

Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, Cuba
Instituto Nacional de Salud, El Salvador

Violencia en población femenina a partir de la promoción de lineamientos y normativas del Ministerio de Salud. Área Metropolitana.2013-2018.

Autora: Jessica Mireya Gutiérrez Jandres

Tutora: Dra. Marta Castro Peraza, DrC
Profesor titular e Investigador auxiliar
Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí

Asesor: Dr. Carlos Hernández MsP
Medico técnico especialista
Instituto Nacional de Salud El Salvador.

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÁSTER EN EPIDEMIOLOGÍA

La Habana, Cuba. 2019

INDICE

RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	4
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
MÉTODOS	16
Diseño de la investigación	16
Contexto del estudio	16
Universo	16
Descripción y operacionalización de variables	17
Técnicas y procedimientos de recolección de información	26
Validación del instrumento	27
Aplicación de instrumento de recolección de datos	28
Procesamiento y análisis de la información.....	28
Limitaciones del estudio	30
Aspectos éticos	30
RESULTADOS	32
DISCUSIÓN	57
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	75

RESUMEN

Introducción. En El Salvador desde hace siete años se ejecutan lineamientos y normativas para la atención a todas las formas de violencia, en este contexto se ejecuta la presente investigación **Objetivos.** Caracterizar las formas de violencia en población femenina de área metropolitana 2013-2017. Identificar conocimiento del personal sobre lineamiento y normativa de violencia y explorar barreras y facilitadores para su implementación **Metodología.** Diseño mixto de triangulación de datos cuantitativos y cualitativos, a partir de la base de datos del sistema de morbimortalidad en línea 2013-2017 y aplicación de una entrevista semi estructurada a 36 recursos del Ministerio de salud que atienden personas violentadas. **Resultados.** Atención tipos de violencia: violencia psicológica 54%, más de un tipo 22 %, violencia física 15 % y violencia sexual 10 %. Diagnostico principal de consulta: trastornos mentales y del comportamiento 61 %. El 69 % del personal ha recibido capacitación en lineamientos y el 58 % en Normativa de atención vigente. De los pasos para la atención se reconoce: consulta médica 94 %, entrevista 92 %, soporte emocional 89 %. La capacitación y el trabajo en equipo fueron los facilitadores más referidos con 20 y 11 referencias respectivamente. La capacitación insuficiente, percepción sobre la violencia fueron las barreras más referidas con 19 y 16 referencias cada una. **Conclusión.** El contar con la existencia la normativa y lineamiento es facilitador para el personal capacitado, sin embargo, la percepción de la violencia de la víctima y el personal de salud y la no denuncia actúan como barreras para su cumplimiento.

Palabras clave: violencia, violencia de género, personal de salud, conocimiento.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El abordaje de la violencia contra las mujeres en el sector salud es importante para la identificación, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas violentadas. En 1993 se visualizó la violencia como un problema de salud pública en XXXVII reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de Salud (OPS), instando a los gobiernos miembros a que establezcan políticas y planes nacionales de prevención y control de la violencia; se establezcan con prioridad redes de servicios de apoyo para el manejo de la violencia contra la mujer y el niño; se adopten medidas jurídicas que apoyen la prevención y el control de la violencia, y promuevan la investigación multidisciplinaria sobre el problema, instituyendo los programas de capacitación necesarios (1).

En 1996 en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud “*declara que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo*” (2-3). A partir de esta se han hecho esfuerzos y acciones, siendo una de ellas la Campaña Mundial de Prevención de la Violencia 2012-2020 la cual tiene un plan de acción con prioridades concretas para poner en práctica en el terreno y cubrir así las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud del 2003. Este promueve la toma de conciencia sobre la violencia, resaltando la función de la salud pública en el abordaje de causas y consecuencias, así como su prevención con el involucramiento de diversos actores sociales (4).

Las valoraciones mundiales publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que una de cada tres (35 %) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. Casi una tercera parte (30 %) de las mujeres en relación de pareja ha sufrido violencia física o sexual. De las estimaciones de prevalencia de violencia de pareja se tiene: 23,2 % en países de ingresos elevados, 24,6 % en países de la Región del Pacífico Occidental, 37 % en la Región del Mediterráneo Oriental y 37,7 % en Región de Asia Sudoriental. El 38 % de los asesinatos de mujeres son cometidos por su pareja; además el 7 % de las mujeres en el mundo refieren haber sufrido agresiones sexuales por personas distintas de su pareja. La

violencia de pareja y la violencia sexual son perpetradas en su mayoría por hombres contra mujeres (5-6).

A partir de las directrices internacionales para el acceso a salud y justicia de las personas violentadas en especial de las mujeres, niñas y adolescentes, se han creado en El Salvador la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (LEIV); la Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia (LEPINA), la Ley de la Atención Integral a la Persona Adulta Mayor; la Ley de Equiparación de Oportunidades, y la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación en contra de las Mujeres, las cuales establecen responsabilidades al Ministerio de Salud (Minsal) para ejecutar medidas específicas para la prevención, detección temprana, atención e intervención en los casos de violencia contra las personas, en el ámbito de los servicios de salud pública. En el marco de la reforma de salud en el 2011 se crea y oficializa la Norma de atención integral e integrada a todas las formas de violencia, para el 2012, los Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia y en el 2015 se introduce el eje denominado “violencia y salud” a la reforma de salud, el cual pretende abordar la violencia en todas sus formas, así como abordarlo intersectorialmente. Además, se han creado en 21 Hospitales Nacionales Unidades Institucionales de atención Especializada para las Mujeres víctimas de violencia (7).

El género como construcción social se entiende como las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (8), así la violencia de género es toda violencia que ejerce una persona sobre otra por cuestión de género, afectando de forma negativa a la identidad, la sexualidad y libertad reproductiva, la salud física y mental y el bienestar social de una persona(9). Desde la LEIV la violencia contra las mujeres, es cualquier acción basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como privado (10).

En la Red Integrada e Integral de Salud (RIIS) año 2014 a nivel nacional se reportó 38.037 personas afectadas por la violencia en todas sus formas: 61,6 % fueron por lesiones de causa externa; 21 % violencia física; 9,4 % violencia psicológica, el 2,4 % por violencia sexual y el 2,4 % por violencia autoinflingida, esta última relacionada a muertes maternas (11). La tasa de homicidios fue 68,07 por 100,000 habitantes, la mayoría entre los 15 y 44 años, representando el 14 % de las defunciones en los hombres y 7 % en mujeres (12).

Justificación del estudio

El Lineamiento Técnico de Atención Integral a Todas las Formas de Violencia (2012), ha sido promovido para garantizar el acceso al servicio de salud a las personas violentadas, y orientar la coordinación interinstitucional e intersectorial a fin de promover la atención integral a nivel nacional (13). Este lineamiento fue creado en un contexto y situación específica con ideales de ruta de atención o forma de abordar a la paciente de una manera determinada, es por ello que, surge la necesidad de conocer la caracterización de la violencia hacia las mujeres posterior a la promoción de dicho instrumento, así como las barreras y facilitadores para su implementación, cuyo alcance servirá para evidenciar los tipos de violencia sufridos por mujeres en el ciclo de la vida y conocer las dificultades y facilitadores que tiene el personal de salud para el cumplimiento de la mismas. Sirviendo a los tomadores de decisión para mejorar la atención de salud desde los prestadores de la atención a personas que llegan a la consulta en las Unidades comunitarias de salud familiar (UCSF). Surgiendo la siguiente interrogante:

Problema de investigación

¿Qué caracteriza las formas de violencia en población femenina a partir de la promoción de los lineamientos y normativas del Ministerio de Salud del Área Metropolitana de San Salvador, entre los años 2013-2018?

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

Contexto

El Salvador, surge como nación independiente de España el 15 de septiembre de 1821. Tras su independencia se tuvo gobiernos liberales, la caída del añil como producto de exportación produjo el cambio al cultivo de café, que mediante leyes que favorecían a la oligarquía, expropiaron tierras indígenas produciéndose desplazamientos forzados de estos a nivel nacional. Esta injusticia, junto a otras de carácter laboral provocan conflicto social que desembocó en alzamientos de la población indígena, la cual fue contenida por el exterminio de estos en 1932. (14) (15)

Marcando el inicio de gobiernos militares que terminan en 1979, surgiendo un gobierno de transición. Hasta 1984 se dan las primeras elecciones democráticas. La situación política y social provocan la guerra civil que se declara en 1980 y termina con los acuerdos de paz de Chapultepec, México en enero de 1992, con un saldo de pérdidas humanas de 75.000 personas en combates, crímenes de lesa humanidad y desaparecidos. Desde 1992 hasta la fecha se vive un periodo de post guerra. Si bien se firmó el acuerdo entre las partes contendientes, produciendo reformas a nivel político y militar, no hubo una profundización de los aspectos sociales. (15)

Actualmente El Salvador cuenta con una extensión territorial de 21.041 km², compuesto por 14 departamentos dispuestos en regiones occidental, central y oriental y 262 municipios, con una densidad poblacional estimada de 6.581.860 habitantes, de estas 3.959.652 (60 %) residen en área urbana y 2.622.208 (39,8 %) en área rural; el 53 % es población femenina y el 47 % masculina. La capital es San Salvador, cuenta con 886.15 km² y densidad poblacional 1.785.829 habitantes, un 25,7 % de la población nacional (16); su área metropolitana incluye 19 municipios: San Salvador, Mejicanos, Ayutuxtepeque, Cuscatancingo, Ciudad Delgado, Apopa, Nejapa, San Martín, Aguilares, Guazapa, Tonacatepeque, El Paisnal, Soyapango, Ilopango, Rosario de Mora, San Marcos, Santo Tomas, Santiago Texacuangos y Panchimalco.

El trabajo territorial del Minsal se ha dividido en cinco regiones de salud: occidente, central, metropolitana, paracentral y oriental. De estas la región en estudio es la región metropolitana de salud que a su vez esta subdividida en zonas: centro, norte, oriente y sur. Existiendo una red denominada Red Integrada e Integral de Salud (RIIS), compuesta por: el Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI), Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) especializadas, básicas e intermedias, así como hospitales de segundo y tercer nivel.

La reforma de salud inicia en 2009 con la llegada al poder de los gobiernos de izquierda, a través de elaboración e implementación de políticas nacionales de salud, lineamientos y normativas que le dan vida. En 2011 surgen la normativa de atención a todas las formas de violencia y en 2012 el lineamiento de atención a todas las formas de violencia, en un contexto violento que demanda el manejo de diversas formas de violencia. Dichos documentos fueron creados también tomando en cuenta las disposiciones dadas a través de mandatos de leyes específicas para niñas, niños y adolescentes, leyes para las mujeres y el seguimiento a directrices internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (13)

Actualmente, El lineamiento y normativa de atención a todas las formas de violencia es implementado en toda la red del sistema de nacional salud. A la par de los documentos normativos de atención, se ejecutan acciones de prevención de la violencia que responden al Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019 y en el marco del Plan El Salvador Seguro (PEES) priorizándose municipios con alto índice de violencia social a nivel nacional. Se han construido seis Unidades de atención especializada a víctimas de violencia y salud mental entre 2016-2017 en hospitales nacionales y se invirtió en Oficinas Locales de Atención a Víctimas (OLAV) que están integradas a las anteriores unidades especializadas, brindando servicios de salud y asistencia legal a personas afectadas por la violencia (17).

Violencia

A nivel mundial la violencia ha tomado una alta importancia en los últimos años, en especial la relacionada a niñas, niños, adolescentes y mujeres, debido a que constituyen grupos vulnerables dentro del ciclo de la vida. Datos del Fondo de las

Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) sobre violencia en la niñez y la adolescencia, estima que: tres de cada cuatro infantes (300 millones) ha sido víctima de disciplina violenta, seis de cada diez (250 millones) reciben castigos físicos. En todo el mundo uno de cada cuatro menores de 5 años (176 millones) vive con una madre víctima de violencia de pareja. En 38 países de ingresos bajos y medianos, alrededor de 17 millones de mujeres adultas informan haber sido forzadas a tener relaciones sexuales en su niñez, mientras en Europa 2,5 millones de mujeres han sido víctimas de violencia sexual (con o sin contacto) antes de los 15 años. En todo el mundo alrededor de 15 millones de mujeres entre 15 y 19 años han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas. En 20 países nueve de cada diez mujeres adolescentes han sido forzadas a tener relaciones sexuales en esta etapa (18).

La Organización de las Naciones Unidas de la Mujer (ONU Mujeres) en su informe 2018 menciona que existe pocos datos de violencia ejercida contra mujeres mayores de 49 años provocando vacíos sobre la violencia ejercida en esa población (19), sin embargo, la OMS menciona que son vulnerables a la violencia, como la explotación económica y el abandono, cuyos agresores están dentro y fuera de su grupo familiar. Entre los tipos de violencia ejercida a mujeres mayores en países de ingresos altos o medios, se tiene: maltrato físico: 0,2- 4,9%; desatención: 0,2- 5,5%; abuso sexual: 0,04 – 0,82 %, maltrato psicológico: 0,7 – 6,3 % y abuso económico: 1,0-9,2 % (20).

Las mujeres de 15 a 59 años que han sufrido abuso físico o sexual son quienes presentan más problemas de salud mental, embarazos no deseados, abortos inducidos o espontáneos, más probabilidad de sufrir depresión, trastorno asociado al consumo de alcohol y contraer una infección de transmisión sexual (21).

Dentro de las causas específicas de muerte de mujeres y hombres de 15 a 29 años, descrita en informe de situación de las mujeres (2015), describe que, la tercera causa de muerte a nivel mundial es la autolesión y en séptimo lugar la violencia interpersonal. Destaca que uno de cada cinco jóvenes puede sufrir problemas de salud mental en un año determinado. Asimismo, los años de vida ajustados por discapacidad asociada a trastornos depresivos unipolares y

trastornos de ansiedad son mayores para las mujeres que para los hombres jóvenes (22).

Las denuncias realizadas por víctimas adolescentes son pocas (Unicef 2017), solamente el 15% de las que fueron forzadas a tener relaciones sexuales denunciaron (18); así mismo, lo deja ver el informe de la ONU mujeres 2018, señalando algunas razones de la baja denuncia y búsqueda de apoyos, como: actitudes discriminatorias que normalizan la violencia en los procesos de la ruta de atención, falta de conocimiento de las mujeres sobre procesos de restitución de sus derechos, temor de estas a represalias, presiones cercanas (familia, comunidad) para no denunciar y el estigma por solicitar ayuda (19).

Tanto Unicef, ONU mujeres y las Naciones Unidas en sus informes sobre la situación de violencia coinciden y destacan que, a pesar de los avances por tener información a través de datos de país, estos siguen dificultando la obtención de cifras exactas sobre la problemática ya que existen vacíos por calidad de los datos y variabilidad de metodologías que impacta en la comparabilidad de los datos para brindar seguimientos a indicadores internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en especial con ODS 5 violencia de género: *“El hecho de que estos datos no estén universalmente disponibles, ni presenten un nivel de desglose suficiente plantea serias dificultades para el seguimiento mundial”* (18-19, 22).

En El Salvador, en cuanto a padecimiento de enfermedades en la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples (EHPM 2017), refiere que el 15,6% de la población manifiesta enfermedad, síntoma o lesión. La mayor prevalencia de enfermedad se presenta en área rural (16,5%) que en la urbana (14,9%), siendo las mujeres (16,6%) quienes enferman más que los hombres (14,4%). Con relación al abandono como tipo de violencia, se tiene que el 36% (4 de cada 10) de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años viven sin alguno de sus progenitores, de estos el 77% se debe a abandono de padre, 8% a la madre y 14% a ambos. La EHPM 2017, se quedó corta al no indagar los tipos de violencia sufridos por niñas, niños, adolescentes mujeres y hombres (16).

El Minsal en su informe anual (2018) refiere la atención de 6522 personas violentadas, de ellas: 3011 (46 %) por violencia física; 2306 (35%) violencia sexual; 757 (12 %) violencia autoinflingida; 433 (7 %) violencia psicológica y 15 (0,2 %) por negligencia o abandono. Por sexo, el 55 % es del sexo femenino y el 45 % masculino (17).

Según la encuesta de violencia nacional (2017), 67 de cada 100 mujeres ha experimentado algún tipo de violencia a lo largo de su vida, respecto a los 12 meses previos a dicha encuesta, 34 de cada 100 reporta alguna agresión. La prevalencia de violencia en el área urbana es de 69 % (supera la nacional), siendo un poco más baja en área rural con 64 %. En los últimos 12 meses previos a la encuesta, siempre es mayor para las mujeres urbanas (35 %) que para las del área rural (31 %). Los departamentos con mayor prevalencia de violencia en el período de toda la vida son: Ahuachapán, Santa Ana, La Libertad, San Salvador, Cuscatlán y Morazán. En cuanto al tipo de violencia experimentada por las mujeres, 53 de cada 100 mujeres padece violencia psicológica, 43 de cada 100 sufre violencia sexual y 26 de cada 100 sufre violencia física. Los tipos de violencia según encuesta es generalizado en todo el territorio nacional. En San Salvador la mitad de las mujeres (50 %) sufrió algún tipo de agresión sexual. (23). Según la edad de la mujer: 70 de cada 100 mujeres adultas, 66 de cada 100 mujeres jóvenes y 59 de cada 100 adultas mayores sufren algún tipo de agresión (23). Por tanto, refleja la existencia de algún grado mayor o menor afectación de violencia en los diferentes grupos de edad, sin contar que en dicha indagación nacional no se incluyó la primera infancia.

Entre de los delitos de mayor impacto social informado por la Fiscalía General de la República (FGR) de junio 2017 a mayo 2018, se tiene: 359 feminicidios, 2775 violaciones, trata de personas 44. Dentro de los indicadores de delitos contra la mujer reporta: violencia feminicida 931 delitos, violencia sexual 5806 delitos y violencia física 7334 delitos (24).

La búsqueda de ayuda a diferentes instancias es poca, solamente un 9,5 % de las mujeres que ha vivido violencia en algún momento de su vida lo ha hecho. Las mujeres adultas son quienes mayormente han buscado ayuda y las adolescentes

siendo un grupo muy vulnerable, son las que menos lo han realizado. Las razones de las mujeres son variadas entre ellas la más comunes: “*se trató de algo que no tenía importancia*”, “*No le iban a creer*” y “*temor a consecuencias o represalias*”. Entre las instancias a las que acudieron, están: la Policía Nacional Civil (PNC) 40 %, Ministerio de Trabajo 11 %, Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH) 10,8 %, Fiscalía General de la República (FGR) 6,8 %, Ministerio de Salud (Minsal) 3,2 % y entidades especializadas en derechos de las mujeres que varían entre 2,9 % y 1,9 % (25).

Conceptualizaciones sobre la violencia.

En este documento se hace referencia a los conceptos de organismos internacionales, tomando con más énfasis los nacionales sobre: violencia, violencia contra la mujer, violencia de género y tipos de violencia, los cuales se toman en cuenta para la atención en salud de las mujeres en El Salvador.

La OMS define la violencia como: el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. (26). También destaca la definición de las Naciones Unidas sobre violencia contra la mujer, como: “*Todo acto de violencia hacia el sexo femenino que tenga como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para esta, incluyendo las amenazas de tales actos, coacción o privación arbitraria de la libertad que se efectúen en la vida pública o privada*” (27), esta misma se aplica en documentos nacionales (28). Violación es: la penetración mediante coacción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto. (27) y Violencia sexual: Cualquier acto sexual, la tentativa de consumarlo u otro encaminado contra la sexualidad de una persona, mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. (27). Todos estos conceptos, así como los elaborados por la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), acuerdos o compromisos internacionales, así como los retomados en la legislatura en niñez, adolescencia, mujer, han sido base para los conceptos incluidos en la

normativa y lineamiento a todas las formas de violencia implementados desde el 2012, sin embargo, algunos conceptos son complementarios entre uno y otro documento, se presentan a continuación los más utilizados para el presente estudio:

Violencia física contra la mujer: Uso intencional de fuerza física con posibilidad de causar lesiones, daños o muerte, comprende el uso de la fuerza física, armas u otros objetos, en ataques que lesionan o hieren a la mujer, incluye bofetadas, empujones, jalones de pelo, puñetazos, patadas, golpes, quemaduras, estrangulamiento, morder, tirar ácido, quemar, matar, entre otros (13, 28).

Violencia Sexual: Toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer, a decidir voluntariamente su vida sexual, comprende no solo el acto sexual, sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no, con independencia de que la persona agresora guarde o no relación conyugal, de pareja, social, laboral, afectiva o de parentesco con la mujer víctima. La normativa incluye a personas privadas de libertad, mutilación genital y las inspecciones obligatorias de virginidad (13, 28).

Abuso sexual en la niñez: Involucramiento, de un niño en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, siendo incapaz de dar la información para consentirlo, o para lo cual el desarrollo mental del niñas, niños y adolescentes no está preparado(a) y no puede dar su consentimiento o que viola las leyes o las normas de la sociedad (13).

Violencia psicológica: Es todo acto que realiza una persona contra otra, para humillarla y controlarla -generalmente el hombre contra la mujer- se expresa en métodos de sometimiento y control, que lastiman la dignidad del otro, mediante intimidación, amenazas, manipulación, humillaciones, acusaciones falsas, vigilancia, persecución o aislamiento; así como, maltrato verbal en forma repetida, acoso, reclusión y privación de los recursos físicos, financieros y personales, en enviar mensajes, gestos o manifestar actitudes de rechazo (13).

Violencia Intrafamiliar (VIF): Consiste en cualquier acción u omisión directa o indirecta que cause daño, sufrimiento físico, sexual, psicológico o muerte a las personas integrantes de la familia (13).

Violencia comunitaria: Se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, sucede por lo general fuera del hogar. Abarca la violencia juvenil como agresiones físicas entre los jóvenes, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños o en el lugar de trabajo y la violencia en establecimientos institucionales. Incluye el trabajo infantil, las niñas, niños y adolescentes (NNA) en situación o dependencia de calle y otras formas de violencia como la explotación sexual comercial, las lesiones de causa externa, la violencia autoinflingida y la Trata de Personas (13).

Comprensión de la violencia e investigaciones.

La violencia es un problema generalizado a nivel mundial, pero al ser la mujer quién mayormente está expuesta a los diversos tipos de violencia, pone en la palestra la atención hacia ellas. La problemática es atravesada por la construcción de género en cada sociedad, brindando a mujeres y hombres desde la infancia, el significado, la forma de actuación, expresión y comportamiento de ser femenina y ser masculino, donde la relación de poder juega un papel fundamental en las relaciones interpersonales, sociales, económicas, políticas. López Mondéjar analiza el maltrato a la mujer en el ámbito de la pareja denominando a la situación de violencia como una “*patología del vínculo amoroso*”, exponiendo el efecto de la socialización de la construcción del género y el proceso de la construcción del propio ser, el reconocimiento de sí mismo y de la otra persona como sujeto, que para violentar el sujeto (hombre/mujer) va convirtiendo progresivamente al otro como un objeto (Objeto transformacional) privándola de su propio yo (subjetivo) situación que se repite a nivel familiar o social en las situaciones de violencia (29).

La violencia como problema de salud repercute en la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres, así también repercute en los hombres (27). Por tanto, las patologías o problemas en la salud desde el enfoque de género se deben ver diferenciadas para poder brindar la ayuda y apoyo adecuados (30). López Mondéjar llama a estos problemas sociales y de salud “*patologías de la acción*” esa acción, bien, se puede volcar hacia afuera o hacia el interior de la persona, produciendo una serie de manifestaciones y problemas diferenciadas para cada

género, así: en los hombres se darán el alcoholismo, drogodependencias, maltratos, conductas de riesgo; mientras que en las mujeres, se manifiestan depresiones, trastornos alimenticios y somatizaciones, entre otros, como expresión de la construcción emocional unida a la expectativa social sobre el otro (29).

Sin embargo, en el mundo como en la sociedad salvadoreña la propia resistencia hacia el tema de género hace que el rol asignado a mujeres y hombres permanezca y se transfiera de una generación a otra a través de diversos refuerzos sociales, detonando en acciones violentas de género hacia los más vulnerables (niñas, niños, adolescentes y mujeres, otros).

Rodríguez R. et. al (2005) en su estudio describe barreras del personal de salud nicaragüense para identificar violencia de género, como: poca capacitación en el tema 59,9 %, falta de privacidad en la consulta 50,4 %, falta de referencia por miedo a involucrarse en asuntos legales 52 %, miedo a su seguridad personal 37 %, desconocimiento de lugar de referencia 35 %, visión del personal sobre carácter privado de la violencia 50 %. Además, identifica que el personal masculino no tenía actitud para reconocer casos, déficit de personal para la atención de víctimas y la propia experiencia de violencia de género en el personal (31). Otro estudio en Colombia (2017) describe los tipos de violencia más frecuentes presentados en esa región: violencia física 46 %, negligencia – abandono 25 % y el abuso sexual 24 %. Los sitios anatómicos afectados (cara, cuello y manos) y el lugar o ámbito de agresión más frecuente (la vivienda y lugares públicos); afectando mayormente a mujeres jóvenes, cuyo perpetrador en su mayoría fue un hombre (32). Mientras que, en Fortaleza, Brasil. De Souza Viera et al (2013), describe que las situaciones de violencia contra la mujer se superponen en la mayoría de los casos encontrados y de quienes sufren un solo tipo de violencia, su frecuencia fue: violencia psicológica/moral 85 %, física 74 %, negligencia o abandono 18 %, sexual 13 %, patrimonial 4 % y tortura 2 %. El promedio de edad de las mujeres atendidas fue de 30 años (33).

Ante los tipos de violencia De Ferrante F.G et al (2009), describe que la percepción del profesional de salud de Sao Paulo, Brasil, percibe más la violencia

física y psicológica, que la sexual, a través de: las expresiones brindadas por las mujeres en la consulta, las somatizaciones o las lesiones físicas encontradas (34). Además, coincide con Mondéjar al encontrar a través de la percepción del personal de salud barreras para la denuncia y la permanencia en la situación de violencia por parte de las mujeres, como: el temor a la represalia de la pareja, la dependencia financiera y emocional, así como el temor de perder a los hijos (29, 34).

Para García C. (2017) el personal de salud no escapa al hecho de validar la violencia, al hacer caso omiso o menospreciar la situación, permitiendo la revictimización y la continuidad de la violencia vividas por las mujeres que consultan. (32). De Ferrante F. G et .al, encuentra como barrera en el personal de salud su propia construcción de género con la cual valora e interpreta la violencia sufrida por las mujeres que llegan a la atención (34).

Guevara Díaz et. al (2016), destaca como barreras del personal cubano para la detección y tratamiento de víctimas de violencia de género: el poco conocimiento sobre el tema, falta de privacidad, tiempo de consulta y carencia de protocolos. De la misma forma, la mitad del personal estudiado reconoce el temor a consecuencias de la violencia e involucrarse legalmente (35), muy similar a lo expuesto por Rodríguez R. en Nicaragua, y De Ferrante F.G. en Sao Paulo, Brasil. La debida referencia de los casos de las mujeres a diversos sitios especializados de atención es importante para lograr la rehabilitación y el acceso a la justicia, sin embargo, en los estudios de Rodríguez R. y De Ferrante F. G et al, visibilizan la dificultad de algunos profesionales para derivar a estas mujeres a servicios especializados, encontrando situaciones que van desde dejar paso a los servicios de enfermería para que lo realicen hasta no realizar la referencia por desconocimiento de los procedimientos o de los lugares donde pudiesen atender de acuerdo a la necesidad de la mujer violentada (31, 34)

Es importante recordar que visibilizar la violencia no solo depende de una persona externa, que debe ser consciente de la situación que identifica, sino que se trae a colación que el miedo, la vergüenza que experimenta la mujer, el aprendizaje cultural de autoinculpación, de liberar al hombre o al agresor de la culpa, entre

otras; hacen que no se denuncie los hechos violentos (30- 31, 35- 36). Además, la disponibilidad de los servicios de salud para la prevención de la violencia en especial el de salud mental aun es limitada como lo expresa el informe de prevención de violencia de la OPS (37).

El análisis de datos secundario de Contreras J.M. et. al (2010). Expone el mínimo que debe de tener el establecimiento de salud para la atención: infraestructura básica, servicios sexuales y reproductivos integrados, confidencialidad de los procesos, protección de las víctimas y personal capacitado y sensibilizado (36). Esa calidad mínima esperada es la que se devela en las investigaciones como deficiente, manifestándose como barreras para la atención a víctimas de violencia (22, 25, 30- 32).

Ruta de atención según lineamiento de atención a todas las formas de violencia.

El ideal de la ruta de atención debe realizarse bajo un orden lógico que inicia desde la entrada de la persona víctima de violencia en la recepción del establecimiento de salud, donde se prioriza y orienta para que brinde datos en archivo (hagan o busquen su expediente) posteriormente pasa con el médico consultante asignado para la atención de violencia quien realiza una entrevista e inspección clínica, debe brindar los primeros auxilios psicológicos (si lo amerita) y orientar sobre el derecho de denunciar el delito ante la PNC y FGR. Además de brindar el tratamiento médico curativo y preventivo pertinente. Según la magnitud de la violencia encontrada en la paciente se refiere a otro establecimiento de mayor nivel para restablecer la salud, además se refiere con personal de salud mental y grupo de autoayuda, para su soporte emocional. Además, se debe de dar el aviso por parte del personal de salud de mayor jerarquía a las instituciones como: PNC, FGR, CONNA u otras, de acuerdo con el tipo de violencia sufrida y la edad de la paciente. Dar seguimiento de los casos. El traslado de la paciente a otro establecimiento de salud debe de realizarse junto a PNC. (13)

OBJETIVOS

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Caracterizar las formas de violencia en población femenina atendidas en el área Metropolitana entre 2013-2017.
2. Identificar conocimientos sobre lineamientos y normativas a todas las formas de violencia que posee el personal de salud que desempeñan su práctica clínica en el área de estudio.
3. Explorar las barreras y facilitadores que identifica el personal de salud a partir de su experiencia vivencial.

MÉTODOS

MÉTODOS

Diseño de la investigación

Se utilizó un diseño mixto por triangulación (38) de datos cuantitativos y cualitativos, para aportar confirmación o convergencia al contrastar ambos datos, así como aportar mayor validez interna y externa a la investigación. Constó de dos momentos uno retrospectivo para abordar el primer objetivo utilizando base de datos de los años 2013 al 2017 de casos de violencia en población femenina en el ciclo de la vida; y otro prospectivo que dio respuesta al segundo y tercer objetivo en los meses de septiembre-octubre 2018.

Contexto del estudio

El presente estudio se llevó a cabo en el Área Metropolitana de San Salvador, El Salvador; en las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) donde se tiene personal capacitado en lineamientos a todas las formas de violencia del Ministerio de Salud (MINSAL). El marco temporal abarcó del 1 enero de 2013 a 31 octubre 2018.

Universo

Para los **objetivos 1** se trabajó con base de datos denominada Sistema de Morbimortalidad en Web (SIMMOW) que agrupa datos del Ministerio de salud (MINSAL) y Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), tomando todos los casos de violencia contra la mujer del área metropolitana de San Salvador, excluyendo de dicha base los casos de violencia masculinos e indeterminados, siendo un total de 7616 mujeres atendidas por el Minsal.

Para los **objetivos 2 y 3**, se trabajó con personal del Minsal que atiende casos de violencia en las UCSF del Área metropolitana de salud, siendo un total de 36 personas.

Las características de participantes en el estudio: Personal de salud que atienden a víctimas de violencia, capacitados y autorizado para tal fin por del Minsal, entre los profesionales se tuvo: médico/a, enfermería, psicólogo/a, psiquiatra, trabajador

social y promotores de salud que laboran en Unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) Especializada, Intermedia y Básica del área metropolitana(13).

Descripción y operacionalización de variables

Para abordar el primer objetivo, caracterizar la violencia de la población femenina se hizo a partir de la base de datos Sistema de Morbimortalidad en web (SIMMOW), tomando en cuenta las siguientes variables:

Variable de caracterización	Tipo	Descripción	Indicador
Establecimiento	Cualitativa Nominal	UCSF I UCSFB UCSF E Hospitales metropolitanos	Atención de Violencia a población femenina por establecimiento de salud
Servicio	Cualitativa Nominal	Consulta externa Emergencia Extramural	Atención de Violencia a población femenina por servicio de salud
Municipio	Cualitativa Nominal	Aguilares Apopa Ayutuxtepeque Cuscatancingo Ciudad Delgado El Paisnal Guazapa Ilopango Mejicanos Nejapa Panchimalco Rosario de Mora San marcos San Martín San Salvador Santiago Texacuangos Santo Tomás Soyapango Tonacatepeque	Casos de violencia a población femenina por municipio
Área geográfica	Cualitativa Nominal Dicotómica	Urbana Rural	Casos de violencia a población femenina por área geográfica
Edad	Cuantitativa	Edad en años cumplidos	Edad codificada en sistema SIMMOW
Diagnostico	Cualitativo	Contemplados en	Cantidad de

principal CIE10	Nominal	el lineamiento de atención a todas las formas de violencia	diagnósticos correctamente introducidos según lineamiento de atención
Causa externa CIE10	Cualitativo Nominal	Contemplados en el lineamiento de atención a todas las formas de violencia	Cantidad de diagnósticos correctamente introducidos según lineamiento de atención
Ámbito	Cualitativo Nominal Dicotómica	Intrafamiliar Comunidad	Casos de violencia en ámbito familiar de la víctima Casos de violencia en ámbito comunitario de la víctima
Variable de interés			
Violencia	Cualitativo Nominal	Física Sexual Psicológica Más de una	Casos de violencia física en niñas, adolescentes y mujeres adultas Casos de violencia sexual en niñas, adolescentes y mujeres adultas Casos de violencia psicológica en niñas, adolescentes y mujeres adultas Casos de violencia física en niñas, adolescentes y mujeres adultas

Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de morbilidad y mortalidad en web (SIMMOW).

Para abordar el segundo y tercer objetivo, conocimientos de lineamientos y normativas para la atención de todas las formas de violencia y explorar las barreras y limitaciones para implementarlas, se utilizaron las siguientes variables:

Variable	Tipo	Descripción	Indicador
Parte I generalidades			
Lugar de trabajo de persona entrevistada	Cualitativa Politómica	UCSF B (1) UCSFE (2) UCSFI (3)	Unidad comunitaria de salud familiar (Establecimiento de salud)
Profesional entrevistado	Cualitativa	Medico (1) Enfermera (2) Psicólogo (3) Psiquiatra (4) Educador en salud (5) Trabajador social (6) Promotor de salud (7)	Personal de salud
Sexo	Cualitativa nominal	Masculino (1) Femenino (2)	Sexo biológico
Edad	Cuantitativa	Edad en años cumplidos	Edad en años cumplidos expresado por persona entrevistada
Tiempo de llevar el programa de violencia	Cuantitativa Continua	Menos de un año (1) Uno a dos años (2) Dos a tres años (3) Tres años a más (4)	Años con el programa
Capacitaciones recibidas	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamiento de atención a todas las formas de violencia (1) • Normativa de atención a todas las formas de violencia (2) • Género (3) • LEPINA (4) • LEIV (5) 	Capacitación recibida
Parte II Conocimiento			
¿Cómo se ha subdividido la atención de los servicios	Cualitativa Nominal	Atención a violencia	Conocimiento Subprogramas

de salud para las personas afectadas por violencia?		intrafamiliar y violencia comunitaria (1) Atención de abuso sexual en NNA (2) Maltrato físico (3) Solo la 1 es correcta (4) 2 y 3 es correcta (5)	de los servicios de salud
Aspectos a considerar por el personal de salud para desarrollar los procesos de atención a personas violentadas	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Finalidad de restablecer la salud. (cheque) • Las formas de violencia pueden ser individual o combinada. • Diagnóstico de acuerdo al CIE10 y anotada en registro diario de consulta • Identificar a persona violentada • Aplicar principios éticos: confidencialidad, seguridad personal, evitar revictimización. • Orientación sobre procesos legales • Área adecuada para la entrevista • Abordaje emocional debe darse por recurso capacitado brindar 	Conocimiento Consideraciones generales de la atención.

		intervención en crisis con sesiones correspondientes.	
Pasos comunes para la atención de violencia intrafamiliar y comunitaria	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta medica (cheque) • Entrevista • Soporte emocional detectando nivel de riesgo e intervención en crisis • Orientación sobre servicios legales y sociales • Referencia, retorno e interconsulta • Referir a instancias de protección legal según el caso • Riesgo suicida, debe referirse a hospitalización • Riesgo en la integridad personal o social referirla a ISDEMU • Evitar para la atención a personas afectadas todo tipo de barreras culturales, religiosos • Promover integración a grupos de apoyo y autoayuda 	Conocimiento Ruta de atención

¿Cuál es la clasificación que se da para la atención de niñas, niños y adolescentes?	Cualitativa Nominal	Maltrato físico. (cheque) Maltrato emocional Violencia sexual. Situación de negligencia y abandono. Situación de trabajo infantil. Situación o dependencia de calle. Situación de explotación sexual comercial (ESCNNA)	Conocimiento Tipos de Violencia NNA
¿Cuáles son los más comunes en su establecimiento de salud?	Cualitativa Nominal	Físico (1) Emocional (2) Abandono (3) Abuso sexual (4) Trabajo infantil (5) Situación de calle (6) Explotación comercial (7)	Atención frecuente de violencia NNA
Según normativa: ¿A través de qué instrumentos se evidencia la atención a víctimas de violencia?	Cualitativa Nominal	Expediente (1) Historia clínica (2) Ficha familiar (3) Hoja de registro de morbilidad y atenciones preventivas (3) Hojas de registro específico (4)	Conocimiento Instrumentos de llenado para la atención
Las intervenciones de la RIISS preventivas y diferenciadas según normativa se debe dar en:	Cualitativa Nominal	Adultos mujeres y hombres violentados (1) Niños y niñas violentados (2) Adultos mujeres y hombres agresores Solo la respuesta dos es correcta (3) 1 y 3 son correctas (4)	Conocimiento prevención de violencia
Según lineamiento:	Cualitativa	Física (1)	Conocimiento

¿Cuáles son los tipos de violencia que sufre las mujeres adultas?	Politómica	Psicológica (2) Sexual (3) Más de un tipo	tipos de violencia en mujeres adultas
De los tipos de violencia que mencionaré ¿Cuál es el más frecuente en su establecimiento?	Cualitativa	Física (1) Psicológica (2) Sexual (3) O más de una (4)	Atención frecuente en mujeres adultas
Ante sospecha de violencia, el aviso a otras instituciones (PNC, FGR, CONNA o ISNA) ¿Quién de los profesionales a mencionar lo realiza?	Cualitativa Nominal	Medico consultante (1) Medico de mayor jerarquía (2) Enfermería (3) Promotor de salud (4) Psicólogo (5) Ninguno (5)	Conocimiento de Notificación obligatoria
¿En cuál de las poblaciones a mencionar la RIISS debe desarrollar procesos educativos acerca de la violencia en todas sus formas?	Cualitativa Nominal	Adolescentes (1) Niños y niñas (2) Mujeres jóvenes (3) Hombres (4) En todas las poblaciones en el ciclo de vida (5)	Prevención de violencia
En su opinión. ¿Se promueve la participación en los grupos de autoayuda para las víctimas de violencia?	Cualitativa Dicotómica	Si (1) No (2)	Rehabilitación
Desde su conocimiento: ¿Las evidencias forenses en toda ocasión son prioritarias y siempre deben recolectarse?	Cualitativa Dicotómica	Si (1) No (2)	Conocimiento de atención
A partir de su práctica ¿La profilaxis de ITS; VIH y Embarazo en qué momento se brinda?	Cualitativa Nominal	Nunca (1) Antes de 24 horas (2) Antes de 72 horas (3) Después de 72 horas(4)	Conocimiento
¿Se tiene tratamiento para ITS y Prevención de embarazo en su establecimiento?	Cualitativa Nominal	Si (1) No (2) Algunas veces (3) Nunca (4)	Atención de la violencia
La coordinación	Cualitativa	PNC (1)	Atención de la

interinstitucional para notificación y apoyo se desarrolla con:	Nominal	FGR (2) ISDEMU (3) ONG's (4) Todas las anteriores (5)	violencia
¿Se informa a familiar sobre la obligación de poner denuncia del hecho delictivo a PNC y FGR?	Cualitativa Nominal	Si (1) No (2) Algunas veces (3) Nunca (4)	Promoción de Denuncia
Según normativa: El traslado de víctimas de violencia se realiza con:	Cualitativa Nominal	Solo personal de salud (1) PNC y personal de salud (2) Personal de salud y otra entidad (3)	Atención de la violencia
Ante la sospecha de un infante en situación de negligencia o abandono:	Cualitativa Nominal	Solo se refiere a otro centro de mayor nivel (1) Solo se atiende el problema de salud (2) Se atiende en el establecimiento de salud, se refiere si es necesario, se da aviso a instancias de protección y seguimiento (3) Solo se avisa a instancias de protección (4)	Atención de la violencia
Un infante con los siguientes hallazgos: abandono de familiares, falta de atención en salud, depresión, conducta agresiva, se sospecha:	Cualitativa Nominal	Violencia comunitaria (1) Dependencia de calle (2) Trabajo infantil (3) Explotación sexual comercial (4)	Atención en violencia
Mencione las señales de alerta en situaciones de violencia hacia las mujeres:	Cualitativa Nominal	Pareja que acompaña y responde a todas las preguntas (1) Celos irracionales expresados por pareja o reportado	Atención de violencia

		por víctima (2) Sensación de culpa exagerada (3) La primera es correcta (4) Todas son correctas(5)	
¿Es adecuado el ambiente de la consulta para realizar la atención en violencia?	Cualitativa Dicotómica	Si (1) No (2)	Contexto
¿En el presente contexto las normativas y lineamientos de atención a la violencia, responde a la realidad de la violencia en el ciclo de la vida?	Cualitativa Dicotómica	Si (1) No (2)	Contexto
¿Tiene a disposición los lineamientos y normas para la atención de violencia en todas sus formas para apoyarse en el diagnóstico?	Cualitativa Dicotómica	Si (1) No (2)	Contexto
En su opinión: ¿Se dejan de reportar casos por situación de seguridad de la paciente?	Cualitativa Dicotómica	Si (1) No (2)	Atención a víctimas de violencia
La sospecha de violencia psicológica contra la mujer, se da cuando:	Cualitativa Nominal	La mujer es sociable y activa (1) Pareja celosa y posesiva (2) Separación de la pareja y amenazas (3) Todas (4) Solo dos y tres son correctas (5)	Atención a víctimas de violencia
¿Usted cree que el psicólogo o psiquiatra atiende a todos los casos referidos?	Cualitativa Dicotómica	Si (1) No (2)	Atención a víctimas de violencia
¿Poseen grupo de autoayuda para los casos de violencia?	Cualitativa Dicotómica	Si (1) No (2)	Atención preventiva y rehabilitación

¿Se dificulta el aviso de casos por situaciones de seguridad del personal de salud?	Cualitativa Dicotómica	Si (1) No (2)	Notificación y aviso
¿Se dificulta el aviso de casos por situaciones de seguridad de la persona violentada?	Cualitativa Dicotómica	Si (1) No (2)	Notificación y aviso
Describa la ruta de atención para las principales formas de violencia identificadas en su establecimiento	Cualitativa	Abierta	Ruta de atención
Parte III Barreras y facilitadores			
¿Cuáles son los facilitadores para la implementación de los lineamientos y normativas en violencia?	Cualitativa	Abierta	Facilitadores
¿Cuáles son las barreras para la implementación de los lineamientos y normativas en violencia?	Cualitativa	Abierta	Barreras

Fuente: Elaboración propia a partir de normativas y lineamientos de atención a todas las formas de violencia MINSAL.

Técnicas y procedimientos de recolección de información

De manera casi simultánea se recolectaron los datos cuantitativos y cualitativos sobre el problema en investigación. Para lograr el objetivo 1 se obtuvieron las atenciones que son almacenadas en el Sistema de Morbimortalidad en Web (SIMMOW) de los años 2013 al 2017, la cual fue limpiada extrayendo los casos de violencia masculinos e indeterminados, dejando exclusivamente los femeninos a lo largo del ciclo de vida. Utilizando los datos de atenciones ambulatorias por violencia que registro el Ministerio de Salud y Fondo Solidario para la Salud (Fosalud), cuya la ruta de menús utilizada fue atención ambulatoria de violencia capturando el apartado de listado de atenciones. Las opciones de búsqueda fueron: Departamento= San Salvador, Sexo = Femenino, Recurso humano que atiende = todos, Tipo de violencia = todos, ámbito = intrafamiliar y comunidad,

edad= todas, institución = Minsal-Fosalud, periodo de tiempo de 01/01/2013 al 31/12/2017.

Para objetivo 2 y 3, se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada la cual tiene tres partes: 1) datos generales, 2) conocimiento sobre las normativas y lineamientos de atención en violencia en todas sus formas, y 3) barreras y facilitadores en la atención a víctimas de violencia. Se negoció el tiempo y el día de la entrevista con la dirección del área Metropolitana de salud, estableciendo una ruta de visitas para llegar con las personas a entrevistar. Al personal de salud se le explico el objetivo de la entrevista, que la sesión se grabaría y el carácter confidencial de la información proporcionada, además se les paso una hoja de consentimiento informado con los detalles anteriores y el compromiso del investigador en el resguardo de la información proporcionada. (**Anexo 1**).
Entrevista semiestructurada.

Validación del instrumento

Previo a la recolección de los datos, el instrumento se sometió a validación para verificar tiempo para la entrevista, la comprensión de las preguntas formuladas y la facilidad del llenado del instrumento en tiempo real, así como la prueba de grabación para evitar perdida de información en campo. Ver anexo 1. Entrevista semiestructurada. Se gestionó con la región central de salud apoyo para la validación del instrumento, solicitando dos establecimientos de salud y personal para realizar la entrevista, se tuvo el apoyo de un día para ir a dos establecimientos de salud y pasar la encuesta a personal que atiende a personas víctimas de violencia, se logró entrevistar a cuatro recursos en tiempo laboral, se les explicó el objetivo de la investigación, se le dio lectura al consentimiento informado. En cada entrevista se tomó el tiempo desde la presentación hasta la finalización de esta, anotando el tiempo para requerir a los recursos para la obtención de los datos, se logró también identificar dos problemas en redacción en las preguntas formuladas, anotándose y mejorando las mismas. También se verifico el estado y funcionamiento del equipo de audio para la grabación.

Aplicación de instrumento de recolección de datos

Para aplicar el instrumento se realizó la confirmación de la ruta de visita de campo elaborada, tomando en cuenta el tiempo por entrevista, el número de personal por establecimiento a entrevistar, llevándose la cantidad de entrevistas y consentimientos informados para cada día. Una vez estando en la UCSF se tomaba en cuenta el espacio, el cual, se solicitó fuese el más adecuado que pudiese brindar el establecimiento, así mismo se respetó el espacio de la consulta iniciándose con el personal que no estaba atendiendo en ese momento. Se realizó cada apartado de la entrevista y se escribía o marcaba en el instrumento la respuesta brindada por el personal de salud. Al encontrar respuestas que estaban fuera de las establecidas se anotaban en el instrumento, para su posterior tratamiento. Cada uno de los instrumentos fueron codificados en orden de realización del 0000 al 0036, resguardando la identidad de la persona participante del estudio, igual codificación fue realizada para los audios. Una vez terminado el día se introducían el instrumento junto a su consentimiento informado y sellado por el personal de salud y la persona entrevistadora en un folder identificado con el mismo código, el cual posteriormente era resguardado en un archivo con el nombre de la tesis para su resguardo por la investigadora.

Procesamiento y análisis de la información

Los análisis de los datos se hicieron casi al mismo tiempo, para posteriormente hacer cruces (triangulación) e interpretaciones de estos.

Para dar salida al objetivo 1. Los datos correspondientes a las atenciones de violencia en población femenina de los años 2013 -2017 se extrajeron de la base del sistema de morbilidad en línea SIMMOW, hacia el software Excel 2016. Para poder hacer un manejo homogéneo de los datos, se unificó la codificación de la variable "servicio", ya que en el año 2017 se introdujeron con números arábigos y no cualitativos como en años anteriores. Asimismo, la variable "violencia" que puntualizaba por separado los tipos de violencia, a partir del 2017 se codifican solamente a través de la clasificación CIE-10. Por tanto, se fue codificando cada uno de los tipos de violencia para homogenizar los datos. Las variables

cuantitativas se analizaron utilizando métodos de estadística descriptiva y analítica. En un primer momento se realizó un análisis descriptivo, donde se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión como la media y la desviación estándar para variables cuantitativas.

La base de datos fue extraída en formato Excel 2016, verificando si existía algún cambio en el sistema, para poder controlar y homogenizar los datos, posteriormente fue importada al programa R, se registró la integridad de los datos de cada variable a través de análisis de frecuencias, controlándose los valores extremos o datos incoherentes.

Los datos fueron extraídos al formato Comma Separated values (CSV), luego se importó al programa informático R; una vez obtenidas las frecuencias, la temporalidad y el comportamiento de la violencia se analizó aplicando Shapiro wilks para clasificar la serie y analizar la distribución de esta, así mismo se vio la tendencia y estacionalidad del evento.

Para objetivo 2 y 3. Para la información las preguntas cerradas del cuestionario (información cuantitativa) se realizó un análisis descriptivo, donde se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Se presentaron los resultados en tablas y gráficos.

La información cualitativa de la entrevista (preguntas abiertas) fue grabada y transcrita en formato digital para su análisis se utilizó la técnica de análisis de contenido. Las preguntas abiertas se clasificaron por análisis deductivo como: barreras y facilitadores. luego se establecieron códigos inductivos para identificar las tipologías para las variables, aplicándose los códigos de manera sistemática a todas las transcripciones, construyéndose matrices para facilitar el análisis comparativo por actores entrevistados, para ello se utilizó el programa QSR Nvivo 10 (QSR International Pty LTD, Melbourne, Australia, 2010).

Limitaciones del estudio.

En la validación de la entrevista solamente se contó con la participación de cuatro personas, las cuales fueron asignadas para esta etapa, debido a que el tiempo para realizarlo fue de un día y el recurso no se podía sacar fuera de horarios laborales. Se logró verificar el tiempo de entrevista y se identificó la redacción defectuosa en dos preguntas, sin embargo, estas no se pudieron cambiar en el instrumento debido a que ya estaba aprobado por el comité de ética y tenían que llevar el sello todas las entrevistas a pasar a las personas, optando por mejorar la pregunta al estar con la persona entrevistada.

En cuanto al Sistema de morbimortalidad en línea (SIMMOW) su principal limitante es que existen datos duplicados, lo cual tomo más tiempo de lo previsto para limpiarlo y además dentro de los datos al extraer las variables de interés, la variable “servicio” se introdujo a partir del 2017 con números arábigos y no con datos cualitativos, los cuales se recodificaron para obtener completa la información. Asimismo, la variable “violencia” que puntualizaba por separado los tipos de violencia, a partir del 2017 se codifican solamente a través de la clasificación CIE-10. Por tanto, se fue codificando cada uno de los tipos de violencia para homogenizar los años.

Debido al interés de visualizar la violencia hacia las mujeres el presente estudio solo tiene la situación de atención recibida de ellas, a partir de la implementación de los lineamientos y normativas vigentes para ello. Sin embargo, esto es solamente una aproximación a la situación de la atención a víctimas de violencia, ya que se necesita ampliar el estudio e introducir a ambos géneros.

Aspectos éticos

El estudio cuenta con el aval científico emitido por tribunal del Taller de tesis II de conformidad con su tutor y su asesor. Además, de la aprobación del Comité nacional de ética de El Salvador realizándose con la debida conformidad de las autoridades nacionales del MINSAL y locales. Las mismas fueron provistas de información verbal y escrita con relación a los objetivos y principales procedimientos de la investigación.

Se aseguró la confidencialidad de la encuesta asignando un código a la misma; toda la información recabada quedo en custodia de la persona responsable de la investigación. Además, todo individuo que participó en el estudio fue consultado e informado previamente para obtener su consentimiento informado (Anexo 2 consentimiento informado), asegurándose la posibilidad de retirarse en el momento que así lo deseara. Se dio respuesta a sus preguntas y se aclararon las dudas surgidas previa firma del Consentimiento informado por parte del sujeto a entrevistar. En ningún establecimiento de salud hubo testigo, debido a que se acordó el tiempo solo de la persona participante de la investigación. Se dispuso de dos copias del documento: una para el participante y otra para el investigador. Esta última se conserva archivada junto a los documentos de la investigación. Ningún participante se negó a participar y firmar el Certificado de Consentimiento, pero si se tuvo una persona que no deseaba ser grabada, accediéndose a su petición para hacer la entrevista.

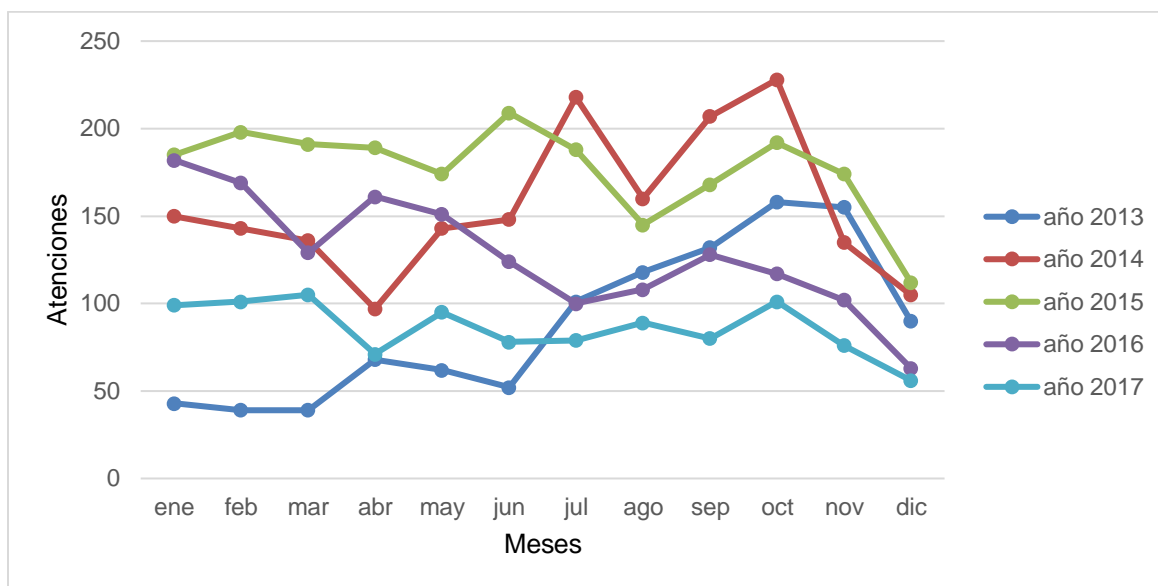
Tanto en la fase de recolección de datos como de análisis de estos se ha garantizado la confidencialidad de la información y su utilización solo con fines científicos. En cada etapa del estudio se garantizó un uso de los resultados compartimentado. La información individual que se obtuvo solo fue compartida por el equipo de investigación, sin los datos de identificación de las personas. Los archivos de la investigación se guardarán por tiempo no definido quedando en custodia de investigadora en un local que asegure su cuidado en el Instituto Nacional de Salud. La misma tiene la responsabilidad de la custodia de los documentos y bases de datos y en las decisiones que se tomen sobre ellos. (Investigadora: Jessica Mireya Gutiérrez Jandres, tel.2234-2059 y Correo: jmgutierrez@salud.gob.sv).

RESULTADOS

RESULTADOS

1. Objetivo. Caracterizar las formas de violencia en población femenina atendidas en el área Metropolitana entre 2013-2017.

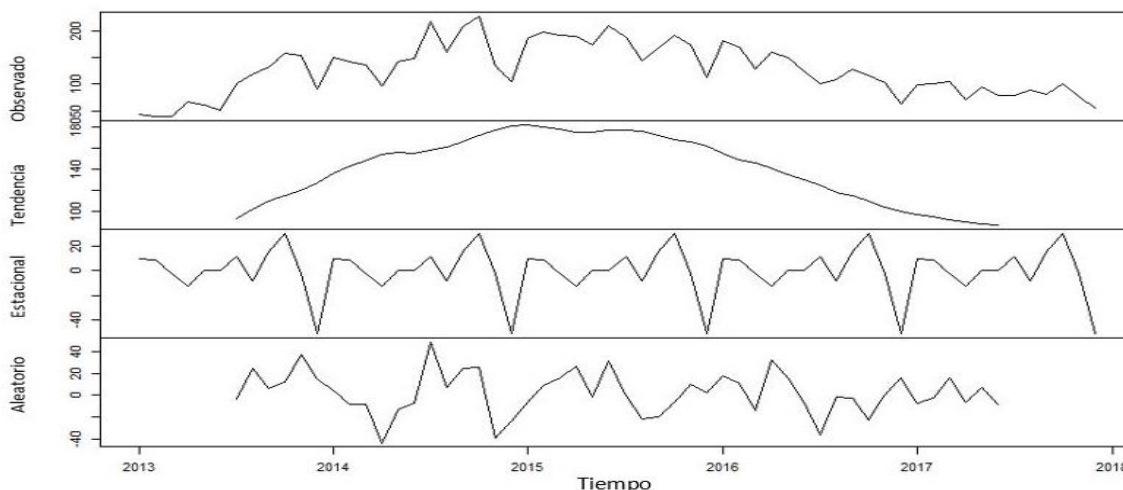
Las atenciones de violencia desde el 2013 al 2017 fueron, 7616 desglosadas: 1057 atenciones año 2013; 1870 atenciones 2014; 2125 atenciones año 2015; 1534 atenciones año 2016 y 1030 atenciones en 2017. (**Figura1**)



Fuente: Base de datos Sistema de morbilidad en línea SIMMOW

Figura 1. Atenciones médicas por violencia a mujeres. Área metropolitana de salud, San Salvador años 2013-2017.

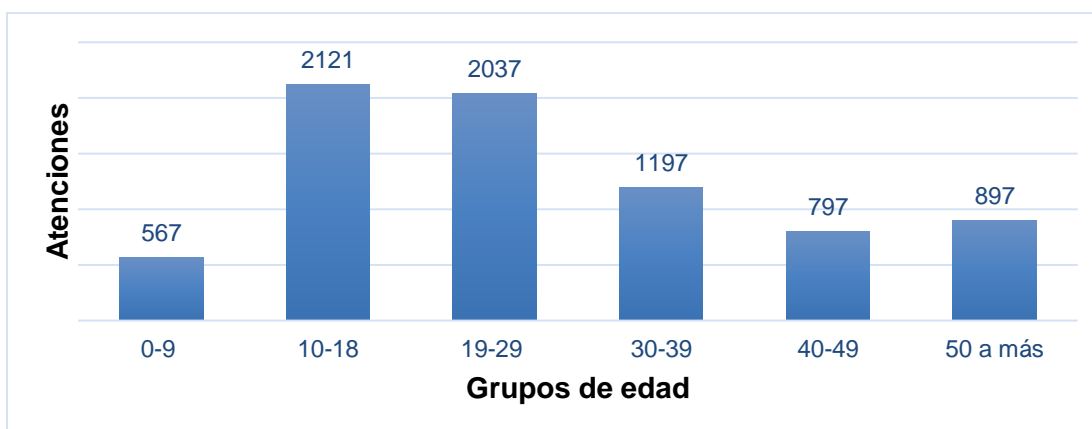
Al graficar la serie temporal se observó una tendencia con un incremento del año 2013 al 2015, luego una meseta de aproximadamente un año, y a partir del 2016 un descenso. **Figura 2.** En la estacionalidad se observó una estacionalidad al final de cada año, este fenómeno coincide con la temporada navideña, donde hay una disminución de recursos de salud en los establecimientos. En cuanto a la aleatoriedad se observó que no hay aleatoriedad.



Fuente: Base de datos Sistema de morbilidad en línea SIMMOW

Figura 2. Tendencia, estacionalidad y aleatoriedad de las atenciones médicas por violencia a mujeres reportadas. Área metropolitana de salud, San Salvador 2013-2017.

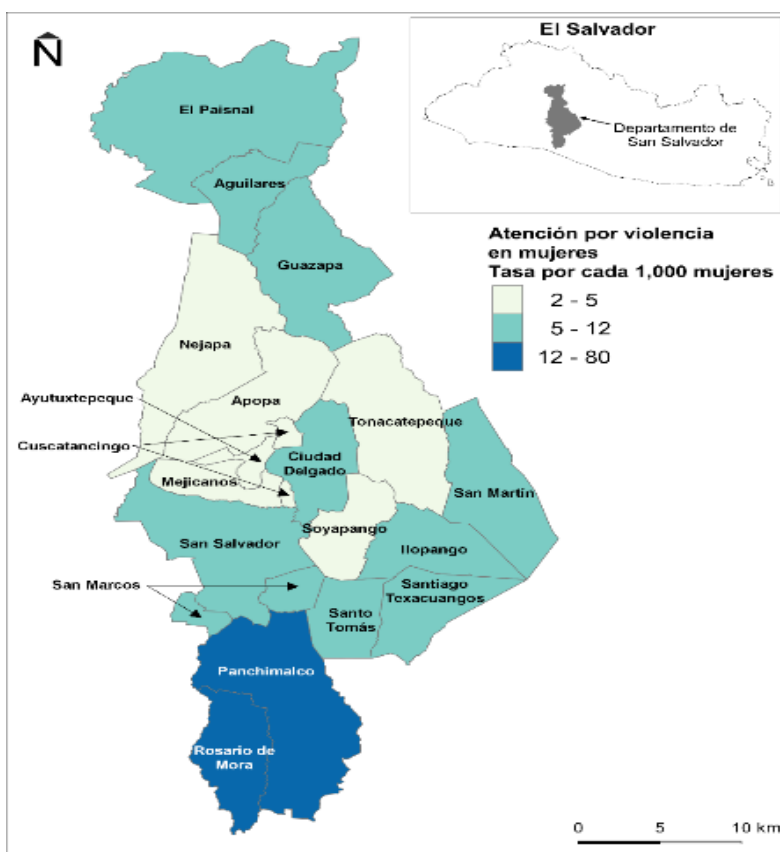
La atención de violencia en las mujeres a lo largo del ciclo de la vida se presentó en el grupo de 10 a 18 años con 2121 atenciones (con 27,8%), en el grupo de 19 a 29 años con 2037 atenciones (26,7%), en grupo de 30 a 39 años con 1197 atenciones (15,7%), el cuarto grupo afectado fue el de 50 a más años con 897 atenciones (11,8%), el quinto grupo afectado fue el de 40 a 49 años con 797 (10,0%) casos y el grupo de infantes con 567 (con 7,0%) casos atendidos. **(Figura 3)**



Fuente: Base de datos Sistema de morbilidad en línea SIMMOW

Figura 3. Atención mujeres violentadas por grupos de edad. Área metropolitana de salud, San Salvador años 2013-2017.

La tasa de violencia a nivel departamental del 2013 al 2017, en base al censo 2007(36) fue de 9 mujeres violentadas por cada mil mujeres, sin embargo los datos al desglosarlo por municipio, se tuvo que los municipios que superaron la tasa departamental muy por encima de su valor fueron: Rosario de Mora (80 mujeres violentadas por cada mil mujeres), Panchimalco (75 por cada mil mujeres) San salvador (12 violentadas por cada mil mujeres) y Guazapa(11 por cada mil mujeres). Los menos violentos Ayutuxtepeque , Cuscatancingo y Mejicanos donde existió 2 mujeres violentadas por cada mil mujeres. **Figura 4 y Anexo 3.**



Fuente: Base de datos Sistema de morbilidad en línea SIMMOW y datos poblacionales a nivel municipal censo 2007. (39)

Figura 4. Tasas de violencia en población femenina. Área metropolitana de salud, San Salvador años 2013-2018.

Según el área de procedencia 6618 mujeres (87 %) atendidas pertenecen al área urbana y 998 (13 %) al área rural, sugiriendo más casos de violencia en las áreas urbanas del área metropolitana de salud. La atención por tipo de establecimiento de salud de mayor a menor entre 2013 al 2017 fueron: las Unidades comunitaria

de salud familiar Intermedia (UCSF Intermedia) con 4007 atenciones, seguida de la Unidad comunitaria de salud familiar especializada (UCSF Especializada) con 1849 atenciones, Hospitales nacionales 1384, Unidades comunitarias de salud básicas (UCSF Básica) con 285 atenciones y centro de atención de emergencia (CAE) 91 atenciones. Los servicios de salud donde mayormente se está atendiendo los casos de violencia son: consulta externa 5321(70 %), emergencia (15 %) y extramural (15 %). Del total de las atenciones de violencia tipificados, el 54 % correspondió a violencia psicológica, 22 % a más de un tipo de violencia, 15 % a violencia física y el 10 % a violencia sexual. (Tabla 1)

Tabla 1. Reportes de atención de las mujeres por área geográfica, establecimientos de salud, servicio de atención y tipo de violencia. Área metropolitana de salud, San Salvador años 2013-2017.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Área geográfica		
Urbano	6618	86,9
Rural	998	13,1
Establecimientos de salud		
UCSF Básica	285	3,7
UCSF Intermedia	4007	52,6
UCSF Especializada	1849	24,3
Hospitales nacionales*	1384	18,2
Centro de atención de emergencia (CAE)**	91	1,2
Servicios		
Consulta externa	5321	69,9
Emergencia	1160	15,2
Extramural	1135	14,9
Tipo de violencia		
Psicológica	3563	54,1
Más de una	1431	21,7
Física	958	14,5
Sexual	634	9,6

Fuente: Base de datos Sistema de morbimortalidad en línea SIMMOW

*Las atenciones percibidas por hospitales nacionales corresponde a pacientes del área metropolitana de salud.

**CAE es parte del sistema nacional de salud que atiende emergencias.

Los diagnósticos principales introducidos al SIMMOW según lineamiento de atención desde 2013 al 2017 fueron los Traumatismos en diversas partes del

cuerpo con 1151 reportes (15,2 %), seguido en importancia de la categoría Otros efectos y los no especificados de causas externas con 808 reportes (10,8%).
(Tabla 2).

Tabla 2. Diagnósticos principales de atención de violencia mujeres. Área metropolitana de salud, San Salvador años 2013-2017.

Diagnostico principal CIE-10 según lineamiento	Frecuencia	Por ciento
Traumatismos (S00-S09, T00-T07, S30-S39, S20-S29, T08-T14, S60-S69, S40-S49, S50-S59, S80-S89, S10-S19, S70-S79, S90-S99)	1151	15,2
Otros efectos y los no especificados de causas externas (Asfixia T71. Síndromes de maltrato T74 más frecuentes en orden: abuso sexual, físico y psicológico. T78)	808	10,8
Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas (T36-T50)	56	0,7
Quemaduras y corrosiones de la superficie externa del cuerpo especificadas por sitio (T20-T25)	5	0,1

Fuente: Base de datos Sistema de morbilidad en línea SIMMOW y adaptados por clasificación CIE-10 según lineamiento de atención para todas las formas de violencia.

De los diagnósticos principales encontrados en la base de datos, hubo códigos que forman parte del lineamiento de atención y otros que no han sido tomados en cuenta en dicho instrumento, como el caso de los Trastornos mentales y del comportamiento (61,2 %), que representó más de la mitad de los casos atendidos dentro del sistema de salud en el área metropolitana (**Tabla 3**). Los Síndromes de maltrato en especial el abuso sexual, psicológico y físico, constituyeron el segundo grupo de consulta.

Tabla 3. Diagnósticos principales de atención de violencia mujeres que no forman parte del lineamiento de atención. Área metropolitana de salud, San Salvador años 2013-2017.

Diagnósticos CIE-10 listados que no son parte lineamiento	Frecuencia	Por ciento
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	4587	61,2
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte R00.1- R58 (más casos R45.6 y R51)	244	3,3
Enfermedad del aparato genitourinario (N30.9-N97.0)	97	1,3
Enfermedad del sistema nervioso (G40.9, G43.9, G44.1, G44.2, G47.0)	76	1,0
Embarazo, parto y puerperio (O03.3- O99.8)	72	0,9
Intoxicaciones por sustancias no medicinales (T51-T65)	58	0,7
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios de salud (Z00.0-Z91.8)	55	0,7
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias(A00-B99)	47	0,6
Enfermedad del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (M25.5-M94.8)	46	0,6
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J46)	44	0,6
Enfermedades del aparato digestivo (K05.2-K80.2)	39	0,5
Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas (E11.9, E43, E44.1, E28.2, E66.0, E69.9, E75.6)	26	0,3
Cuerpos extraños en alguna parte del cuerpo (T15-T19)	20	0,3
Enfermedades del sistema circulatorio (I10, I25.9, I88.9)	20	0,3
Enfermedades de piel y tejido subcutáneo (L02.3-L68.0)	14	0,2
Neoplasias y enfermedades de la sangre de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50.9, D64.9, D69.3, D69.9)	9	0,1
Neoplasias (D04.5, D24, D25.9)	6	0,1
Enfermedad de oídos y apófisis mastoide (H60-H95)	6	0,1
Complicaciones quirúrgicas (T81.4, T88.7)	4	0,05
Enfermedad del ojo y sus anexos (H00-H59)	4	0,05
Complicaciones post traumáticas, no clasificadas en otra parte (T94.1)	1	0,01

Fuente: Base de datos Sistema de morbilidad en línea SIMMOW y adaptados por clasificación CIE-10 según lineamiento de atención para todas las formas de violencia.

Los principales diagnósticos de causa externa de las pacientes atendidas por violencia entre el 2013 y 2017, fueron: Las agresiones en variadas tipificaciones que aportaron 39,5 % de atenciones; Otros síndromes de maltrato 246 (22,1 %); Choques y mordeduras 150 (13 %); Golpes, aplastamientos y contactos traumáticos 122 (10,9 %); Exposición a líquidos, gases u objetos calientes 72(6 %); Disparos y explosiones 23(2 %); Golpes, aplastamientos y contactos traumáticos 22 (2 %). **(Tabla 4)**

Tabla 4. Diagnósticos causa externa de atenciones de violencia mujeres. Área metropolitana de salud, San Salvador años 2013-2017.

Diagnósticos CIE-10 listados que son parte lineamiento	Frecuencia	Porcentaje
Agresión (Y04.0 -Y04.9, X91.4- X99.9, Y05.0-Y05.9, Y00-Y03, Y09.0 y Y09.4, Y08.5, Y08.5 y Y08.9)	439	39,5
Otros síndromes de maltrato (esposo o pareja, padre o madre, conocido o amigo, autoridades oficiales, otra persona especificada, persona no especificada) Y07.0-Y07.9	246	22,1
Choques y mordeduras W50.0-W54.9	150	13,4
Golpes, aplastamientos y contactos traumáticos W20-W22.9	122	10,9
Disparos y explosiones W32.9, W34.4 y W34.9	23	2,1
Contacto traumático con objeto romo o sin filo de intención no determinada Y29.0, Y29.8 y Y29.9	6	0,5
Caídas W03.0, W03.9	4	0,4
Contacto traumático con objeto cortante de intención no determinada	2	0,2
Intoxicaciones voluntarias X68(plaguicida en vivienda)	1	0,1
Ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación de intención no determinada Y20.0	1	0,1

Fuente: Base de datos Sistema de morbimortalidad en línea SIMMOW y adaptados por clasificación CIE-10 según lineamiento de atención para todas las formas de violencia.

En los diagnósticos de causa externa al igual que en diagnóstico principal hubo códigos de diagnósticos que no estaban dentro de los lineamientos de atención, lo cual refleja, una mayor variabilidad de situaciones de violencia que sufrieron las mujeres a lo largo del ciclo de la vida. **(Tabla 5)**

Tabla 5. Diagnósticos causa externa que no estaban dentro de los lineamientos de atención de violencia a mujeres. Área metropolitana de salud, San Salvador años 2013-2017.

Diagnósticos CIE-10 listados que no son parte lineamiento	Frecuencia	Porcentaje
Exposición a líquidos, gases u objetos calientes X10.0, X15.9, X58.9, X59.0, X59.4 y X59.9	72	6,5
Golpes, aplastamientos y contactos traumáticos W24.9, W25.4, W25.9, W26.0, W26.4, W26.9 y W27.9	22	2,0
Accidentes de transporte V02.9, V03.1, V03.9, V04.9, V09.1, V49.6, V49.9, V78.4, V89.0, V89.9.	13	1,2
Caídas W01.9, W10.0, W17.9, W18.0 y W18.9	10	1,0
Intervención legal con objetos romos o sin filo Y35.3	1	0,1

Fuente: Base de datos Sistema de morbilidad en línea SIMMOW y adaptados por clasificación CIE-10 según lineamiento de atención para todas las formas de violencia.

De los tipos de violencia que fueron atendidos en el ciclo de vida de las mujeres, correspondió a violencia psicológica un 54%, a más de un tipo de violencia el 22%, a violencia física 15% y violencia sexual 10%. **(Tabla 6).**

Tabla 6. Tipos de violencia identificadas en la consulta. Área metropolitana de salud, San Salvador años 2013-2017.

Tipo de violencias sufrido por las mujeres	Frecuencia	Porcentaje
Violencia Psicológica	3563	54,10
Más de una	1431	21,73
Violencia física	958	14,55
Violencia sexual	634	9,63
Total	6586	100

Fuente: Base de datos Sistema de morbilidad en línea SIMMOW.

De las tipologías de violencias, si bien se ha padecido por las mujeres a lo largo del ciclo de la vida, al separarlas y analizarlas de manera individual, se encontró que las edades donde se concentra más cada uno de los tipos de violencia fue la siguiente: Violencia psicológica la sufrieron mayormente el grupo adolescentes y mujeres adultas jóvenes (16-38 años); más de un tipo de violencia lo sufrió el grupo de mujeres jóvenes y adultas de 19 a 42 años; Violencia física el grupo de 20 a 39 años y Violencia sexual lo sufrieron más las adolescentes y mujeres jóvenes de 14 a 21 años. **(Anexo 4)**

2. Objetivo. Identificar conocimientos sobre lineamientos y normativas de atención a todas las formas de violencia que posee el personal de salud que desempeñan su práctica clínica en el área de estudio.

Del personal de salud entrevistado el 92 % fueron mujeres, el grupo etario que predominó con un 53 % fue el de 30 a 50 años. Sin embargo, existe un 39 % mayor de 50 años. El tipo de establecimiento donde procede el 69 % de entrevistados es de Unidades comunitarias de salud intermedias, el resto de los entrevistados pertenecen a Unidades comunitarias de salud familiar básica y especializada. En cuanto al tiempo vinculado al programa de atención a todas las formas de violencia el 47 % lleva más de tres años ejecutándolo, mientras que las personas que llevan menos de un año y de uno a dos años es del 22 % para cada una. La mayoría del personal de salud fue el perteneciente a las UCSF Intermedia, debido a que existió un mayor número de establecimiento de este tipo, coincidiendo con la puerta de entrada de los casos de violencia atendidos entre 2013-2017. Las capacitaciones más recibidas por el personal de salud fueron: Lineamientos de atención a todas las formas de violencia 69 %, Ley de protección integral de la niñez y la adolescencia (LEPINA) 64 % y en género el 61 %, Las menos recibidas fueron: la Normativa de atención a todas las formas de violencia y la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las mujeres (LEIV). El 8 % no ha recibido capacitación de ningún tipo. **(Tabla 7)**

Tabla 7. Características de personal de salud entrevistado. Área metropolitana de salud, San Salvador. 2018.

Características	Médico n=15 No. (%)	Enfermera n=13 No. (%)	Salud mental* y promotores n=8 No. (%)
Sexo			
Femenino	14(38,8)	12(33,3)	7(19,4)
Masculino	1(2,8)	1(2,8)	1(2,8)
Grupo de edad			
18-30 años	1(2,8)	2(5,6)	0(0,0)
30-50 años	7(19,4)	8(22,2)	4(11,1)
50 años a más	7(19,4)	3(8,3)	4(11,1)
Unidad de atención			
UCSFB ^a	3(8,3)	1(2,8)	2(5,6)
UCSFE ^b	0(0,0)	3(8,3)	2(5,6)
UCSFI ^c	12(3,3)	9(25,0)	4(11,1)
Tiempo de experiencia			
< 1 año	2(5,5)	4(11,1)	2(5,6)
1 año	3(8,3)	4(11,1)	1(2,8)
2 años	2(5,6)	0(0,0)	1(2,8)
> 3 años	8(22,2)	5(13,9)	4(11,1)
Líneas temáticas			
Lineamiento de atención	10(27,8)	9(25,0)	6(16,6)
Normativa de atención	7(19,4)	8(22,2)	6(16,7)
Género	8(22,2)	8(22,2)	6(16,7)
LEPINA ¹	10(27,8)	8(22,2)	5(13,9)
LEIV ²	3(8,3)	7(19,4)	4(11,1)
Ninguna capacitación	2(5,5)	1(2,8)	0(0,0)

Fuente: Fuente: cuestionario semiestructurado

*Salud mental: Incluye psicólogas, psiquiatra y trabajador social.

^a UCSFB Unidad comunitaria de salud familiar básica.

^b UCSFE Unidad comunitaria de salud familiar especializada.

^c UCSFI Unidad comunitaria de salud familiar intermedia.

1 Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia.

2 Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las mujeres.

Solamente el 33 % del personal de salud menciono con claridad que la subdivisión de la atención es violencia intrafamiliar y violencia comunitaria, el 42 % se confunde con las clasificaciones de violencia y un 25 % no sabe o no recordaba la subdivisión. La mayoría contesto desde la experiencia empírica, y las diferentes capacitaciones recibidas, muy pocos recordaron la normativa vigente. Los pasos más reconocidos por el personal de salud fueron: la consulta médica 94 %, la entrevista 92 %, soporte emocional detectando nivel de riesgo e intervención en crisis 89 %, referencia, retorno e interconsulta 81 %; el paso menos reconocido fue el evitar barreras culturales y religiosas 47 %. Los pasos para referir a instancias de protección legal, referencia a hospital en caso de riesgo suicida, promover integración a grupos de apoyo, orientación legal y referencia a ISDEMU quedaron en plano intermedio. Se reconoció por el 100 % del personal el maltrato emocional, violencia sexual, la situación de negligencia y abandono, seguida del maltrato físico con 94 %, pero la situación de dependencia de calle fue la menos reconocida dentro de la clasificación de violencia que sufren las niñas, niños y adolescentes con 36 %. En cuanto al tipo de violencia que sufren las mujeres el 60 % de los entrevistados reconoció la violencia física, psicológica y sexual, sin embargo, un 44 % no conocían la clasificación del lineamiento asignando un solo tipo de violencia. **(Tabla 8)**

Tabla 8. Conocimiento de la atención en violencia de los servicios de salud desde la normativa vigente según actores de salud entrevistados. Área metropolitana de salud, San Salvador. 2018.

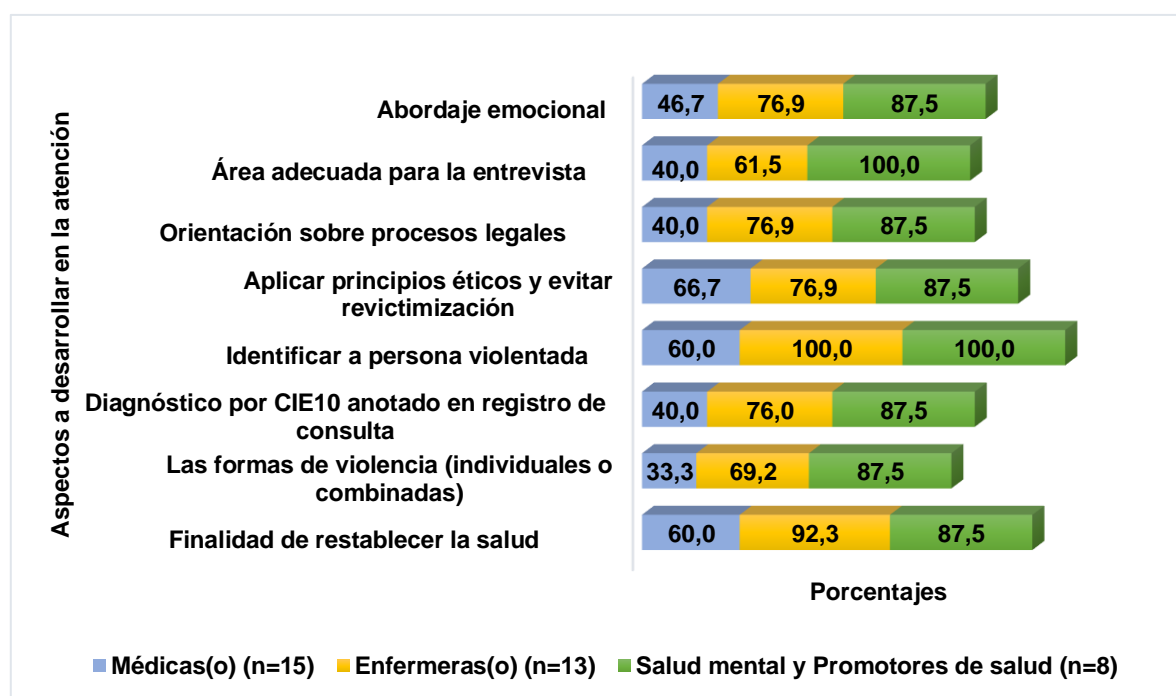
Conocimientos	Médico n=15 No. (%)	Enfermera n=13 No. (%)	Salud mental* y promotores n=8 No. (%)
Subdivisión de atención			
Violencia intrafamiliar y violencia comunitaria	3(8,33)	4(11,1)	5(13,9)
Confunde con clasificaciones de violencia	6(16,7)	7(19,4)	2(5,5)
No sabe/No recuerda	6(16,7)	2(5,5)	1(2,8)
Pasos comunes para la atención			
Consulta médica	14(38,9)	13(36,1)	7(19,4)
Entrevista	13(36,1)	12(33,3)	8(22,2)
Soporte emocional e intervención en crisis	12(33,3)	12(33,3)	8(22,2)
Orientar sobre servicios legales y sociales	7(19,4)	9(25)	6(16,7)
Referencia, retorno e interconsulta	10(27,8)	11(30,5)	8(22,2)
Referir a instancias de protección legal	8(22,2)	10(27,8)	7(19,4)
Referir el riesgo suicida a hospitalización	7(19,4)	11(30,5)	7(19,4)
Referir a ISDEMU si riesgo	9(25)	9(25)	6 (16,7)
Evitar barreras culturales y religiosos	4(11,1)	7(19,4)	6(16,7)
Integración a grupos de apoyo - autoayuda	8(22,2)	9(25)	8(22,2)
Clasificación para la atención de niñas, niños y adolescentes			
Maltrato físico	13(36,1)	13(36,1)	8(22,2)
Maltrato emocional, violencia sexual. Situación de negligencia y abandono	15(41,7)	13(36,1)	8(22,2)
Situación de trabajo infantil	6(16,7)	7(19,4)	3(8,3)
Situación o dependencia de calle	5(13,9)	5(13,9)	3(8,3)
Situación de explotación sexual comercial	4(11,1)	7(19,4)	4(11,1)
Tipos de violencia que sufren las mujeres			
Asignación individual de la violencia	7(19,4)	5(13,9)	4(11,1)
Todas las anteriores (física, psicológica y sexual)	8(22,2)	8(22,2)	4(11,1)

Fuente: Fuente: cuestionario semiestructurado

*Salud mental: Incluye psicólogas, psiquiatra y trabajador social.

Llamó la atención la variabilidad de las respuestas por los diferentes actores de salud entrevistados al preguntar sobre los aspectos a desarrollar para la atención de la violencia, resultando que lo médicos fueron los que menos identificaron aspectos para desarrollar los procesos de atención a personas violentadas.

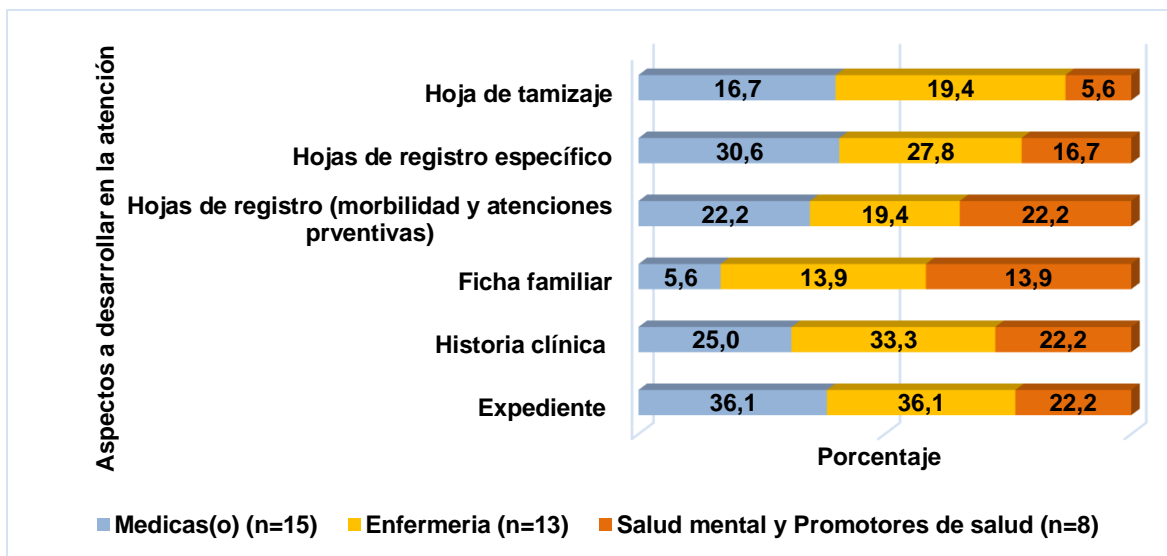
(Figura 5)



Fuente: cuestionario semiestructurado
 Salud mental: Incluye psicólogas, psiquiatra y trabajador social.

Figura 5. Aspectos para desarrollar los procesos de atención a personas violentadas considerados por los actores de salud entrevistados. Área metropolitana de salud, San Salvador. 2018.

De los instrumentos normados los más identificados fueron: El expediente con un 94 %, la historia clínica 80% y las hojas de registro específico con un 75 %, la hoja de registro de morbilidad y atenciones específicas fue reconocida por el 64 % del personal. La ficha familiar es un instrumento muy poco reconocido solo el 33 % lo destacó. La hoja de tamizaje no está como un instrumento de evidencia dentro del lineamiento, pero el personal de salud lo tomo en cuenta, ya que a través de este identifican los casos de violencia quedando como parte del expediente de la paciente. **(Figura 6)**



Fuente: cuestionario semiestructurado

*Salud mental: Incluye psicólogas, psiquiatra y trabajador social.

Figura 6. Conocimiento sobre instrumentos para evidencia de la atención a víctimas de violencia según actores de salud entrevistados. Área metropolitana de salud, San Salvador. 2018.

Los entrevistados identificaron los tipos de violencia más comunes en niñas, adolescentes y mujeres que se presentaron en sus establecimientos, así en la población infantil y adolescente: la violencia física, el abuso sexual y el emocional se identificó en un 50 %, y el abandono fue solo identificado en un 6 %. Mientras en las mujeres adultas se identificó con más frecuencia la violencia física en 33 %, la violencia psicológica en un 28 %, más de una con un 27 % y la menos identificada fue la violencia sexual con 11 %. (**Tabla 9**)

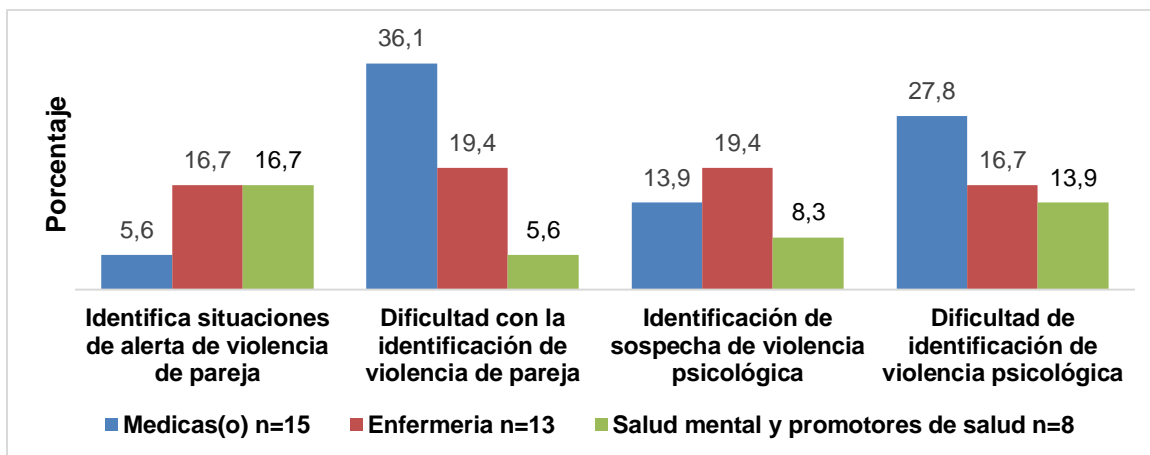
Tabla 9. Tipos de violencia identificados en la consulta por los actores de salud en población infantojuvenil femenina y mujeres adultas. Área metropolitana de salud, San Salvador.2018.

Tipos de violencia identificados	Médicos (n=15) No. (%)	Enfermeras (n=13) No. (%)	Salud mental* y promotores de salud (n=8) No. (%)
Niñas y adolescentes			
Físico	7(19,4)	7(19,4)	4(11,1)
Emocional	7(19,4)	7(19,4)	4(11,1)
Abandono	0(0,0)	0(0,0)	2(5,5)
Abuso sexual	8(22,2)	8(22,2)	2(5,5)
Mujeres adultas			
Físico	6(16,7)	5(13,9)	1(2,8)
Psicológica	3(8,3)	2(5,5)	5(13,9)
Más de una	5(13,9)	3(8,3)	2(5,5)
Sexual	1(2,8)	3(8,3)	0(0,0)

Fuente: cuestionario semiestructurado.

*Salud mental: Incluye psicólogas, psiquiatra y trabajador social.

El 39 % del personal de salud identificó situaciones de alerta dentro de la consulta que tiene que ver con el ejercicio del poder de la pareja sobre la mujer. El 42 % logró identificar situaciones de violencia psicológica. **(Figura 7)**



Fuente: cuestionario semiestructurado

*Salud mental: Incluye psicólogas, psiquiatra y trabajador social.

Figura 7. Identificación de situaciones de violencia dentro del espacio de atención. Área metropolitana de salud, San Salvador 2018.

En cuanto a los conocimientos de las acciones de la RIIS, el 14 % del personal de salud reconoció que las atenciones preventivas y diferenciadas se deben dirigir a adultos mujeres y hombres violentados y agresores. Hay un 52 % que manifestó que también se dieron intervenciones preventivas y diferenciadas a niñas y niños violentados. Según lo normado, el 64 % del personal refirió que la RIIS debe brindar procesos educativos sobre violencia a todas las poblaciones en el ciclo de la vida. Con relación al momento de brindar profilaxis para ITS, VIH y embarazo, el 58 % mencionó que debe realizarse antes de las 72 horas. La responsabilidad del traslado de víctimas, se realizó en un 64 % con apoyo de la PNC, el 22 % con personal de salud y un 14 % se hizo acompañar de otra entidad. **(Tabla 10)**

Tabla 10. Conocimiento de las acciones de la RIIS (intervenciones y poblaciones) y momento de brindar profilaxis de ITS, VIH-embarazo y traslado de las víctimas de violencia. Área metropolitana de salud, San Salvador. 2018.

Conocimientos	Médico n=15 No. (%)	Enfermera n=13 No. (%)	Salud mental* y promotores n=8 No. (%)
Intervenciones de la RIIS			
Adultos mujeres y hombres violentados	6(16,7)	4(11,1)	4(11,1)
Niños y niñas violentados	6(16,7)	6(16,7)	7(19,4)
Adultos mujeres y hombres agresores	4(11,1)	7(19,4)	5(13,9)
1 y 3 son correctas	1(2,8)	4(11,1)	0(0,0)
Poblaciones de RIIS			
Adolescentes	3(8,3)	6(16,7)	1(2,8)
Niños y niñas	4(11,1)	6(16,7)	1(11,1)
Mujeres jóvenes	0	2(5,5)	0
En todas las poblaciones	10(27,8)	6(16,7)	7(19,4)
No sabe	1(2,8)	0(0,0)	0(0,0)
Aplicación de profilaxis			
Antes de 24 horas	4(11,1)	5(13,9)	4(11,1)
Antes de 72 horas	10(27,8)	7(19,4)	4(11,1)
No saben	1(2,8)	1(2,8)	0(0,0)
Traslado de víctimas			
Solo personal de salud	2(5,5)	5(13,9)	1(2,8)
PNC y personal de salud	10(27,8)	7(19,4)	6(16,7)
Personal de salud y otra entidad	3(8,3)	1(2,8)	1(2,8)

Fuente: cuestionario semiestructurado

*Salud mental: Incluye psicólogas, psiquiatra y trabajador social.

Sobre el personal de salud responsable que brindó el aviso a diferentes instituciones fue: el médico de mayor jerarquía 78 %, seguido de médico consultante. En el caso de mujeres los establecimientos donde más se identificaron casos de violencia fueron la UCSF Intermedia con 69 %, seguido de UCSF básicas 17 % y las UCSF Especializada con 14 %. El 75 % de los profesionales de los establecimientos de salud manifestó contar con profilaxis para

ITS y prevención de embarazo, pero en un establecimiento nunca lo tiene disponible. **(Tabla 11)**

Tabla 11. Responsable del aviso a otras instituciones, tipos de violencia y tratamiento ITS y prevención de embarazo según establecimiento de salud. Área metropolitana de salud, San Salvador. 2018.

Variables	UCSF B ^a	UCSF I ^b	UCSF E ^c	Total (%)
Personal que da aviso				
Médico de mayor jerarquía	5(13,9)	19(52,8)	4(11,1)	28(77,8)
Médico consultante	1(2,8)	4(11,1)	1(2,8)	6 (16,7)
Enfermería	0(0,0)	2(5,5)	0(0,0)	2(5,5)
Tipos de violencia				
Física	4(11,1)	6(16,7)	2(5,5)	12(33,3)
Psicológica	1(2,8)	8(22,2)	1(2,8)	10(27,8)
Más de una	0(0,0)	9(25)	1(2,8)	10(27,8)
Sexual	1(2,8)	2(5,5)	1(2,8)	4(11,1)
Tratamiento ITS y prevención de embarazo				
Si	5(13,9)	17(47,2)	5(13,9)	27(75,0)
No	1(2,8)	7(19,4)	0(0,0)	8(22,2)
Nunca	0(0,0)	1(2,8)	0(0,0)	1(2,8)

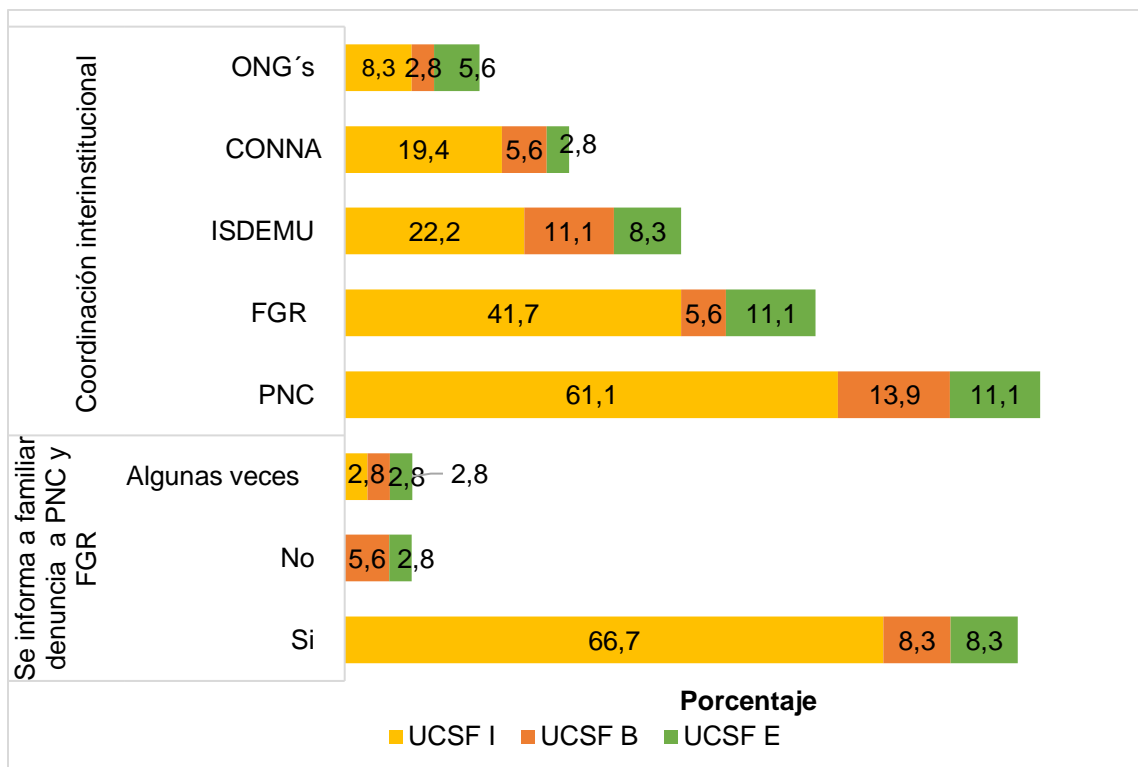
Fuente: cuestionario semiestructurado

^a UCSFB Unidad comunitaria de salud familiar básica.

^b UCSFI Unidad comunitaria de salud familiar intermedia.

^c UCSFE Unidad comunitaria de salud familiar especializada

La coordinación interinstitucional para notificación y apoyo fue variada: Policía Nacional Civil (PNC) 86 %, Fiscalía General de la Republica (FGR) 58 %, Instituto Salvadoreño de Desarrollo de la Mujer (ISDEMU) 41 %, Consejo Nacional de la niñez y la adolescencia (CONNA 28 %) y organización no gubernamental (ONG) 17 %. La coordinación se realizó especialmente con PNC, sin embargo, también se utilizó la intersectorialidad existente para notificar o trasladar a las víctimas. El 83% del personal de salud manifestó que se informó al familiar sobre el derecho de denunciar el hecho delictivo a la PNC y la FGR, el 6% algunas veces lo hizo, y 3 % no lo realizó. **(Figura 8)**



Fuente: cuestionario semiestructurado
^a UCSFB Unidad comunitaria de salud familiar básica.
^b UCSFI Unidad comunitaria de salud familiar intermedia.
^c UCSFE Unidad comunitaria de salud familiar especializada

Figura. 8. Notificación de la violencia a la familia, entidades y organizaciones para la coordinación y apoyo a la denuncia de la atención por violencia por establecimientos de salud. Área metropolitana de salud, San Salvador. 2018.

Para el 61% del personal que labora en los diferentes establecimientos de salud valoró como no adecuado su espacio físico para realizar la consulta a personas violentadas. El aviso de violencia a PNC y FGR se dificultó por la seguridad de las víctimas en un 56% y el 53% de personas entrevistadas refirió dificultad para realizar el aviso por miedo a su seguridad personal. El 56% de las pacientes fueron referidas y atendidas por personal de salud mental. El 89% del personal de salud manifestó que existen grupos de autoayuda en los establecimientos de salud y el 92% del personal promueve la participación de las personas violentadas en grupos de autoayuda. **(Tabla 12)**

Tabla 12. Características de la atención en cuanto ambiente de consulta, aviso de casos de violencia, referencia a consulta de salud mental y presencia de grupo de autoayuda para los casos de violencia en establecimientos de salud estudiados. Área metropolitana de salud, San Salvador. 2018.

Variables	UCSF B ^a	UCSF I ^b	UCSF E ^c	Total (%)
Ambiente de consulta adecuados para realizar la atención				
Si	2(5,6)	10(27,8)	2(5,6)	14(39,0)
No	4(11,1)	15(41,2)	3(8,3)	22(61,0)
Dificultades para el aviso por seguridad de la persona violentada				
Si	3(8,3)	14(38,9)	3(8,3)	20(55,6)
No	3(8,3)	10(27,8)	2(5,5)	15(41,7)
Dificultades para el aviso por seguridad del personal de salud				
Si	4(11,1)	11(30,5)	4(11,1)	19(52,8)
No	2(5,5)	14(38,9)	1(2,8)	17(47,2)
Casos referidos y atendidas en consulta de salud mental				
Si	3(8,3)	14(38,9)	3(8,3)	20(55,6)
No	3(8,3)	10(27,8)	2(5,5)	15(41,7)
Grupos de autoayuda en el establecimiento				
Si	5(13,9)	23(63,9)	4(11,1)	32(88,9)
No	1(2,8)	2(5,5)	1(2,8)	4(11,1)
Promoción de la participación en los grupos de autoayuda				
Si	6(16,7)	23(63,9)	4(11,1)	33(91,7)
No	0(0,0)	2(5,5)	1(2,8)	3(8,3)

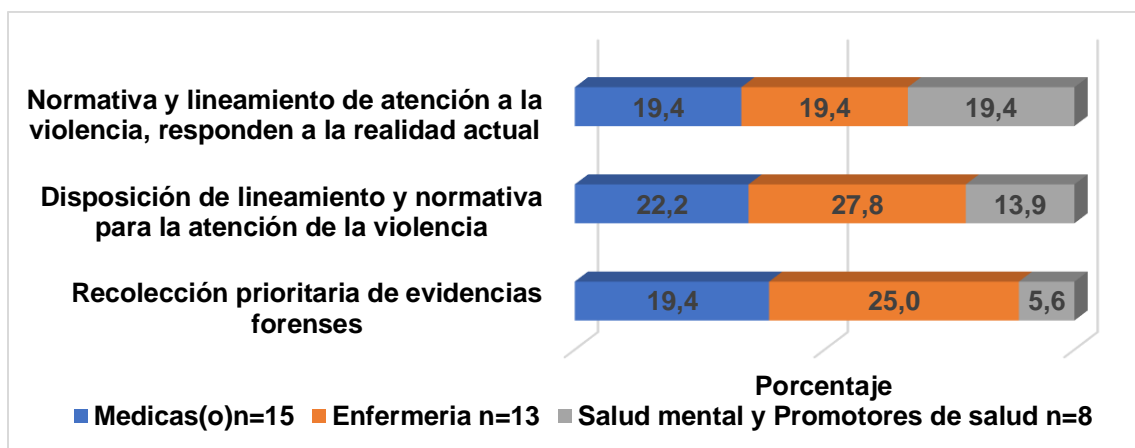
Fuente: cuestionario semiestructurado

^a UCSFB Unidad comunitaria de salud familiar básica.

^b UCSFI Unidad comunitaria de salud familiar intermedia.

^c UCSFE Unidad comunitaria de salud familiar especializada

Con relación al manejo de las evidencias forenses, el 50 % mencionó por los médicos que es prioritario en el momento de la consulta. Para el 58 % de personal de salud, la normativa y el lineamiento responden a la realidad en el actual contexto donde laboran, para el resto no responde ante la violencia social actual. La disposición de los documentos estaba accesible para 64 % del recurso. **(Figura 9)**



Fuente: cuestionario semi estructurado
 *Salud mental: Incluye psicólogas, psiquiatra y trabajador social.

Figura 9. Conocimientos sobre el manejo de las evidencias forenses, la normativa y el lineamiento para la atención a todas las formas de violencia y si estas responden a la realidad según los actores entrevistados. Área metropolitana de salud, San Salvador. 2018.

3. Objetivo. Explorar las barreras y facilitadores que identifica el personal de salud a partir de su experiencia vivencial.

El análisis del discurso de los entrevistados reconoció 10 elementos que actuaron como facilitadores entrevistados para el cumplimiento de lineamiento y normativa a todas las formas de violencia. La capacitación y el trabajo en equipo fueron los dos facilitadores más referidos por los entrevistados con 20 y 11 referencias respectivamente. Cabe señalar que para los médicos y las enfermeras la prioridad que le otorgan los administrativos es un elemento importante. **(Tabla 13)**

Algunos ejemplos de cómo describen estos facilitadores desde los propios términos de los implementadores de los lineamientos mostraron una relación entre ellos, como se ilustra en los siguientes fragmentos:

*“Bueno ahí tenemos las normativas verdad, **(Existencia de normativas o lineamientos para trabajo)** porque el ministerio de salud ya sabe lo que va hacer, no tiene que andar buscando otras cosas. Ahí está para cada tipo de violencia lo que usted va hacer y tiene las herramientas, tiene las hojitas que va a necesitar, tiene el expediente, está todo listo, ahí solo que se llenen y también tenemos a veces, tenemos poquitos algunos brochure también*

tenemos, pero bien mínimo, (**Recursos materiales**) porque violencia es bien poco lo que dan, una cartelera de violencia no la tenemos. Bueno yo he hecho es una cartelera, pero así un rotafolio que diga de violencia para darle a la gente a conocer (**Capacidades para la tarea**), a veces lo que hacemos que pasamos algunos videos, también la consulta, si tenemos el televisor, y yo ahorita con lo que son los promotores juveniles, también hablo bastante de lo que es violencia de género, ahorita como todos casi estamos enfocados en violencia de genero verdad, yo tengo promotores juveniles y también trabajo con otra organización que se llama Glasswing, que es un club de niñas que se trabaja todo el año, se trabajan dos horas a la semana con ellas y se le dan todos los tipos de violencia a ellas, (**Trabajo en equipo**)” (Entrevista 0007).

“Si tenemos una infraestructura adecuada, nuestro establecimiento tiene ambientes adecuados, mi consultorio tiene toda la privacidad, (**Recursos materiales**) yo como médico de staff tengo, me dan el espacio, el tiempo, para atender por ejemplo yo tengo mi consultorio y los pacientes esperándome, pero viene alguien con este tipo de, que además de esta atención, me quitan los demás pacientes, se los coloco a otros médicos y me le dan prioridad a ese paciente, la atienden en el momento, y tengo todo el tiempo disponible si yo, con esta paciente necesito estar la mañana, me dan ese espacio, a fin de que se le dé la atención integral.(**Prioridad administrativa**) Y también tengo ahí normativas, (**Existencia de normativas o lineamientos para trabajo**) verdad, la papelería adecuada, el apoyo del equipo integral, en ocasiones se ha podido inmediatamente, darle atención psicológica también, es decir, uno siempre le da los primeros auxilios psicológicos al paciente verdad, pero a veces ha habido la oportunidad de un solo que sea evaluado por el psicólogo o psiquiatra del establecimiento. (**Trabajo en equipo**) Y también los contactos verdad, tenemos esa facilidad de equipo, y personal idóneo, y disponible, con la actitud. (**Idoneidad del personal**)” (Entrevista 0036).

Tabla 13. Facilitadores referidos por los entrevistados para el cumplimiento de lineamiento y normativa a todas las formas de violencia. Área metropolitana de salud, San Salvador. 2018.

Facilitadores	Médico	Enfermera/o	Salud mental* y promotores
	No. Referencias	No. Referencias	No. Referencias
Capacitación	6	9	5
Trabajo en equipo	8	2	1
Idoneidad del personal	4	1	3
Normativas para trabajo	4	1	3
Capacidades para la tarea	3	2	2
Existencia de los promotores comunitarios y grupos	3	3	1
Espacios físicos adecuados	3	1	2
Recursos materiales	1	3	2
Prioridad administrativa	3	2	0
Sensibilización con el tema	1	0	2

Fuente: cuestionario semi estructurado

*Salud mental: Incluye psicólogas, psiquiatra y trabajador social.

En cuanto a las barreras percibidas, los entrevistados reconocieron la capacitación insuficiente como la más importante para el cumplimiento de lineamiento y normativa a todas las formas de violencia. Para los entrevistados la percepción propia de la violencia es una barrera importante para el reconocimiento de las diferentes formas de violencias (16 referencias), lo que de conjunto con la no denuncia de la violencia (10 referencias) pueden ser un reflejo de una cultura de la violencia. Otras barreras como poco tiempo para la actividad, saturación de trabajo, recursos materiales insuficientes, inadecuados espacios físicos para la atención, carencias de materiales educativos y no anticoncepción de emergencia fueron referidas por los cuatro actores entrevistados, aunque no fueron percibidas con la misma importancia. **(Tabla 14)**

Tabla 14. Barreras referidas para el cumplimiento de lineamiento y normativa a todas las formas de violencia. Área metropolitana de salud, San Salvador. 2018.

Barreras	Médico	Enfermera/o	Salud mental* y promotores
	No. Referencia	No. Referencia	No. Referencias
Capacitación insuficiente	7	9	3
Percepción sobre la violencia	9	4	3
Poco tiempo para esta actividad	5	3	3
Recursos materiales insuficientes	3	6	5
Inadecuado espacio físico para la atención	3	5	3
No denuncia de la violencia	4	5	1
Normativas para el trabajo	4	4	1
Carencia de materiales educativos	0	3	4
Saturación de trabajo	4	2	1
Pérdidas en el seguimiento	0	3	2
No anticoncepción de emergencia	1	2	0
Mejorar la legalidad	0	1	0

Fuente: cuestionario semiestructurado

*Salud mental: Incluye psicólogas, psiquiatra y trabajador social.

Nótese que algunos aspectos como la capacitación y recursos materiales fueron considerados con facilitador y barrera a partir de la variabilidad en los diferentes actores y el establecimiento de salud donde ejercen su función. Por ejemplo, las enfermeras/o consideraron que puede ser una barrera y compartieron estas opiniones como se ilustra a continuación:

“Y es que en realidad no podemos ir a las capacitaciones porque no hay quien se quede fungiendo en nuestros cargos, entonces no tenemos los lineamientos por eso, porque en enfermería somos muy pocas y no podemos estar con las estrategias.” (Entrevista 0027)

Por otro lado, las dificultades para la identificación y denuncia de actos de violencia contra mujeres atendidas en el Área Metropolitana no están lejos de la propia violencia percibida por los actores de salud o las propias mujeres que han sido víctimas de actos violentos.

“Sí, no se tienen, porque acuérdesese que uno a veces no se va a memorizar todo, algunas cosas, pero hay otras cosas que las tiene que ir a ver, por ejemplo unos diagnósticos como van clasificados por CIE10, y ahí vienen en el manual, como se deben cabal escribir en el registro, la misma violencia de la comunidad, esa es una barrera bastante grande, porque si la persona ha sido víctima de violencia, y por denunciar llegue a una violencia peor, hasta perder su vida, no tiene sentido, por eso cuando hay más que todo maltrato físico, este, o hay amenazas de muerte no consultan.” (Entrevista 0030)

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El comportamiento de la serie temporal requiere de hipótesis que puedan explicar su comportamiento, que no están al alcance del presente estudio. Estas variables intervinientes o fenómenos pueden explicar la tendencia al descenso que se ubica en una dirección diferente a las expresadas en otras fuentes de información como las del ISDEMU, FGR y ORMUSA (24- 25, 40).

Surgiendo interrogantes para futuras investigaciones: ¿El personal de salud está haciendo un subregistro de la consulta de violencia por diferentes motivos? ¿Las mujeres violentadas no consultan al sistema de salud, sino a otros sistemas como justicia, ONG, PNC, ISDEMU, entre otros?, ¿Qué los eventos de violencia estén terminando en muerte “Feminicidio” ?, ¿Las mujeres violentadas no tienen confianza de acudir al sistema de salud por represalias de parte de los agresores?, ¿No existen las condiciones para brindar la atención?, ¿Las mujeres desconozcan el servicio brindado por los establecimientos de atención?

La población femenina violentada se ha presentado en todas las edades del ciclo de la vida en el área metropolitana de San Salvador. Llama la atención que el grupo de 50 a más fue mayor que el de 40 a 49 años, sugiriendo un aumento de la violencia en las mujeres de dicho grupo. Sin embargo, la violencia se presenta mayormente es en la etapa reproductiva de las mujeres, como lo destacan diferentes informes, tanto Unicef (18), La OMS (20- 21), la encuesta nacional de violencia de El Salvador (23) y estudio de García C. en Meta, Colombia (32). La violencia contra las mujeres a medida los grupos de edad aumenta, se manifiesta en vivencia de más de un tipo de violencia.

Las mayores tasas de violencia se encuentran en los municipios de Rosario de Mora, Panchimalco, San Salvador y Guazapa, que poseen una ubicación geográfica variada, estos datos contrastan con los reportados en el mapa de hechos de violencia contra las mujeres 2017 donde coincide con el mayor número de casos en el municipio de San Salvador para los diversos tipos de violencia (41).

Al ser la adolescente la más afectada por violencia sexual se coincide con lo reportado en informe sobre hechos de violencia El Salvador 2016-2017(23), al igual se coincide en que las mujeres del área urbana son las que más fueron violentadas como lo expresado encuesta nacional violencia 2018 y el informe sobre el estado y situación de violencia contra las mujeres 2018 (23,25). Sin embargo, el hecho de buscar ayuda entre la mujer urbana y la rural puede estar influenciado por varios factores: como la cercanía de servicios de atención a mujeres víctimas de violencia, el nivel educativo de estas y la misma cultura de no denuncia por varios motivos, lo cual deberá ser indagado en un estudio específico contextualizando ambos escenarios.

En cuanto a la consulta y registro de casos se dieron en todos los servicios establecidos en la Red integral e integrada de salud (RIIS). La principal puerta de identificación de casos la consulta externa y de los establecimientos las UCSF Intermedias fueron las más accesibles a la población. Llama la atención, la entrada al sistema a través de la consulta extramural, la cual es importante ya que se dio fuera de las paredes de las clínicas a través de los acercamientos de los establecimientos a las comunidades, reflejando el acceso al servicio de salud como lo mandata la normativa y el lineamiento vigente (13,28), así como las recomendaciones de la OMS (6). El hecho que las mujeres estén siendo identificadas en hospitales y en centro de emergencias, sugiere una apertura de la atención más especializada de la violencia como se declara en el informe labores 2017-2018 (17), pero también sugiere un nivel de violencia o agresión mayor que solamente puede ser atendido en un nivel diferente a la atención primaria.

De los diagnósticos reportados en la base de datos del SIMMOW existen códigos CIE10 que forman parte del Lineamiento de atención a todas las formas de violencia y otros que se reportan en la atención de la violencia que no han sido incluidos en este (13). Lo anterior refleja que el lineamiento de atención debe de actualizarse y contextualizarse de acuerdo a los datos nacionales; también refleja el problema de salud por la cual se da la búsqueda de atención por parte de las mujeres en los diferentes territorios, siendo los principales problemas los

relacionados a la salud mental, seguido de traumatismos y otros efectos y los no especificados de causa externa donde se codifica el abuso sexual, físico y psicológico. Por tanto, los problemas de salud encontrados en esta población femenina coinciden con datos de la OMS (21) y con el informe de la situación de mujeres 2015 al destacar que los trastornos depresivos unipolares y trastornos de ansiedad son mayores para las mujeres (22). Por tanto, la violencia se está expresando en las mujeres como lo manifiesta López Mondéjar en “patologías de la acción” ya que son estas quienes manifiestan depresiones, trastornos alimenticios y somatizaciones como expresión de su construcción emocional (29). Por tanto, dicha situación posiblemente demandó recursos mayores para la atención integral dentro de la RIIS, no solo en el tipo de personal que atiende, sino en la forma de abordaje que se debe de dar en estas situaciones, que generalmente suelen pasar desapercibidas si no se tiene la sensibilización, la actitud y la experiencia en dichos casos (42- 43)

Más de la mitad de los profesionales ha recibido capacitación en lineamientos y en normativas, considerando que responden al actual contexto donde laboran; lo anterior contrasta con lo investigado en Nicaragua donde las capacitaciones en normativas nacionales solamente lo habían recibido un 36% del personal de salud y el 85 % la considero adecuada (31). Sin embargo, la existencia de personal de salud no capacitado y que no consulta los documentos institucionales normados da cabida a la posibilidad de no aplicar adecuadamente una ruta de atención abriendo brechas en la misma para intervenir a víctimas de violencia (43). Situación coincidente con varios estudios es el hecho que la mayoría del personal que atiende víctimas de violencia es femenina (31, 35, 42- 44).

La antigüedad del personal de salud refleja la decisión de asignación de recurso a la implementación de la atención a todas las formas de violencia, concentrándose el recurso en personal médico y de enfermería, encontrando muy poco recurso de salud mental y comunitario en la RIIS del estudio, situación similar al estudio de Rojas Loría et.al donde el recurso médico y de enfermería es mayor tanto en Europa como en Costa Rica (42).

Es de destacar que el personal de salud identifica bien los pasos que tiene que ver con la atención directa de la víctima dentro del consultorio, sin embargo, existen brechas de conocimiento de la atención, como: la confusión entre la subdivisión y la clasificación de la violencia, visualizando con mayor énfasis los tipos de violencia más frecuentes (Violencia sexual, psicológica y física) en el ciclo de la vida de las mujeres, dejando fuera otros tipos de violencia, que si bien son descritos en los lineamientos de atención, no son recordados por el personal entrevistado, a esto se suma el hecho que más de un tercio del personal de salud no está capacitado en los diferentes procesos educativos brindados por el Minsal u otras organizaciones locales que sensibilizan en tema de violencia de género, situación similar a lo encontrado en estudio sobre la atención primaria en España (43). Importante también es el bajo reconocimiento de las barreras culturales y religiosas personales que pudieran afectar la atención hacia las víctimas de violencia, ya que estos influyen en el reconocimiento de las situaciones de violencia que puedan estar viviendo las mujeres (29, 31).

Al tener pasos que no se visualizan por completo da cabida a ruptura o brecha en la ruta de atención no solo dentro de la misma atención en salud, sino a la ruta de atención de restitución de justicia para la víctima, como se evidencio en el estudio de Contreras J.M et al (36). Al individualizar a los profesionales, se tiene que el personal de salud mental reconoció todos los aspectos a tomar en cuenta para el abordaje de personas violentadas, seguido del personal de enfermería. El personal médico reconoce más los aspectos de ética, restablecimiento de la salud e identificación de la persona violentada. El personal comunitario destaco la identificación de la persona violentada y su atención en espacio físico adecuado.

No todo el personal percibe los diversos instrumentos como evidencia en caso de la atención de víctimas de violencia, incluyendo el instrumento de ISDEMU, que algunos lo utilizaban y otros no, dando lugar a poca claridad en el manejo de los documentos que deben de contener en los expedientes, coincidiendo con el estudio de Moreno S.P. et al (44) quien describe una situación similar en Bogotá.

No todo el personal de salud identificó todas las señales de alerta para violencia de pareja y violencia psicológica, en especial el personal médico y enfermería que son quienes atendieron de primera línea en la consulta. Así, desde el lineamiento la sospecha de violencia psicológica se puede dar: por pareja celosa y posesiva, separación de la pareja y amenazas de este hacia ella (13); sin embargo, el personal de salud mezcla las posibles situaciones con alteraciones emocionales extremas: como ser una mujer muy activa y sociable y la labilidad emocional.

En el actual contexto de actuación de la RIIS se están interviniendo todas las poblaciones a través de nuevas directrices (Plan El Salvador Seguro y planes intersectoriales de prevención de la violencia), por tanto, se sale de la normativa vigente en el contexto actual ya que esta solo contempla la intervención a mujeres y hombres adultos (28). A pesar de ello, menos del tercio del personal de salud, reconoció dichas acciones normadas. Con respecto al componente educativo que debe de realizar la RIIS solo dos tercios de profesionales reconocieron que se dan a todas las poblaciones. Por tanto, hace falta mayor involucramiento de los profesionales para conocer no solo lo normado, sino las nuevas disposiciones territoriales de actuación, que aporte en su capacidad de relacionarse con otros actores para hacer más integral la atención.

Con la identificación de los tipos de violencia, en un primer momento el personal considera según lineamiento que la violencia puede ser individual o combinada, A excepción del personal médico que tuvo dificultad en identificarlo. Lo anterior se reflejó en la percepción de los casos de violencia que recibe en la consulta ya que el orden de frecuencia en los tipos de violencia cambia, siendo la violencia física y psicológica, las que mayormente mencionaron. Esta percepción no está muy lejos de la realidad ya que la cantidad de atenciones de violencia psicológica y más de una fueron las que se atendieron en el área metropolitana de salud, esto último es similar a lo planteado en el informe de ISDEMU 2018 (25). El dato de la percepción de tipos de violencia en las mujeres adultas manifestados por el personal de salud coincide con lo encontrado por De Ferrante F.G. et al en Brasil (34).

Existe personal de salud con inadecuado conocimiento en el momento de la aplicación de la profilaxis para Infecciones de transmisión sexual (ITS), Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y embarazo, así como del manejo de la evidencia forense, difiriendo con el estudio de García C. et.al. donde el personal omite la detección y el tratamiento de las ITS y la prevención del VIH y embarazo (32). Sin embargo, existen establecimientos de salud que no cuentan con los insumos para la prevención de estas, reflejando un posible desabastecimiento dentro del sistema de salud y al mismo tiempo una ruptura en la cobertura de prevención de ITS y embarazos en mujeres abusadas sexualmente a nivel de las UCSF. El hecho de no contar con ellos también hace que el personal de salud no se perciba obligado a manejar su aplicación adecuadamente.

El personal de salud obligado a dar el aviso, desde la normativa y el lineamiento, es el medico de mayor jerarquía. Y así es reconocido por los profesionales de salud, sin embargo, en la práctica en algunos lugares lo realizó el recurso que atendió a la víctima (enfermera o médico consultante) (13, 28).

La mayoría de personal de salud se apoya para el traslado de víctimas de violencia por la Policía nacional civil (PNC), como lo dice la normativa en el Art.27 (28), sin embargo, hay situaciones que por violencia social no se hacen acompañar de esta entidad, yendo solo el personal de salud acompañando a la víctima o algunos solicitan apoyo a otras entidades locales. Situación similar ocurre con el aviso de la violencia a instituciones como PNC y la FGR ya que también se ve afectado por la violencia social, dándose dos situaciones que la bloquean o dificultan: la primera es por la seguridad de la víctima, situación que contrasta con lo expresado por Contreras J.M. et al. al mencionar que uno de los motivos por lo cual niñas y mujeres no quieren denunciar es el miedo a sufrir represalias por quienes las violentan (36). La segunda es el miedo por parte del personal de salud debido a la vulnerabilidad o exposición en la comunidad donde brindan su trabajo, situación similar a lo descrito por Guevara Díaz et.al. donde el personal reconocía su miedo debido a la situación de violencia (35). Con lo

anterior, es posible que más de la mitad de los avisos no se den desde el sistema de salud, ya sea por proteger a la persona violentada como por la propia protección del recurso humano que labora en los establecimientos de salud con alto índice de violencia social, produciéndose una ruptura en la ruta y en el acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia.

En cuanto al espacio de atención más de la mitad de los profesionales coincidieron en que no es adecuado, se visualizó en las entrevistas que los espacios de atención en la mayoría de establecimientos no brindan las condiciones para atender víctimas de violencia, situación común en varios estudios (34- 36). Existe otra brecha de atención en salud integral al no contar con el acceso al componente de salud mental y grupos de auto ayuda para el proceso de soporte emocional al no cubrir al cien por ciento de las pacientes, lo anterior contrasta con el informe de la OPS, donde se menciona que solo el 49% de los países indicaron brindar servicio de salud mental, siendo este servicio de disponibilidad limitada (37). Por tanto, existe una fisura en la integralidad de la atención del soporte emocional, el cual se ve vulnerado por la falta de cobertura dentro del sistema de salud.

El orden lógico de la atención tomando en cuenta los lineamientos, es limitado, desde las consideraciones y pasos para la atención a víctimas de violencia, hasta la forma de describir la ruta de atención donde se saltan puntos importantes para una atención integral a las víctimas (13). Así, la ruta de atención para atender víctimas de violencia en la práctica del personal de salud visualiza en mayor medida la referencia y el manejo de urgencia; la orientación legal, el proceso de recepción y el retorno e interconsulta, fueron visibilizados por un tercio del personal de salud. Lo cual sugiere que se mantiene un manejo de las pacientes con la lógica curativa para restablecer la salud, situación similar fue descrita por García C. en Colombia manifestando que el sistema de salud en su accionar se limita al daño físico (32), persistiendo aun una visión medicalizada de la atención.

El que se brinde al personal de salud la capacitación, el espacio adecuado, el tiempo para la atención de las víctimas de violencia, los materiales a utilizar no

solo en la consulta sino también para la orientación son muy importante, debido a que crean un ambiente propicio de trabajo reflejado en la disposición de los recursos y en su actitud hacia la problemática de violencia sufrida por las pacientes que consultan, como se ilustra en los fragmentos de las entrevistas. Estos facilitadores se pueden visualizar en dos de las cuatro estrategias que propone la OMS en el plan de acción mundial: la capacidad de la respuesta de los trabajadores de salud y la prevención de la violencia contra niñas y mujeres (45)

En cuanto a las barreras expresadas por el personal de salud: la falta de recursos multidisciplinario capacitado en las directrices de atención, en leyes y sensibilización de género para la aplicación del lineamiento; además otros factores institucionales como el espacio de atención inadecuada, la falta de recursos materiales y educativos, la saturación del trabajo y el poco tiempo para la atención, coincide con lo expresado en estudio cubano y español donde el poco conocimiento del tema, la poca privacidad y el tiempo de consulta fueron barreras institucionales para el personal (35, 42). En cuanto a barreras personales para la implementación de los lineamientos vigentes, está la no denuncia de la violencia que tiene que ver con la situación de violencia social al ser amenazados o vulnerados en sus entornos laborales, situación similar a lo manifestado por personal de salud en Cuba (35) y Nicaragua (31). Por tanto, la formación del recurso de salud con una visión aun medicalizada con poca capacidad para analizar la violencia desde un enfoque de género en la consulta y en su entorno, el miedo a ser víctimas de violencia, hacen posible que las brechas en la identificación de los casos aun persistan, teniendo como consecuencia subregistro en la atención. Situación que se deberá ahondar en futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Las mujeres del área metropolitana de salud se ven afectadas por la violencia en las diferentes etapas de su vida con énfasis en la etapa reproductiva entre los 10 y los 49 años, cuyos principales tipos de violencia ingresados al sistema fueron: violencia psicológica y más de una; mientras los diagnósticos más importantes fueron los trastornos mentales y los traumatismos.
2. Si bien pareciera que los casos de violencia tienden a la disminución, esto pudiera estar influenciado por pérdidas de datos debido a varios factores: a problemas de notificación, disminución de recursos en épocas festivas, no reporte por miedo de la paciente o por miedo del personal, la no identificación de los casos de violencia por patrones culturales. Situaciones que deben ser abordadas en otro estudio.
3. Aun a pesar de los esfuerzos del Minsal por capacitar al recurso de salud, aún existen vacíos de conocimientos en los prestadores de salud, no solamente en la normativa y lineamiento de atención a todas las formas de violencia, sino también en formación en género y leyes nacionales. Repercutiendo en la identificación, clasificación de la violencia y seguimiento de la persona violentada.
4. Son múltiples las barreras y facilitadores para la implementación de los lineamientos de atención a la violencia en mujeres salvadoreñas. Entre los facilitadores destacan la existencia, por un lado, de una normativa que pueda ser implantada por el personal capacitado; sin embargo, la percepción sobre la violencia de la propia víctima y del personal de salud y la no denuncia actúan como barreras importantes para su cumplimiento.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Comunicar los resultados obtenidos en esta investigación a la Dirección Instituto Nacional de Salud, de El Salvador y otras instituciones que participaron en el estudio con la finalidad de profundizar en futuras investigaciones sobre esta temática.
- Trazar estrategias de formación de recursos humanos para perfeccionar y continuar la promoción de los lineamientos y normativas del Ministerio de Salud para el enfrentamiento a todas las formas de violencia contra la mujer.
- Realizar nuevas investigaciones que permitan valorar el impacto en las atenciones por violencia en la mujer a partir de la implementación de los lineamientos y normativas de su manejo, con el objetivo de incrementar la promoción y prevención con actividades mucho más específicas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe anual del Presidente del Comité Ejecutivo [Internet]. Washintong D.C.: OPS; 20 agosto1993 p. 28. Report No.: CD37/5 (Es). Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7020/15693.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la violencia y la salud 2003 [Internet]. 1.^a ed. Washintong D.C.: Organización Mundial de la Salud; 2003. 355 p. Disponible en: <https://bit.ly/2xuRxPk>
3. Organización Mundial de la Salud. 49a Asamblea Mundial de la Salud WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública [Internet]. Washintong,D.C: OMS; 25 mayo2016. (WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública). Report No.: Man. res., Vol. III (3a ed.), 1.11. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
4. Organización Mundial de Salud. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. EUA; 23 mayo2016 p. 2. Report No.: WHA69.5. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/251270>
5. Organización Mundial de la Salud, London School of hygiene and Tropical medicine, Sout African Medical Research Council. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2013. Disponible en: <https://bit.ly/2HaRYOy>
6. Organización Mundial de Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. Violencia contra la mujer. 29noviembre2017. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

7. Ministerio de salud El Salvador. Informe de labores 2016-2017 [Internet]. El Salvador: MINSAL; 2017 jul p. 86. (La salud es un derecho. Estamos para garantizarlo). Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/download/informe-de-labores-2016-2017/>
8. Organización Mundial de Salud. Género [Internet]. Temas de salud. 2018. Disponible en: OMS <http://www.who.int/topics/gender/es/>
9. Enciclopedia de conceptos. Concepto de violencia de género [Internet]. Concepto.de. 2018. Disponible en: <http://concepto.de/violencia-de-genero/>
10. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer. Normativa Nacional para la Igualdad de Género [Internet]. p. 160. Disponible en: http://www.isdemu.gob.sv/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=17%3Alegislacion&Itemid=234&lang=es
11. Ministerio de salud El Salvador. Informe de labores 2014-2015 [Internet]. El Salvador: Ministerio de Salud; 2015 may p. 81. (Salud y Equidad. Hasta el último rincón de El Salvador). Disponible en: <https://bit.ly/2spDDJI>
12. Ministerio de salud El Salvador. Informe de labores 2015-2016 [Internet]. El Salvador: Ministerio de Salud; 2016 may p. 160. (La salud es un derecho y un MINSAL fuerte su mejor garantía). Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/download/informe-de-labores-2015-2016/>
13. Ministerio de salud El Salvador. Lineamientos Técnicos de Atención Integral a todas las Formas de Violencia [Internet]. 2012. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_todas_formas_violencia.pdf
14. Ministerio de Educación (MINED). Historia de El Salvador Tomo I. Segunda edición Ministerio de educación de El Salvador 2009. [Internet] Disponible en: https://www.mined.gob.sv/descarga/cipotes/historia_ESA_Tomol_0_.pdf

15. Ministerio de Educación (MINED). Historia de El Salvador Tomo II. Segunda edición Ministerio de educación de El Salvador 2009. [Internet] Disponible en: https://www.mined.gob.sv/descarga/cipotes/historia_ESA_Tomoll_0_.pdf
16. Ministerio de economía. Dirección general de estadísticas y censos DIGESTYC. Encuesta de hogares de propósitos múltiples 2017. Características demográficas. Mayo 2018 [Internet] Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html>
17. Ministerio de salud El Salvador. Informe de labores 2017-2018 [Internet] El Salvador: Ministerio de Salud; 2018 mayo p. 199 (Salud universal: compromiso de país) Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/download/informe-de-labores-2017-2018/>
18. Unicef. División de Datos, Investigación y Políticas. Una situación habitual. Violencia en las vidas de los niños y los adolescentes. Datos fundamentales. Noviembre de 2017.pág 3-5. [Internet] Disponible: <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face/>
19. ONU Mujeres. Hacer las promesas realidad. La igualdad de género en la agenda 2030 para el desarrollo sostenible. [Internet] Disponible en: <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2018/sdg-report-gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018-es.pdf?la=es&vs=834> ISBN: 978-1-63214-111-8
20. Organización mundial de la salud (OMS). Maltrato de las personas mayores. [Internet] 8 junio 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

21. Organización mundial de la salud (OMS). Salud de la mujer. [Internet] 25 septiembre 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

22. United Nations, 2015. The World's Women 2015: Trends and Statistics. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division. Sales No. E.15.XVII.8. [Internet] Disponible: https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015_report.pdf
DOI: 10.18356/9789210573719

23. Ministerio de economía. Gerencia de estadistas de género. Dirección general de estadísticas y censos (DIGESTIC). Encuesta nacional de violencia contra la mujer. Resumen ejecutivo. El Salvador 2017. Págs. 24-31 [Internet] disponible en: https://www.infosegura.org/wp-content/uploads/2018/08/ENVCM_Web-baja-Res.pdf

24. Fiscalía general de la república FGR. Memoria de labores 2017-2018. Capítulo 4. Estadísticas institucionales. Resultados en la defensa de los intereses de la sociedad. pág. 168-169. [Internet] Disponible en: <http://www.fiscalia.gob.sv/memoria-de-labores-2017-2018/>

25. Instituto salvadoreño para el desarrollo de la mujer (ISDEMU). Informe sobre el estado y situación de la violencia contra las mujeres en El Salvador 2018. pág. 46-50 [Internet] disponible en: http://www.isdemu.gob.sv/images/phocadownload/Documentos2018/RVLV_2018/Informe_estado_y_situación_VCM_2018.pdf

26. Organización mundial de salud OMS. Temas de salud. Violencia. [Internet] Disponible en <https://www.who.int/topics/violence/es/>

27. Organización Mundial de la salud OMS. Violencia contra la mujer. Noviembre 2017 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
28. Diario oficial. Tomo N° 393. Acuerdo ministerial 1147. Ministerio de salud. Normativa de atención integral e integrada a todas las formas de violencia, octubre 2011. [Internet] disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/norma_atencion_formas_violencia.pdf
29. López Mondéjar L. Una patología del vínculo amoroso: el maltrato a la mujer. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, 2001, vol. n° 77, pp. 7-26 [Internet] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsi/n77/n77a02.pdf>
30. Sojo D., Sierra B., López I., Salud y género: Guía práctica para profesionales de la cooperación. Capítulo I. Salud, sexo y género: cómo influyen las diferencias de sexo y género en la salud. pág. 28-34. Primera edición. abril 2002. editorial Paso de zebra. ISBN:84-932175-8-1
31. Rodríguez R., Márquez M., Kagueyama M. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. Salud Publica Mex 2005; 47:134-144. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000200007&lng=es
32. García C, Méndez A. Violencia de género en el departamento del Meta 2015. Hacia promoci. salud. 2017; 22(2): 26-37. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n2/0121-7577-hpsal-22-02-00026.pdf>
33. De Souza Vieira L. J., Carneiro Ferreira R., Remigio Moreira G.A., Soares Gondim A.P., Leite Araujo M.A. y Da Silva R.M. Factores asociados a la

sobreposición de tipos de violencia contra la mujer notificada en servicios centinela. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 Ago [citado 2019 Mar 08]; 21(4): 920-927. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000400920&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000400013>.

34. De Ferrante F.G., Santos M.A., Vieira E.M. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.31, p.287-299, out./dez. 2009.
35. Guevara Díaz E.L, Ferrer Lozano D.M, Prada Mier A., Fernández Castillo E. Preparación de los Equipos Básicos de Salud para enfrentar la violencia de género. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet]. 2016 [citado 2019 Feb 15];32(3) Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1667>
36. Contreras J. M., Bott, S., Guedes, A., Dartnall, E. Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual. (2010) [Internet] Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/documentos/violencia-sexual-latinoamerica-caribe-analisis-datos-secundarios>
37. Organización Panamericana de la salud (OPS). Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Washington, DC: OPS, 2016. Parte III. Resultados. pág.42. ISBN 978-92-75-31892-8
38. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Cuarta edición McGraw Hill Interamericana, 2014.

39. Censo de población y vivienda 2007. población por área y sexo [Internet] Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/poblacion-y-estadisticas-demograficas/censo-de-poblacion-y-vivienda/poblacion-censos.html>
40. Organización de Mujeres Salvadoreñas (ORMUSA). Observatorio de violencia de género contra las mujeres. Informe junio 2017-mayo 2018 [Internet] Disponible en: <http://observatoriodeviolencia.ormusa.org/articulos.php>
41. Ministerio de justicia y seguridad pública, DIGESTIC, apoyo grupo parlamentario de mujeres. Mapas de hechos de violencia contra las mujeres 2017 [Internet] Disponible en: http://sv.undp.org/content/el_salvador/es/home/library/womens_empowerment/mapas-de-hechos-de-violencia-contra-las-mujeres-el-salvador-2017.html
42. Rojas Loría K., Gutiérrez Rosado T., Alvarado R., Fernández Sánchez A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de atención primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica 2014. Elsevier España. Atención primaria [Internet] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.008>
43. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualad. Fundación Casanova. Delegación del gobierno para la violencia de género. La atención primaria frente a la violencia de género. Necesidades y propuestas. 2015 [Internet] Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primary_VG.pdf
44. Moreno S.P., Barreto M.R., Sanabria S.A., González L.A., Pinzón A. Evaluación de la atención a víctimas de violencia sexual: Experiencia en tres

hospitales de Bogotá. Rev. Fac. Nac. Salud pública 2013; 31(2): 195-201.
[Internet] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n2/v31n2a05.pdf>

45. Organización mundial de la salud (OMS). Plan de acción mundial: los sistemas de salud enfrentan la violencia contra las mujeres y las niñas. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/gpa-booklet/es/>

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1 Entrevista semi-estructurada

Entrevista semiestructurada profesionales de salud Unidades Comunitaria de salud familiar

Código de entrevista: _____

Investigación: “Violencia en población femenina a partir de la promoción de los lineamientos y normativas del Ministerio de Salud. Área Metropolitana.2013-2018”.

Introducción: La presente investigación surge de la necesidad de conocer la caracterización la de la violencia hacia las mujeres posterior a la promoción de dicho instrumento, así como las barreras y facilitadores para su implementación. Su selección se debe a que es parte de los actores locales que trabaja con víctimas de violencia. Los datos proporcionados son de carácter confidencial, utilizados exclusivamente para la presente investigación y resguardados por el personal del Instituto Nacional de Salud.

Objetivo: Identificar conocimiento y explorar barreras y facilitadores sobre lineamiento y normativa a todas las formas de violencia a partir de su experiencia vivencial en su práctica clínica.

Parte I generalidades

Fecha de entrevista: _____ Hora: Inicio _____ final _____

- 1- Lugar de trabajo de persona entrevistada UCSF B (1) UCSFE (2) UCSFI (3)
- 2- Profesional entrevistado: Medico (1) Enfermera (2) Psicólogo (3) Psiquiatra (4)
Educador en salud (5) Trabajador social (6) Promotor de salud (7)
- 3- Sexo: Masculino (1) Femenino (2)
- 4- Edad: 18-30 años (1) 30-50 años (2) 50 años a más (3)
- 5- Tiempo de llevar el programa de violencia:
Menos de un año (1) Uno a dos años (2) Dos a tres años (3) Tres años a más (4)
- 6- Capacitaciones recibidas:

Lineamiento de atención a todas las formas de violencia (1)
Normativa de atención a todas las formas de violencia (2)
Género (3)
LEPINA (4)
LEIV (5)

Parte II Conocimiento

- 1- ¿Cómo se ha subdividido la atención de los servicios de salud para las personas afectadas por violencia?

Atención a violencia intrafamiliar y violencia comunitaria (1)

Atención de abuso sexual en NNA (2)

Maltrato físico (3)

Solo la 1 es correcta (4)

2 y 3 son correcta (5)

- 2- Aspectos a considerar por el personal de salud para desarrollar los procesos de atención a personas violentadas (cheque):

Finalidad de restablecer la salud (___)

Las formas de violencia pueden ser individuales o combinadas. (___)

Diagnóstico de acuerdo al CIE10 y anotada en registro diario de consulta (___)

Identificar a persona violentada (___)

Aplicar principios éticos: confidencialidad, seguridad personal, evitar re-victimización (___)

Orientación sobre procesos legales (___)

Área adecuada para la entrevista (___)

Abordaje emocional debe darse por recurso capacitado brindar intervención en crisis con sesiones correspondientes (___)

- 3- Pasos comunes para la atención de violencia intrafamiliar y comunitaria (cheque)

Consulta médica (___)

Entrevista (___)

Soporte emocional detectando nivel de riesgo e intervención en crisis (___)

Orientación sobre servicios legales y sociales (___)

Referencia, retorno e interconsulta (___)

Referir a instancias de protección legal según el caso (___)

Riesgo suicida, debe referirse a hospitalización (___)

Riesgo en la integridad personal o social referirla a ISDEMU (___)

Evitar para la atención a personas afectadas todo tipo de barreras culturales, religiosos (___)

Promover integración a grupos de apoyo y autoayuda (___)

- 4-Cuál es la clasificación que se da para la atención de niñas, niños y adolescentes (cheque)

Maltrato físico (___)

Maltrato emocional Violencia sexual. Situación de negligencia y abandono (___)

Situación de trabajo infantil (___)

Situación o dependencia de calle (___)

Situación de explotación sexual comercial (___)

- 5- Cuáles tipos de violencia son más comunes en su establecimiento de salud
- Físico (1) Emocional (2) Abandono (3) Abuso sexual (4)
- Trabajo infantil (5) Situación de calle (6) Explotación comercial (7)
- 6- Según normativa a través de qué instrumentos se evidencia la atención a víctimas de violencia
- Expediente (1) Historia clínica (2) Ficha familiar (3)
- Hoja de registro de morbilidad y atenciones preventivas (4)
- Hojas de registro específico (5)
- 7- Las intervenciones de la RIISS preventivas y diferenciadas según normativa se debe dar en:
- Adultos mujeres y hombres violentados (1) Niños y niñas violentados (2)
- Adultos mujeres y hombres agresores (3) Solo la respuesta dos es correcta (4)
- 1 y 3 son correctas (5)
- 8- Según lineamiento ¿Cuáles son los tipos de violencia que sufren las mujeres adultas?
- Física (1) Psicológica (2) Sexual (3) Todas las anteriores (4)
- 9- Del tipo de violencia que mencionaré ¿Cuál es el más frecuente en su establecimiento?
- Física (1) Psicológica (2) Sexual (3) O más de una (4)
- 10- Ante sospecha de violencia, el aviso a otras instituciones (PNC, FGR, CONNA o ISNA) ¿Quién de los profesionales a mencionar lo realiza?
- Medico consultante (1) Medico de mayor jerarquía (2) Enfermería (3)
- Promotor de salud (4) Psicólogo (5) Ninguno (6)
- 11- En cuál de las poblaciones a mencionar la RIISS debe desarrollar procesos educativos acerca de la violencia en todas sus formas:
- Adolescentes (1)
- Niños y niñas (2)
- Mujeres jóvenes (3)
- Hombres (4)
- En todas las poblaciones en el ciclo de vida (5)
- 12- Se promueve la participación en los grupos de autoayuda para las víctimas de violencia
- Si (1) No (2)

13- Las evidencias forenses en toda ocasión son prioritarias y siempre deben recolectarse
Si (1) No (2)

14- La profilaxis de ITS; VIH y Embarazo en qué momento se brinda

- Nunca (1)
- Antes de 24 horas (2)
- Antes de 72 horas (3)
- Después de 72 horas (4)

15- Se tiene tratamiento para ITS y Prevención de embarazo en su establecimiento

- Si (1)
- No (2)
- Algunas veces (3)
- Nunca (4)

16- La coordinación interinstitucional para notificación y apoyo se desarrolla con

- PNC (1)
- FGR (2)
- ISDEMU (3)
- ONG's (4)
- Todas las anteriores (5)

17- Se informa a familiar sobre la obligación de poner denuncia del hecho delictivo a PNC y FGR

- Si (1) No (2)
- Algunas veces (3)
- Nunca (4)

18- Según normativa El traslado de víctimas de violencia se realiza con

- Solo personal de salud (1)
- PNC y personal de salud (2)
- Personal de salud y otra entidad (3)

19- Ante la sospecha de un infante en situación de negligencia o abandono

- Solo se refiere a otro centro de mayor nivel (1)
- Solo se atiende el problema de salud (2)
- Se atiende en el establecimiento de salud, se refiere si es necesario, se da aviso a instancias de protección y seguimiento (3)
- Solo se avisa a instancias de protección (4)

20- Un infante con los siguientes hallazgos: abandono de familiares, falta de atención en salud, depresión, conducta agresiva, se sospecha

- Violencia comunitaria (1)
- Dependencia de calle (2)
- Trabajo infantil (3)
- Explotación sexual comercial (4)

21- Señales de alerta en situaciones de violencia hacia las mujeres

- Pareja que acompaña y responde a todas las preguntas (1)
- Celos irracionales expresados por pareja o reportado por víctima (2)
- Sensación de culpa exagerada (3)
- La primera es correcta (4)
- Todas son correctas (5)

22- Es adecuado el ambiente de la consulta para realizar la atención en violencia

- Si (1) No (2)

23- En el presente contexto las normativas y lineamientos de atención a la violencia, responde a la realidad de la violencia en el ciclo de la vida

- Si (1) No (2)

24- Tiene a disposición los lineamientos y normas para la atención de violencia en todas sus formas para apoyarse en el diagnóstico

- Si (1) No (2)

25- Se dejan de reportar casos por situación de seguridad de la paciente

- Si (1) No (2)

26- La sospecha de violencia psicológica contra la mujer, se da cuando

- La mujer es sociable y activa (1)
- Pareja celosa y posesiva (2)
- Separación de la pareja y amenazas (3)
- Todas (4)
- Solo dos y tres son correctas (5)

27- El psicólogo o psiquiatra atiende a todos los casos referidos

- Si (1) No (2)

28- Poseen grupo de autoayuda para los casos de violencia

Si (1) No (2)

29- Se dificulta el aviso de casos por situaciones de seguridad del personal de salud

Si (1) No (2)

30- Se dificulta el aviso de casos por situaciones de seguridad de la persona violentada

Si (1) No (2)

Parte III Barreras y facilitadores

¿Cuáles son los facilitadores para la implementación de los lineamientos y normativas en violencia?

¿Cuáles son las barreras para la implementación de los lineamientos y normativas en violencia?

Cierre de entrevista: Agradecer a la persona por su tiempo y colaboración a la investigación, recordar la confidencialidad y lo que se hará con los datos.

Firma de la persona entrevistada

Firma de la persona entrevistadora

Anexo 2. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Título de la Investigación: “Violencia en población femenina a partir de la promoción de los lineamientos y normativas del Ministerio de Salud. Área Metropolitana.2013-2018”.

Institución responsable: Instituto Nacional de Salud- Ministerio de Salud de El Salvador.
- Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, Cuba

Investigador principal responsable: Dra. Jessica Mireya Gutiérrez Jandres.

Número de teléfono del Investigador principal: (503) 2234-2059

Correo electrónico del Investigador principal: jmgutierrez@salud.gob.sv

Número de teléfono de la Institución responsable: (503) 2234-2054

Usted cumple los requisitos para participar en una **investigación** de la Maestría en epidemiología del Instituto Nacional de Salud/ Ministerio de Salud y el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, Cuba, por lo que, si usted está de acuerdo en participar, le explicaremos paso a paso en que consiste la intervención y usted podrá preguntar en cualquier momento de la presentación.

Información general de la investigación: Este estudio busca caracterizar la violencia en población femenina a partir de la promoción de los lineamientos y normativas del Ministerio de Salud del Área Metropolitana.2013-2018, con la finalidad de caracterizar la violencia, explorar conocimientos, barreras y facilitadores para la implementación del lineamiento y normativa de atención a todas las formas de violencia para mejorar el acceso a la salud de las mujeres violentadas. Por lo cual se le invita a participar en esta investigación, usted puede solicitar y consultar cualquier información respecto a la investigación al investigador principal o al Instituto Nacional de Salud. Usted puede tomarse el tiempo necesario para decidir si desea participar. **¿Cómo se seleccionan los participantes?** Se seleccionaron los profesionales de salud que han sido capacitados y autorizados para atender casos de violencia por la dirección metropolitana de salud en las UCSF de las diferentes regiones de salud metropolitana **¿Cuánto tiempo dura la participación?** Se tendrán una entrevista que durara de 40 a 60 minutos aproximadamente para desarrollar la temática. **¿Existe algún riesgo y/o beneficio por participar?:** No existe riesgo a la integridad física ni psicológica del participante **¿Me darán compensación alguna?:** No se dará ningún tipo de compensación económica por la participación en el estudio. Sin embargo, si se brindara la presentación de los resultados de la investigación **¿Cómo se protegerá mi privacidad?** Todo el proceso será estrictamente confidencial, ningún nombre de participante será utilizado en informes, tampoco en los resultados, poniéndose un código en vez del nombre resguardando la identidad de la persona participante. El material grabado (audio o video) será de uso exclusivo del investigador **¿Es la participación en el estudio voluntaria?** Sí. Toda persona participa estrictamente de forma voluntaria. Nadie está obligado a responder o dar tampoco su opinión si no quiere. **¿Tiene derecho a retirarse del estudio?** Todo participante tiene el derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento. No

habrá ningún tipo de sanción o represalias. **¿Qué sucede si tiene alguna pregunta?** Un comité que trabaja para proteger sus derechos y su bienestar revisa toda investigación realizada con voluntarios humanos. Si tiene preguntas o inquietudes acerca de sus derechos puede ponerse en contacto, de manera anónima si lo desea, con el comité nacional de ética de investigaciones en salud (CNEIS), del Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) de El Salvador, al teléfono 2561-2520 (entre 2 y 4 pm) o al correo electrónico cneielsavador@gmail.com, o puede consultar, pedir información que necesite con la Dra. Jessica Mireya Gutiérrez al Correo: jmgutierrez@salud.gob.sv Teléfono Conmutador: 2220-3054 del Instituto Nacional de Salud-Ministerio de Salud. Urbanización Lomas de Altamira, Boulevard Altamira y Av. Republica de Ecuador N° 33, San Salvador, El Salvador.

AUTORIZACION DE PARTICIPANTE ADULTO		
Si usted es adulto/a y desea participar en el estudio, favor llenar y firmar este consentimiento informado.		
Confirmando que voluntariamente deseo participar en el estudio "Violencia en población femenina a partir de la promoción de los lineamientos y normativas del Ministerio de Salud. Área Metropolitana. 2013-2018"		
Municipio de _____, departamento de _____ en los meses de _____ a _____, del 2_____.		
_____ Nombre (Llenarlo con puño y letra)	_____ Firma	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> Huella del participante
_____ Nombre (Llenarlo con puño y letra)	_____ Firma	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> Huella del testigo
_____ Fecha día/ mes / año		
<input type="checkbox"/> Sí, he recibido copia de este documento		
_____ Nombre de la persona que obtiene el consentimiento informado	_____ Firma	_____ Fecha día/mes/año

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD - MINISTERIO DE SALUD Urbanización Lomas de Altamira, Boulevard Altamira y Av. Republica de Ecuador N° 33, San Salvador, El Salvador.

Anexo 3. Tasa de violencia población femenina por municipio. Área metropolitana, San salvador 2013-2017.

Municipios	Total población mujeres*	Total atenciones 2013-2017	Tasa de atenciones
Aguilares	11423	111	9.72
Apopa	70114	294	4.19
Ayutuxtepeque	17634	39	2.21
Cuscatancingo	35618	88	2.47
Ciudad Delgado	63903	428	6.70
El Paisnal	7467	52	6.96
Guazapa	11190	125	11.17
Ilopango	56136	439	7.82
Mejicanos	76242	186	2.44
Nejapa	15168	44	2.90
Panchimalco	21303	1603	75.25
Rosario de Mora	5831	467	80.09
San Marcos	33592	294	8.75
San Martín	38708	353	9.12
San Salvador	171873	2081	12.11
Santiago Texacuangos	10077	98	9.73
Santo Tomas	13193	80	6.06
Soyapango	130169	580	4.46
Tonacatepeque	48118	254	5.28
Total	837759	7616	9.09

Fuente: Base de datos Sistema de morbimortalidad en línea SIMMOW.

*Población en base Censo poblacional El Salvador 2007.

Anexo 4. Edad mínima y máxima de mujeres atendidas por tipo de violencia. Área metropolitana de salud, San Salvador años 2013-2017.

Tipo de violencia	Edad mínima	Edad máxima
Violencia psicológica	16	38
Más de un tipo de violencia	19	42
Violencia física	20	39
Violencia sexual	14	21

Fuente: Base de datos Sistema de morbimortalidad en línea SIMMOW.