el agresor	Habita con la persona en el mismo lugar	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Agresor No familiar	Persona agresora que no pertenece al núcleo familiar	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Profesor(a) • Amigo(a) • Compañero(a) de trabajo • Compañero(a) de estudio • Desconocido • Vecino(a)

				<ul style="list-style-type: none"> • Conocido(a) sin ningún trato • Sin Información • Otro • Jefe • Sacerdote/Pastor • Servidor(a) público
¿Hecho ocurrido en el marco del conflicto armado?		Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
DATOS DEL HECHO				
Mecanismo utilizado para la agresión	Manera en que se efectuó la agresión	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ahorcamiento • Estrangulamiento • Sofocación • Caída • Contundente • Cortocontundente • Cortante • Cortopunzante • Punzante • Proyectoil Arma de Fuego • Quemadura • Sustancia de uso doméstico que causa irritación • Otros mecanismos

Fecha	Indicación de tiempo orientada a definir un día específico.	Cuantitativa	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Día/Mes/Año
Hora	Unidad de tiempo	Cuantitativa	Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Hora: Minuto
Escenario	Lugar/Sitio	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Vía Pública • Vivienda • Establecimiento Educativo • Lugar de Trabajo • Otro • Comercio y áreas de servicio • Otros espacios abiertos • Lugares de esparcimiento con expendio de alcohol • Institución de Salud • Área deportiva y recreativa
Ámbito de la violencia según lugar de ocurrencia	Espacio que tiene unos límites determinados, ya sean estos	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Escolar • Laboral • Institucional • Virtual • Comunitario • Hogar

	reales o imaginarios.			<ul style="list-style-type: none"> • Otros ámbitos
ATENCIÓN EN SALUD				
Profilaxis VIH	Significa tomar medicamentos antirretrovirales (ARVs) lo más pronto posible después de haberse expuesto al VIH, de manera tal que dicha exposición no resulte en una infección.	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Profilaxis Hepatitis B	Es una vacuna que protege a los individuos contra la hepatitis B	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Otras Profilaxis	Otras medidas diferentes a las ya mencionadas	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Anticoncepción de emergencia	Es un método para prevenir el embarazo	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Orientación IVE	Guía donde se busca terminar de manera consciente un embarazo	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Orientación Salud Mental	Intervención hecha por profesional en Psicología para detectar alteraciones	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Remisión a Protecc	Traslado a casa de acogida	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Informe a autoridades	Orientación sobre denunciar el hecho ante autoridades competentes: Policía/Fiscalía	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Recolección de evidencia médico-legal	Pruebas físicas que validan una agresión.	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

6.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.6.1. Instrumentos

6.6.2. Historia clínica (Ver anexo 01)

Se revisó el documento dispuesto por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, mencionado como Ficha de Notificación y que consta de:

- ❖ Relación con Datos Básicos
- ❖ Modalidad de la violencia
- ❖ Datos de la víctima
- ❖ Datos del agresor
- ❖ Datos del hecho
- ❖ Atención en Salud

6.6.3. Lista de chequeo (Ver anexo 02)

Esta herramienta se realizó con base al modelo propuesto por el ministerio de protección social según la ruta que se debe seguir en la atención de las mujeres víctimas de violencia de género, donde se plantean preguntas que corresponden a las funciones de cada persona del equipo de salud involucrada en la atención de la paciente donde se tendrán en cuenta 3 momentos: el ingreso de la paciente, la atención y el egreso.

Este instrumento se utilizó en el momento de revisar las historias clínicas registradas en el sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA), la cual consta de 3 ítems de evaluación (si cumple, no cumple o no aplica).

7. MÉTODO

7.1.1. Fases del proceso investigativo

Fase 1: Revisión Bibliográfica

Fase 2: Realización del anteproyecto para presentación

Fase 3: Aval Institucional (IPS)

Fase 4: Aval ético

Fase 6: Organización y análisis de la información

Fase 7: Informe Final.

7.1.2. Plan de análisis

La información se manejó con Excel, se realizó distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central, análisis univariado y bivariado.

7.2. Consideraciones éticas

Al ser la historia clínica un documento médico – legal, donde los datos personales y todo lo proporcionado por la paciente queda consignado en dicho registro, éste requiere de una protección por la naturaleza especialmente sensible de la información que contiene, en este caso abusos de tipo sexual, físico, psicológico y por negligencia o abandono.

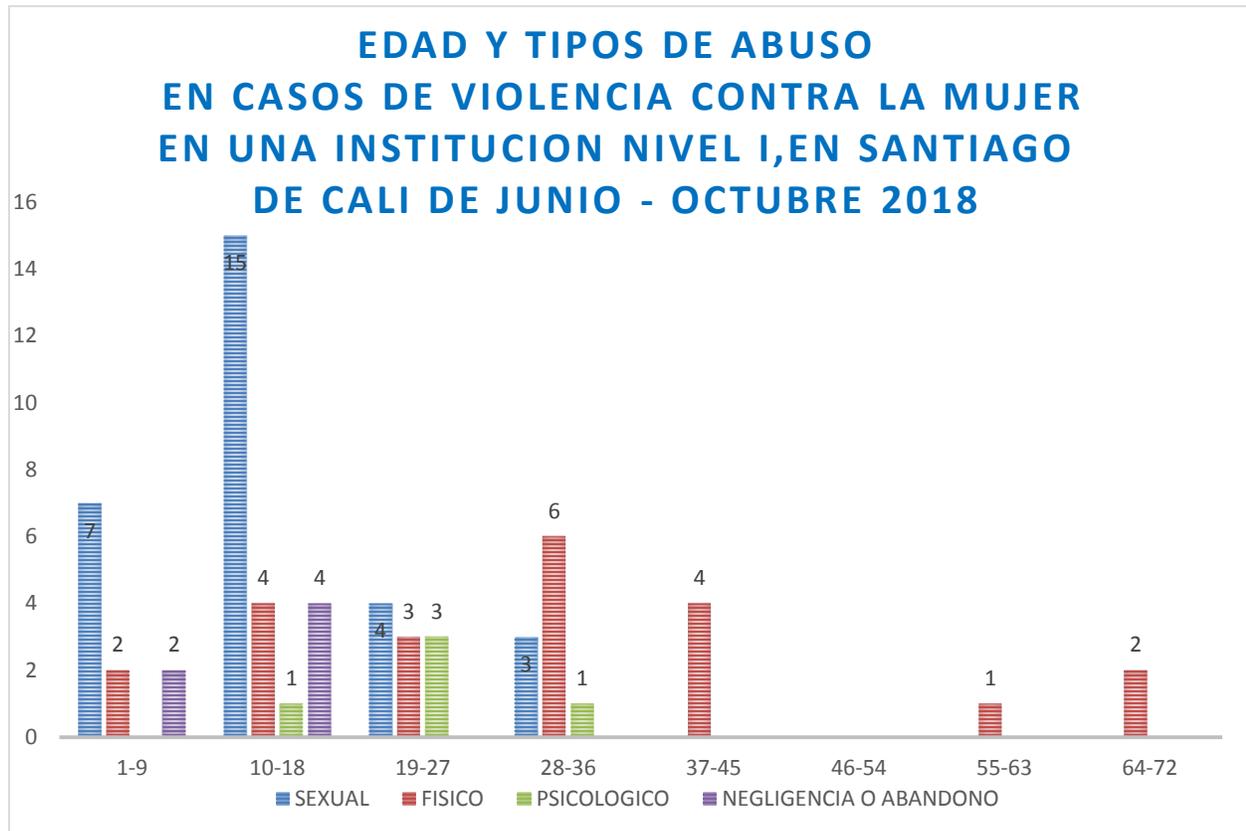
Los estudiantes de enfermería de la Universidad Santiago de Cali que llevaron a cabo la revisión de las historias clínicas, manejaron la confidencialidad de la información sustraída, tal como lo establece el Ministerio de Salud en la Resolución 1995 de 1999 ²³ con respecto al manejo de las historias clínicas y la Ley 911 de 2004 ²⁴ responsabilidad deontológica para el ejercicio de la enfermería en Colombia, en su Art.18 que menciona el secreto profesional.

7.3. RESULTADOS

A continuación, se presenta los resultados de la revisión de 62 historias clínicas a mujeres víctimas de violencia, en un periodo de Junio a Octubre en una Institución de Salud Nivel I en Santiago de Cali, 2018.

7.3.1. Características sociodemográficas de la muestra

Gráfico 1. Edad y tipos de abuso en casos de violencia contra la mujer en una institución de nivel I, en Santiago de Cali de junio – octubre de 2018.

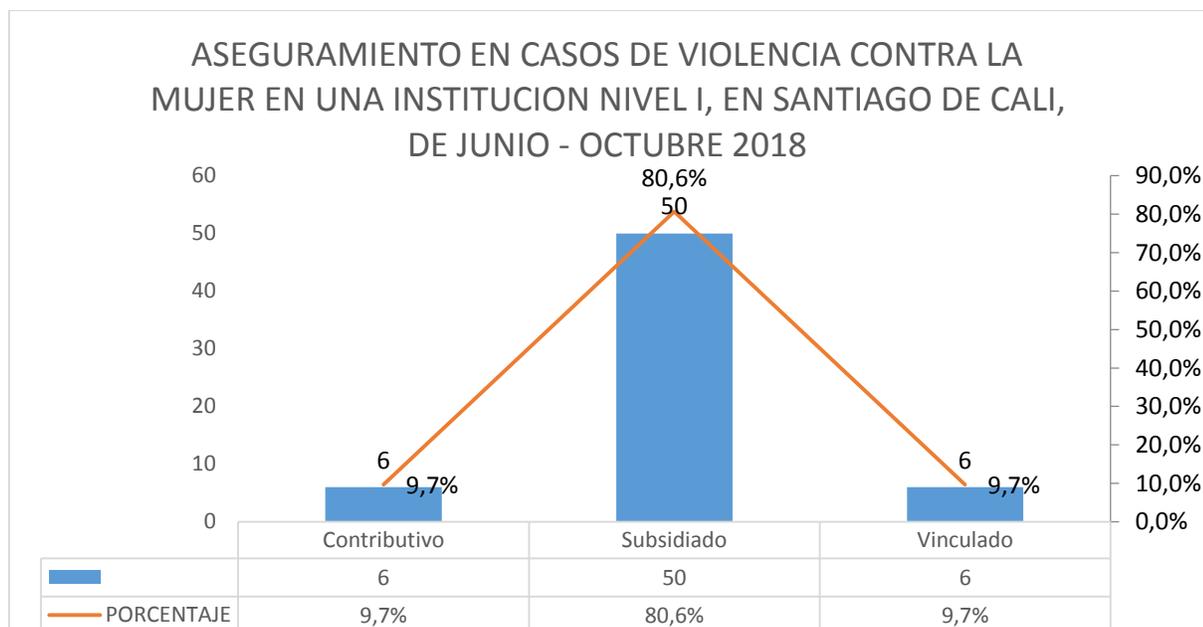


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

Los grupos etarios de las niñas entre 1 y 9 años y entre 10 y 18 años reportaron más casos de violencia sexual, físico y abandono, mientras que en la cuarta y quinta década

en adelante se evidencia más casos de maltrato físico en las mujeres, importante destacar que en este periodo no se reportaron casos de ningún tipo de maltrato a mujeres con edades entre 46 y 54 años.

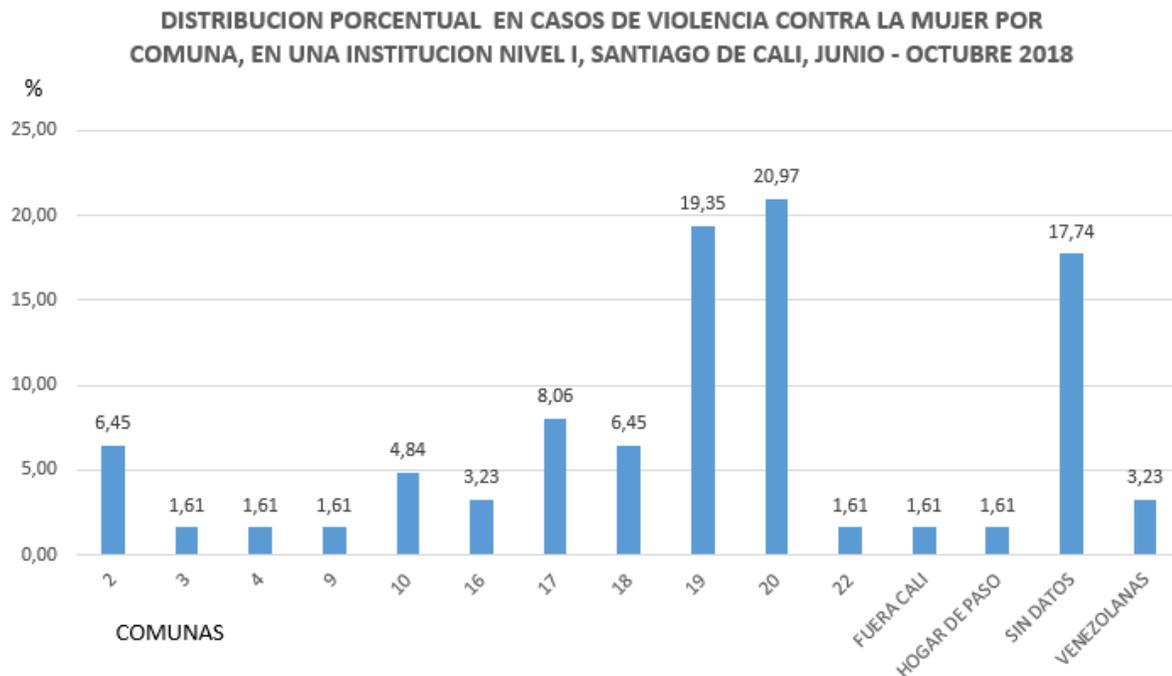
Gráfico 2. Aseguramiento en casos de violencia contra la mujer en una institución nivel I, en Santiago de Cali, de junio – octubre 2018



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

Se evidenció en la anterior tabla, que el régimen de salud con mayor porcentaje de casos de maltrato contra la mujer es el subsidiado con un 80,6% mientras que en el régimen contributivo y las que no tienen aseguramiento (vinculado) son de un 9,7% respectivamente.

Gráfico 3. Distribución porcentual en casos de violencia contra la mujer por comuna, en una institución de nivel I, Santiago de Cali, junio - octubre 2018

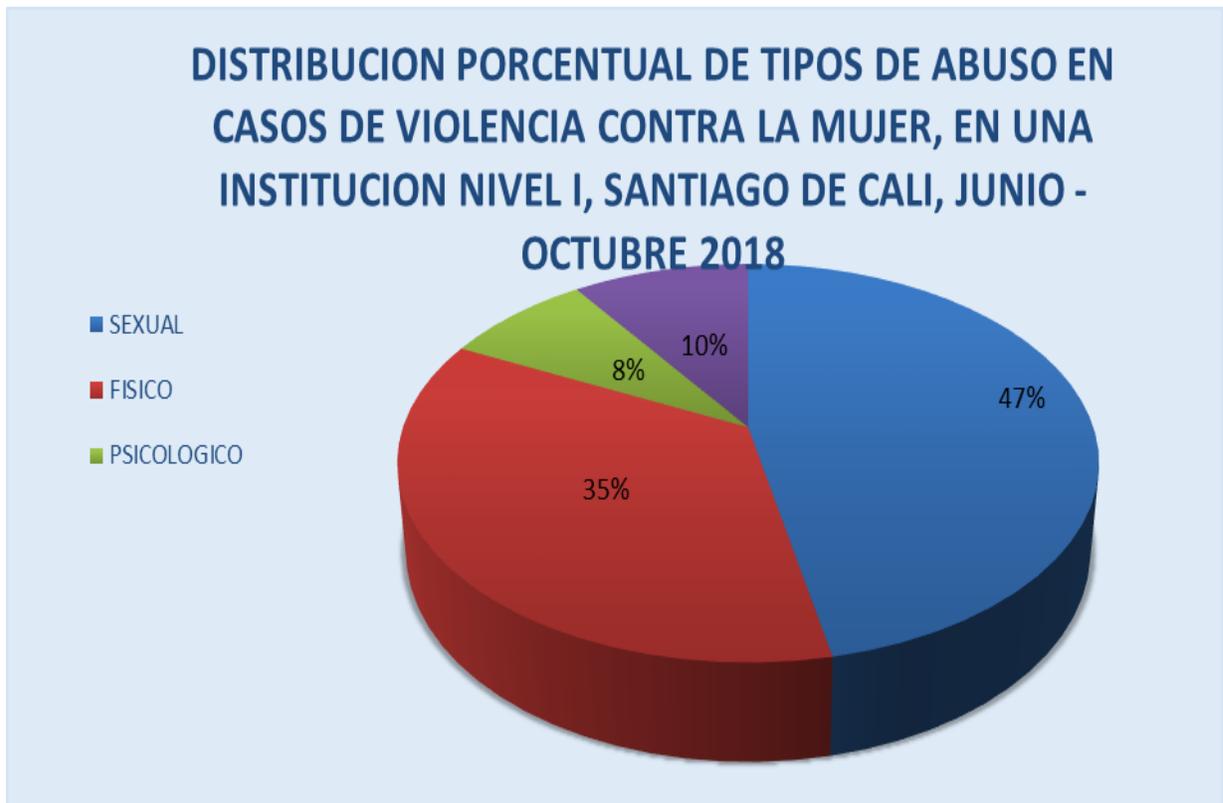


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

Las comunas que más reportan casos de violencia contra la mujer son la comuna 20 con un 20.9% y la comuna 19 con 19,3%; seguido de un 17,7% de casos de los que no se conoce dirección, la comuna 17 presenta un 8,0%, la comuna 2 y 18 un 6,45%, un 3,2% que está representado por casos de mujeres venezolanas y en la comuna 10 un 4,8%; finalmente entre las comunas con menos reporte de casos encontramos las comunas 3, 4, 9 y 22 con un 1,6% y con igual porcentaje para el caso por fuera de Cali y el ubicado en un hogar de paso. Es importante anotar que la institución hospitalaria se encuentra ubicada en la comuna 20, de ahí la explicación en parte de la mayor cantidad de casos se encuentran ubicados en esta comuna.

7.3.2. Características sociales y epidemiológicas de los diferentes tipos de abuso

Gráfico 4. Distribución porcentual de tipos de abuso en casos de violencia contra la mujer, en una institución nivel I, Santiago de Cali, junio - octubre 2018



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

El abuso sexual fue el de mayor frecuencia reportado con un 46,8%, en segundo lugar, el abuso físico con un 35,5%, en tercer lugar el abandono con un 9,7% y el de menor frecuencia fue el maltrato psicológico con un 8%.

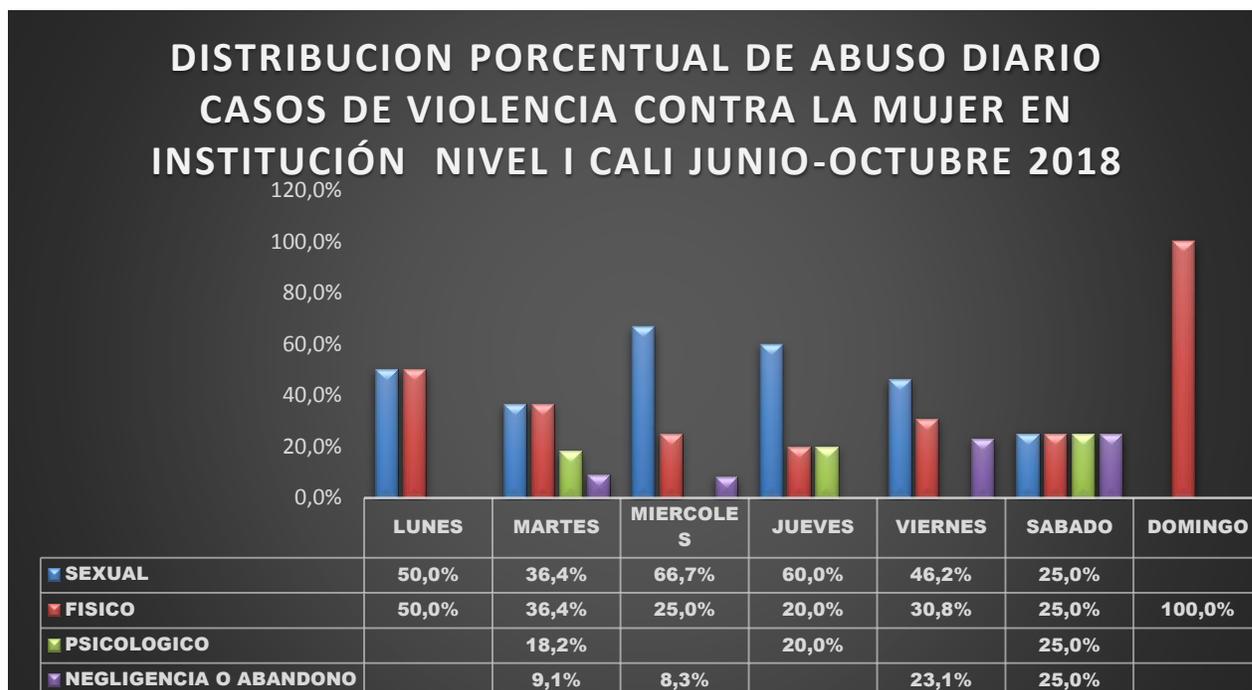
Gráfico 5. Día de ocurrencia y frecuencia de violencia contra la mujer en una institución Nivel I, en Santiago de Cali, junio - octubre 2018



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública.

De las 62 historias clínicas revisadas, el día de la semana en el que más casos de abuso se presentan es el viernes con 13 casos, seguido por el día miércoles con 12, los martes 11, los jueves con 10, y los lunes con 8 casos; los fines de semana sábado y domingo son los días de menos reporte de abuso con 4 casos cada día.

Gráfico 6. Distribución porcentual de abuso diario casos de violencia contra la mujer en institución nivel I Cali junio - octubre 2018



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

De las 62 historias clínicas revisadas se observa que todos los días de la semana hay abuso físico, el día domingo se presenta solo este tipo de abuso. El abuso sexual se reporta en casi toda la semana, con mayor prevalencia los días miércoles y jueves; maltrato por abandono se da en cuatro días de la semana, martes, miércoles, viernes y sábado desde un 8,3 hasta un 25%, el abuso psicológico se presenta en tres días de la semana, martes, jueves y sábado con un porcentaje entre el 18 y un 25%.

7.3.3. Cumplimiento de las actividades de los profesionales dentro de la atención a la mujer maltratada en los diferentes momentos de la atención

Tabla 3. Cumplimiento del profesional en la atención a la mujer maltratada al ingreso.

Nº	ATENCION AL INGRESO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	TOTAL ENCUESTADOS	FRECUENCIA RELATIVA
1	Realiza la entrevista a la víctima, sin compañía de su pareja.	40	10	12	62	64,52%
2	Realiza anamnesis y examen físico completo.	57	3	2	62	91,94%
3	Realiza trámites necesarios en caso de que sea necesaria la hospitalización.	28	14	20	62	45,16%
F.A		125	27	34		

Se evidencia la ejecución de las actividades de los profesionales dentro de la atención en el ingreso a la mujer maltratada, con un 64,5% de cumplimiento en la realización de la entrevista sin compañía, del examen físico completo y anamnesis con el 91,4% y la realización de trámites en caso de que sea necesaria la hospitalización con el 45,1%.

Tabla 4. Cumplimiento del profesional durante la atención a la mujer maltratada.

Nº	DURANTE LA ATENCION	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	TOTAL ENCUESTADOS	FRECUENCIA RELATIVA
4	Realiza manejo del dolor de acuerdo a las características de la lesión y a la intensidad.	26	19	17	62	41,94%
5	Se ordena y se toma exámenes de laboratorio e imágenes diagnosticas en caso de ser requeridas	38	18	6	62	61,29%
6	Se evalúa las repercusiones psicológicas del maltrato físico en la agredida	44	14	4	62	70,97%
7	En caso en que la mujer sea menor de edad se da la remisión a la institución de protección	36	15	11	62	58,06%
F.A		144	66	38		

Durante la atención el 41.9% de profesionales dan manejo del dolor; se ordenan y se toman exámenes en un 61,2%, se evalúa las repercusiones psicológicas en un 70,9% y en casos de mujeres menores de edad se remitieron 36 casos a la institución de protección pertinente.

Tabla 5. Cumplimiento del profesional en la atención al egreso a la mujer maltratada

Nº	ATENCION AL EGRESO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	TOTAL ENCUESTADOS	FRECUENCIA RELATIVA
8	Se informa sobre los derechos de la mujer.	37	18	7	62	59,68%
9	Se motiva a la mujer y a la familia hacia la intervención del problema en la institución respectiva.	46	11	5	62	74,19%
10	Se brinda orientación sobre medidas específicas que le permitan protegerse en otras situaciones de posible agresión	46	11	5	62	74,19%
11	Se da información sobre los servicios locales disponibles para la atención y protección de víctimas, así mismo un listado con nombres y números telefónicos de personas o sitios a los que puede acudir en un momento de emergencia (ICBF, Comisarias de Familia, Policía, DAS, Fiscalía)	45	14	3	62	72,58%
F.A		174	54	20		

En la atención al egreso el 59.6% de los profesionales de la salud informaron sobre los derechos de la mujer, 74.1% motivaron a la mujer a intervenir el problema en la institución respectiva, el mismo porcentaje (74.1%) de los profesionales brindaron orientación sobre

medidas preventivas en otras posibles situaciones y un 72.5% brindo información sobre los servicios locales de atención y protección a las víctimas.

Podría decirse en términos generales con respecto al cumplimiento de la ruta de atención en casos de violencia contra la mujer, según los datos obtenidos de las 62 listas de chequeo diligenciadas, que los profesionales de salud CUMPLEN con la ruta de atención en un 64,9%, “NO CUMPLEN” en un 21,5% y el 13,4% “NO APLICA”.

7.4. DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que el rango de edad más frecuente en casos de violencia contra la mujer es de 10 a 18 años, el tipo de maltrato prevalente es el de tipo sexual, con mayor número de reporte de casos en la comuna 20, el resultado de esta investigación contrasta con una investigación de la Universidad de Ucayali en Pucallpa, en Perú sobre “Factores condicionantes y su relación con la violencia contra la mujer de 15 a 45 años, ²⁵, se pudo observar que el rango de edad más frecuente está entre los 36 y 45 años y el mayor maltrato está representado por el de tipo psicológico, prevalente en mujeres de bajo nivel económico y con estado civil conviviente.

En el presente estudio se logra identificar que hay cumplimiento de la ruta de atención hospitalaria en casos de maltrato contra la mujer y que su precisión se da mayormente en casos de abuso sexual, de la misma manera se tiene en cuenta que durante la atención inicial a la mujer el mayor porcentaje de cumplimiento se obtiene en el ítem de examen físico y anamnesis con un 91,4%; porcentaje mucho más alto que el que reporta un estudio realizado en el Hospital San Rafael de Tunja ²⁶, donde se encontró que en la admisión de la víctima se dio un cumplimiento de la ruta en un 59,8% de los casos; La valoración física y la solicitud de consulta de salud mental son los componentes que tienen un mayor cumplimiento dentro del protocolo de atención, datos similares a los encontrados en el estudio.

Los hallazgos del presente estudio evidencian que el grupo etario más vulnerable esta (entre 1 y 18 años) sufriendo algún tipo de violencia de género y el día viernes el de mayor ocurrencia de los hechos, contrasta esto con lo reportado a nivel nacional para 2018, en un informe realizado por la Facultad de Derecho de la Universidad Libre ²⁷ donde revelan rangos de edad entre 20 y 29 años, siendo el día lunes el de mayor registro con casos de maltrato.

En este estudio se identificó que el abuso sexual es el tipo de violencia contra la mujer más prevalente, donde niñas y adolescentes fueron la población más vulnerable, este hallazgo es congruente con las estadísticas del Instituto de Medicina Legal en 2018 y publicado por El espectador²⁸ las cuales indican que este mismo tipo de abuso es el de mayor ocurrencia en las 3 principales ciudades de Colombia (Bogotá, Cali y Medellín) con un total de 17.068 casos.

7.5. CONCLUSIONES

1. El grupo etario en el que más se reporta maltrato fue entre los 10 a 18 años, siendo el maltrato de tipo sexual, el más predominante en este rango de edades; evidenciando que el día de la semana con mayor cantidad de maltrato es el viernes y el mes que reporta más casos es septiembre, se observa que un porcentaje significativo de casos pertenece al régimen subsidiado en un (80,6%), destacando que la mayoría de casos se ubican en la comuna 20 de la ciudad de Cali.
2. Se evidencia que el personal de salud de dicha institución si da cumplimiento en la ruta de atención, específicamente para maltrato de tipo sexual, sin embargo, se detecta que, para los otros tipos de abuso, la ruta se queda corta porque no se vislumbra hacia donde debe dirigirse el profesional en estos casos.
3. Se reconoció el cumplimiento de las actividades de los profesionales dentro de la atención inicial en el ingreso a la mujer maltratada, por medicina la anamnesis y el examen físico (siendo éste el ítem de mayor cumplimiento con 91,94%), y enfermería toma de exámenes y trámites para la hospitalización cuando fué necesaria.
4. Durante la atención de la víctima, se identificaron las posibles repercusiones psicológicas y se evidenció intervención por parte de terapia ocupacional, así mismo se identificaron las debidas remisiones a las instituciones de protección cuando los casos comprometían mujeres menores de edad.
5. El egreso de la paciente se destacó por ser el momento en la atención con mayor porcentaje de cumplimiento global, donde se encontró que se motivó, se orientó y se brindó información sobre medidas específicas que le permiten a la mujer protegerse ante un nuevo evento y servicios locales disponibles para atención y protección.

7.6. RECOMENDACIONES

1. Considerando que el Ministerio de Salud y protección social, es un ente regulador que determina normas y directrices en materia de temas de salud pública, asistencia social, población en riesgo y pobreza, se recomienda diseñar rutas de atención específicas para cada tipo de abuso.
2. A la institución hospitalaria nivel I en la cual se realizó el presente estudio, se sugiere ampliar los datos de caracterización sociodemográfica a fin de hacer seguimiento al caso si se requiere y también actualizar las rutas de atención y sus respectivos flujogramas; es necesario también continuar con la capacitación a todos los profesionales involucrados en los procesos de atención, implementando incluso formatos de evaluación que validen la información brindada.
3. Desde la disciplina de enfermería se hace necesario manifestar la importancia de divulgar información oportuna sobre las medidas a tomar en caso de ser víctima de maltrato y dar a conocer los tipos de maltrato existentes.
4. Este trabajo tiene relevancia para la Universidad Santiago de Cali ya que al desarrollarlo se promueve la proyección social, aporta desde la academia al mejoramiento en la prestación de los servicios, en concordancia con la misión institucional.

7.7. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												
ACTIVIDADES	TIEMPO											
	AGO	SEP	OCT	NOV	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
	2018					2019						
Revisión Bibliográfica, se plantea formulación de pregunta de investigación, junto con objetivos	X											
Organización de marcos de referencia		X										
Se entregan avances del proceso investigativo a la tutora, de las cuales se realizan modificaciones correspondientes			X									
Se realiza metodología de la investigación. Se entregan las cartas correspondientes				X								
Se presenta anteproyecto al comité de ética de la universidad				X								

Recolección de la Información						X	X					
Organización de la Información								X	X			
Entrega de Documentos al programa.											X	
Informe Final												X

7.8. PRESUPUESTO

DETALLE	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
Impresión de artículos	\$ 200	50	10.000
Transporte	\$ 2000	30	60.000
Impresión de encuesta	\$ 200	30	6.000
Refrigerios	\$ 2.500	5	12.500
Impresión de anteproyecto	\$ 200	40	6.000
Anillado	\$ 3.000	1	3.000
TOTAL			\$ 97.500

8. BIBLIOGRAFÍA

1. ¿Qué es la violencia de género? Igualdade.xunta.gal. 2019. Citada Marzo 2019. Disponible en: <http://igualdade.xunta.gal/es/content/que-es-la-violencia-de-genero>
2. Ley 1257 de 2008. Citado Octubre 2018. Disponible en: www.senado.gov.co
3. Ley 1719 de 2014. Citado Octubre 2018. Disponible en: www.senado.gov.co
4. Páez Cuba, L.D.: Génesis y evolución histórica de la violencia de género, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, febrero 2011, citado 20 de octubre 2018; disponible en: www.eumed.net/rev/cccscs/11/
5. Universidad Libre Sede Principal. Informe de la Universidad Libre revela preocupantes cifras de violencia contra la mujer. Marzo 2018. citado el 20 de octubre 2018; disponible en: <http://www.unilibre.edu.co/bogota/ul/noticias/noticias-universitarias/3435-informe-de-la-universidad-libre-revela-preocupantes-cifras-de-violencia-contra-la-mujer>.
6. Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses. Mastugó homicidios 2009-2014, citado 20 de octubre 2018, disponible en: www.medicinalegal.gov.co
7. Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses. Cifras que impactan en la toma de decisiones, Citado Marzo de 2019, disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/315240/ISSN+2619-6158+Volumen+2+No3+Septiembre+2018+Bolet%C3%ADn+presunto+delito+sexual+en+mujeres.pdf/d705b356-0208-07b9-679d-f0aed7f782fa?download=true>
8. Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses. Boletines mensuales estadísticos de Junio a Octubre de los años 2017 y 2018, Citado Marzo de 2019, disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/boletines-estadisticos-mensuales>
9. Definista. Violencia de genero. Concepto de - Definición de. 2018; citado 20 Octubre 2018. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/violencia-de-genero-2/>
10. Definista. Genero. Concepto de - Definición de. 2018; citado 20 Octubre 2018. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/Genero-2/>

11. Definista. Víctima. Concepto de - Definición de. 2018; citado 20 Octubre 2018. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/victima-2/>
12. Psicopedagogía, Tipos de maltrato. Psicopedagogia.com. 2018; citado 20 Octubre 2018. Disponible en: <https://www.psicopedagogia.com/tipos-maltrato>.
13. Definista. Abuso Sexual. Concepto de - Definición de. 2018 citado 20 Octubre 2018. Disponible: <https://conceptodefinicion.de/abuso-sexual/>
14. Salud V. ¿Cuáles son las diferencias entre la violación y el abuso sexual? Viviendo La Salud. 2018, citado Octubre 2018]. Disponible en: <https://viviendolasalud.com/psicologia/violacion-abuso-sexual-diferencia>
15. Colombia M. Rutas integrales de atención en salud - RIAS. Minsalud.gov.co. 2018 citado Octubre 20 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>
16. Sánchez M. ABC de la ley contra la violencia y discriminación la mujer. Senado.gov.co. 2018 Citado Noviembre 2018]. Disponible en: <http://www.senado.gov.co/historia/item/18839-abc-de-la-ley-contra-la-violencia-y-discriminacion-la-mujer>
17. Díaz F. Modelo de Atención a las Violencias Basadas en Género para Clínica Forense 2014. Citado Noviembre 2018. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/40686/Modelo+de+Atenci%C3%B3n+a+las+Violencias+Basadas+en+el+G%C3%A9nero+para+Cl%C3%ADnica+Forense.pdf/b09c98c8-0fae-bfb7-8d05-7e2de4813ab7>
18. Colombia Legal Corporation. Delito de Lesiones Personales 2017. Citado Noviembre 2018. Disponible en: <https://colombialegalcorp.com/delito-lesiones-personales/>
19. BIOÉTICA SINFONOLÓGICA [Internet]. Teoriasenenfermeria.blogspot.com. 2019. Citado Octubre 2018. Disponible: <http://teoriasenenfermeria.blogspot.com/2013/05/bioetica-sinfonologica.html>

20. Escobar, M. B. Aplicación de principios bioéticos y de cuidado por la enfermera y la percepción del paciente. Citado Mayo 2019. Disponible: <http://ojseditorialumariana.com/index.php/libroseditorialunimar/article/view/1018>
21. Sánchez M. ABC de la ley contra la violencia y discriminación la mujer. Senado.gov.co. 2013 citado Noviembre 2018. Disponible en: <http://www.senado.gov.co/historia/item/18839-abc-de-la-ley-contra-la-violencia-y-discriminacion-la-mujer>
22. Reseña Histórica. Saludladera.gov.co. 2016 Citado Noviembre 2018. Disponible en: <https://www.saludladera.gov.co/nosotros/resena-historica>
23. Resolución 1995 de 1999. Ministerio de Salud. Citado Julio 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf
24. Ley 911 de 2014. Congreso de Colombia, citado Julio 2019. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf
25. Reseña Histórica. Repositorio Institucional Universidad Nacional de Ucayali. Citado Julio 29 de 2019. Disponible en: <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/3336>
26. Reseña Histórica. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Citado Julio 29 de 2019. Disponible en: http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/attachments/article/703/SEGUIMIENTO%20RUTA%20VSX-HSRT%202016-2017.pdf
27. Cada 28 minutos una mujer es víctima de violencia de género en Colombia 2018. El espectador. Citado Agosto 2019. Disponible en: <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/en-2018-3014-mujeres-han-sido-victimas-de-violencia-de-genero-articulo-743228>
28. Gonzalez Penagos. Radiografía de la violencia contra la mujer. Noviembre 2018. Citado Agosto 2019. Disponible en: <https://www.elespectador.com/colombia2020/construyendo-pais-2020/radiografia-de-la-violencia-contra-la-mujer-articulo-857407>

9. ANEXOS

9.1. Historia Clínica Anexo 01



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIVIGILA
Ficha de notificación



Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar código INS: 875

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/06 y 1268/06
Al sistema nacional de vigilancia en salud pública Sivigila, se notifican casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar, no es competencia del sector salud la confirmación de los casos.

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS		FOR-R02.0000-053 V:02 2018/02/02	
A. Nombres y apellidos del paciente		B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE M3 : MENOR SIN ID A3 : ADULTO SIN ID			
5. MODALIDAD DE LA VIOLENCIA (Notifique el tipo de violencia que cause mayor afectación a la víctima)			
5.1 Violencia no sexual <input type="radio"/> 1. Física <input type="radio"/> 2. Psicológica <input type="radio"/> 3. Negligencia y abandono	5.2 Violencia sexual <input type="radio"/> 4. Abuso Sexual <input type="radio"/> 5. Acoso sexual <input type="radio"/> 6. Violación	<input type="radio"/> 7. Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes <input type="radio"/> 10. Trata de personas con fines de explotación sexual <input type="radio"/> 12. Actos sexuales con uso de la fuerza	<input type="radio"/> 14. Otros actos sexuales (desnudez, esterilización/planificación forzada, mutilación)
6. DATOS DE LA VÍCTIMA			
6.1 Actividad <input type="radio"/> 13. Líder(es) cívicos <input type="radio"/> 26. Otro <input type="radio"/> 29. Persona en situación de prostitución <input type="radio"/> 31. Persona dedicada al cuidado del hogar <input type="radio"/> 24. Estudiante <input type="radio"/> 28. Trabajador (a) doméstico (a) <input type="radio"/> 30. Campesino/a <input type="radio"/> 32. Persona que cuida a otras <input type="radio"/> 33. Ninguna			
6.2 Orientación sexual <input type="radio"/> 1. Homosexual <input type="radio"/> 5. Heterosexual <input type="radio"/> 2. Bisexual <input type="radio"/> 8. Asexual	6.2.1 Identidad de género <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Femenino <input type="radio"/> 3. Transgénero	6.3 Persona consumidora de SPA <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No 6.4 Persona con jefatura de hogar <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No 6.5 Antecedente de violencia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No 6.6 Alcohol víctima <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	
7. DATOS DEL AGRESOR			
7.1 Sexo <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Intersexual <input type="radio"/> F. Femenino	7.2 Parentesco con la víctima <input type="radio"/> 9. Padre <input type="radio"/> 22. Pareja <input type="radio"/> 10. Madre <input type="radio"/> 23. Ex-Pareja <input type="radio"/> 24. Familiar <input type="radio"/> 25. Ninguno	7.3 Convive con el agresor (a) <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	
7.4 Agresor no familiar <input type="radio"/> 1. Profesor (a) <input type="radio"/> 2. Amigo (a) <input type="radio"/> 3. Compañero (a) de trabajo	<input type="radio"/> 4. Compañero (a) de estudio <input type="radio"/> 6. Desconocido (a) <input type="radio"/> 7. Vecino (a)	<input type="radio"/> 8. Conocido (a) sin ningún trato <input type="radio"/> 9. Sin información <input type="radio"/> 10. Otro	<input type="radio"/> 11. Jefe <input type="radio"/> 12. Sacerdote / pastor <input type="radio"/> 13. Servidor (a) público
7.5 ¿Hecho violento ocurrido en el marco del conflicto armado? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No			
8. DATOS DEL HECHO			
8.1 Mecanismo utilizado para la agresión <input type="radio"/> 1. Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación <input type="radio"/> 4. Cortante / cortopunzante / Punzante <input type="radio"/> 13. Quemadura por ácido, álcalis, o sustancias corrosivas <input type="radio"/> 16. Sustancias de uso doméstico que causan irritación <input type="radio"/> 2. Caídas <input type="radio"/> 11. Proyectil arma fuego <input type="radio"/> 14. Quemadura con líquido hirviendo <input type="radio"/> 3. Contundente / cortoconduyente <input type="radio"/> 12. Quemadura por fuego o llama <input type="radio"/> 15. Otros mecanismos			
8.2 Sitio Anatómico comprometido con la quemadura <input type="radio"/> Cara <input type="radio"/> Mano <input type="radio"/> Pliegues <input type="radio"/> Tronco <input type="radio"/> Cuello <input type="radio"/> Pies <input type="radio"/> Genitales <input type="radio"/> Miembro superior <input type="radio"/> Miembro inferior	8.3 Grado <input type="radio"/> 1. Primer grado <input type="radio"/> 3. Tercer grado <input type="radio"/> 2. Segundo grado	8.4 Extensión <input type="radio"/> 1. Menor o igual al 5% <input type="radio"/> 2. Del 6% al 14% <input type="radio"/> 3. Mayor o igual al 15%	
8.5 Fecha del hecho (dd/mm/aaaa) [][] [][] [][][][] [][][][]	8.6 Escenario <input type="radio"/> 1. Vía pública <input type="radio"/> 7. Otro <input type="radio"/> 11. Institución de salud <input type="radio"/> 2. Vivienda <input type="radio"/> 8. Comercio y áreas de servicios (Tienda, centro comercial, etc) <input type="radio"/> 12. Área deportiva y recreativa <input type="radio"/> 3. Establecimiento educativo <input type="radio"/> 9. Otros espacios abiertos (bosques, potreros, etc) <input type="radio"/> 4. Lugar de trabajo <input type="radio"/> 10. Lugares de esparcimiento con expendio de alcohol		
8.7. Ámbito de la violencia según lugar de ocurrencia <input type="radio"/> 1. Escolar <input type="radio"/> 3. Institucional <input type="radio"/> 5. Comunitario <input type="radio"/> 2. Laboral <input type="radio"/> 4. Virtual <input type="radio"/> 6. Hogar <input type="radio"/> 7. Otros ámbitos			
9. ATENCIÓN EN SALUD			
Profilaxis VIH. <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Profilaxis Hep B. <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Otras profilaxis <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Anticoncepción de emergencia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
Orientación IVE <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Salud Mental <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Remisión a protección <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	Informe a autoridades / denuncia a policía judicial (URI, CTI), fiscalía, policía nacional <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
Recolección de evidencia médico legal <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No			

9.2. Lista de Chequeo Anexo 02

ATENCION AL INGRESO	SI	NO	N-A
Realiza la entrevista a la víctima, sin compañía de su pareja			
Realiza anamnesis y examen físico completo			
Se realizan los trámites requeridos en caso de que sea necesaria la hospitalización.			
DURANTE LA ATENCION	SI	NO	N-A
Realiza manejo del dolor de acuerdo a las características de la lesión y a la intensidad.			
Se ordenan y se toman exámenes de laboratorio e imágenes diagnosticas en caso de ser requeridas			
Se evalúa las repercusiones psicológicas del maltrato físico en la agredida			
En caso de que la mujer sea menor de edad se da la remisión a la institución de protección.			
ATENCION AL EGRESO	SI	NO	N-A
Se informa sobre los derechos de la mujer			
Se motiva a la mujer y a la familia hacia la intervención del problema en la institución respectiva.			
Se brinda orientación sobre medidas específicas que le permitan protegerse en otras situaciones de posible agresión			
Se da información sobre los servicios locales disponibles para la atención y protección de víctimas, así mismo un listado con nombres y números telefónicos de personas o sitios a los que puede acudir en un momento de emergencia (ICBF, Comisarías de Familia, Policía, DABS, Fiscalía).			

9.3. Permiso Institucional para revisión de historias clínicas Anexo 03



Santiago de Cali, 28 de noviembre de 2018

Señores.
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
Dirección del Programa de Enfermería

Asunto: Aceptación de anteproyecto

Me permito informarle que el comité de ética aprobó la realización del anteproyecto titulado: "CUMPLIMIENTO DE LA RUTA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA EN CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN UNA INSTITUCION NIVEL I EN SANTIAGO DE CALI, DE JUNIO A NOVIEMBRE DE 2018", presentado por los estudiantes Mónica Vanessa Domínguez Maffa, Andrés Darío Sánchez Portilla y Michell Stefania Rodríguez Barreto en la Empresa RED DE SALUD DE LADERA E.S.E. – IPS SILOE.

Atentamente,

LUZ KARIME GAVIRIA PRIETO
Subgerente Científica
Presidente del Comité de Ética

