

ATENCION DE URGENCIAS A LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN UNA INSTITUCIÓN DE
SALUD EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.

INTEGRANTES

MIRIAM KATERINE CONTRERAS AVENDAÑO

YEIMY YADIRA INFANTE CACERES

HECTOR ALFONSO PATIÑO HENAO

ELIANA MARITZA LOZANO LEAL

Grupo de investigación

ESTUDIO DESCRIPTIVO

ESPECIALIZACION AUDITORIA EN SALUD

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA-CES MEDELLIN

2015

TABLA DE CONTENIDO

1. Pregunta de investigación
 2. Planteamiento del problema
 3. Justificación
 4. Marco conceptual
 - 4.1 Definiciones
 - 4.2 Principios
 - 4.3 Estrategias Gubernamentales
 5. Marco legal
 - 5.1 Derechos de la víctima
 6. Marco histórico de violencia contra la mujer
 7. Marco situacional
 8. Objetivo general
 9. Objetivos específicos
 10. Metodología
 - 10.1 Tipo de estudio
 - 10.2 Metodología de recolección de datos
 11. Variable e Indicadores
 12. Plan de auditoria
 13. Lista de chequeo
 14. Materiales y métodos
 15. Resultados
 16. Plan de mejora
 17. Discusión
 18. Conclusiones
 19. Recomendaciones
- BIBLIOGRAFIA

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se realiza el proceso de atención a mujeres víctimas de violencia en la institución de salud de Bucaramanga?

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este trabajo se realiza con el fin de verificar y sensibilizar al personal de la institución de salud de Bucaramanga acerca del abordaje de la atención de las víctimas de violencia sexual definido en el marco del sistema general de seguridad social salud. Teniendo en cuenta que desconocemos si en esta institución se lleva a cabo el manejo de la mujer maltratada, definido en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, donde indican las acciones que el sector salud debe realizar frente a la atención de violencia sexual y si se está atendiendo con la calidad y oportunidad que las víctimas requieren.

3. JUSTIFICACION

Por medio de la Resolución 459 de 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social, adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Se deja explícitamente claro, que su cumplimiento es obligatorio para Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Por lo tanto, este trabajo se realiza con el fin de verificar y sensibilizar al personal de la institución acerca del abordaje de la atención de las víctimas de violencia sexual definido en el marco del sistema general de seguridad social salud. Teniendo en cuenta que desconocemos si en esta institución se lleva a cabo el manejo de la mujer maltratada, definido en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, donde indican las acciones que el sector salud debe realizar frente a la atención de violencia sexual y si se está atendiendo con la calidad y oportunidad que las víctimas requieren. Cabe aclarar que las víctimas acuden a los servicios de salud venciendo muchas barreras personales que el evento de violencia les ocasiona llegando en condiciones de alta vulnerabilidad y siendo esta, tal vez la única oportunidad que tiene para recibir el apoyo que requiere para recuperar la dignidad el dominio de su cuerpo y de sus emociones.

Con la realización de este trabajo se benefician las víctimas ya que no se vulnerarán sus derechos, serán remitidas oportunamente, obteniendo resultados positivos para ellas. También se beneficia la IPS ya que identifica las debilidades y fortalezas que están teniendo en el proceso, con la oportunidad de plantear acciones de mejora en el proceso y evitar sanciones.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 DEFINICIONES

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

“Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"

La violencia contra la mujer se refiere a la violencia física, sexual y psicológica, la violación por el esposo, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atenten contra la mujer, la explotación sexual, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo y en instituciones educacionales y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, donde quiera que ocurra

Autores como Gustavo Olaiz, Aurora Franco y colaboradores han reconocido la violencia contra la mujer como "un problema social que debe ser reconocido por toda la población. Ocuparse de ella es darle la debida importancia a uno de los problemas de salud pública que más se ha mantenido oculto a lo largo de la historia. De aquí la importancia de romper con la idea de que es un problema "privado" y hacer públicas estas situaciones que dañan la salud de millones de personas. La violencia de pareja constituye un delito que afecta y deteriora los aspectos más valiosos del ser humano, y puede llegar a costarle la vida. Desde la perspectiva de salud pública, la violencia de pareja es un problema que ocasiona daño psicológico además del daño físico, así como discapacidad, secuelas y disminución de la calidad de vida"

La violencia contra las mujeres por su condición de ser mujeres constituye no sólo una violación sistemática de sus derechos humanos, sino también uno de los obstáculos para el logro de la igualdad entre varones y mujeres y para el pleno ejercicio de la ciudadanía. Es una expresión de la valoración social de las mujeres como carentes de libertad y autonomía para decidir sobre sus proyectos de vida y es inaceptable, ya sea cometida por parientes o por extraños, por actores armados, por el Estado o sus agentes.

DAÑO CONTRA LA MUJER SEGÚN LEY 1257

a. *Daño psicológico*: Consecuencia proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

b. Daño o sufrimiento físico: Riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona.

c. *Daño o sufrimiento sexual*: Consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

4.2 PRINCIPIOS

Principios para el empoderamiento de las mujeres

Si queremos crear unas economías más fuertes, lograr los objetivos de desarrollo y sostenibilidad convenidos internacionalmente y mejorar la calidad de vida de las mujeres, las familias y las comunidades, es fundamental empoderar a las mujeres para que participen plenamente en la vida económica, en todos sus sectores.

El sector privado es un socio clave en los esfuerzos de promoción de la igualdad de género y del empoderamiento de la mujer. Las investigaciones recientes demuestran que la diversidad de género ayuda a las empresas a mejorar sus resultados, y señalan que el interés personal y el interés común pueden ir de la mano. Sin embargo, para garantizar la inclusión del talento, las aptitudes y la energía de las mujeres —desde las oficinas ejecutivas hasta las fábricas y la cadena de suministro— es necesario adoptar medidas y políticas específicamente dirigidas al logro de ese objetivo.

Los Principios para el empoderamiento de las mujeres ofrecen a las empresas y al sector privado orientaciones prácticas sobre cómo empoderar a las mujeres en el lugar de trabajo, los mercados y la comunidad. Estos principios, elaborados a través de una asociación entre ONU Mujeres y el Pacto Mundial de las Naciones Unidas,

están diseñados para ayudar a las empresas a la hora de examinar las políticas y prácticas que aplican —o a crear otras nuevas— en el ámbito del empoderamiento de las mujeres.

De forma resumida, estos principios consisten en lo siguiente:

1. Promover la igualdad de género desde la dirección al más alto nivel.
2. Tratar a todos los hombres y mujeres de forma equitativa en el trabajo; respetar y defender los derechos humanos y la no discriminación.
3. Velar por la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores y trabajadoras.
4. Promover la educación, la formación y el desarrollo profesional de las mujeres.
5. Llevar a cabo prácticas de desarrollo empresarial, cadena de suministro y mercadotecnia a favor del empoderamiento de las mujeres.
6. Promover la igualdad mediante iniciativas comunitarias y cabildeo.
7. Evaluar y difundir los progresos realizados a favor de la igualdad de género.

INTEGRALIDAD

La atención a las mujeres víctimas de violencia comprenderá información, prevención, orientación, protección, sanción, reparación y estabilización.

AUTONOMIA

El Estado reconoce y protege la independencia de las mujeres para tomar sus propias decisiones sin interferencias indebidas.

COORDINACION

Todas las entidades que tengan dentro de sus funciones la atención a las mujeres víctimas de violencia deberán ejercer acciones coordinadas y articuladas con el fin de brindarles una atención integral.

NO DISCRIMINACION

Todas las mujeres con independencia de sus circunstancias personales, sociales o económicas tales como edad, etnia, orientación sexual, procedencia rural o urbana, religión entre otras, tendrán garantizados los derechos establecidos en esta ley a través de una previsión de estándares mínimos en todo el territorio nacional.

4.3 ESTRATEGIAS GUBERNAMENTALES

Dentro de este marco están las obligaciones del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho humano a una vida libre de violencias y de restablecer a las víctimas a quienes se vulnera este derecho. Tanto las autoridades

nacionales como las territoriales tienen la responsabilidad de adoptar medidas de prevención, atención, protección y sanción de las violencias contra las mujeres, con la debida asignación de recursos para hacer efectivo el cumplimiento de esta ley. Por otra parte, la ley 1257 de 2008 agravó algunas de las 16 conductas relacionadas con la violencia sexual previstas en el código penal, tipificó el delito de acoso sexual (art. 210 A del C. P.) y modificó algunas causales de agravación punitiva sobre los delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales, y del capítulo único del título II sobre infracciones al Derecho Internacional Humanitario en el que se penalizaron algunas conductas sexuales. En cuanto a la violencia doméstica los frecuentes cambios normativos en el campo penal (sustancial y procesal) han hecho que los delitos relacionados con violencia sean conciliables y desistibles. Hecho que riñe con la categoría de derecho humano, en este caso el derecho a vivir libre de 18 violencias. La ley 1142 de 2007 intentó subsanar estas deficiencias, pero la ley de Seguridad Ciudadana (1453 de 19 2011) retomó el requisito de denuncia por parte de la víctima (querellabilidad) para activar el sistema penal. Recientemente, el 5 de julio de 2012, se sancionó la ley 1542 que estableció como investigables de oficio los delitos de violencia contra la mujer, abriendo de nuevo la posibilidad de que cualquier persona instaure la denuncia. Una vez aprobada por el Congreso la ley 1257, se conformó La Mesa para la reglamentación de la misma la cual se ha reunido en forma periódica hasta la fecha, 22 bajo la Coordinación de Sisma Mujer hasta fines de 2011 23 y por AFROLIDER durante el año 2012, con el propósito de realizar actividades de difusión de la ley y construir propuestas normativas para discutir las con los ministerios comprometidos con la reglamentación. Algunas de estas propuestas y sugerencias fueron recogidas en los decretos 24 reglamentarios expedidos a fines de 2011. Es evidente que en materia normativa y conceptual los avances han sido significativos, sin embargo, es preocupante que las cifras revelen aumento en el número de casos. La respuesta no efectiva ante el fenómeno de la violencia contra las mujeres pone en evidencia que no hay mejorías notables y generalizadas en el tratamiento de las mujeres que acuden a las autoridades o a los servicios de salud. Las víctimas desconocen sus derechos y la ruta de atención estatal. Es necesario que los operadores de justicia, los prestadores de servicios de salud y los sectores educativo y laboral, estudien, comprendan y reconozcan las distintas formas de violencia contra las mujeres. De lo contrario, ninguna mujer víctima podrá exigir la protección, garantía y restablecimiento del derecho humano a vivir su vida, libre de violencias y los mecanismos de prevención serán inocuos.

5. MARCO LEGAL

En diciembre de 2008 se sancionó la ley 1257

"Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones".

Esta ley no deroga la 294 sino, por el contrario, amplía su contenido y alcance para garantizar el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia. Con esta ley de 2008 se superó el paradigma de que las leyes deben ser neutrales y abstractas, un esquema que no ha contribuido a superar discriminaciones y prejuicios. Cuando las personas se encuentran en situaciones de vulnerabilidad como es el caso de las niñas, niños, adolescentes, mujeres, personas que tienen orientaciones sexuales diversas, o algún tipo de discapacidad; la neutralidad de la ley la vuelve injusta.

Es importante tener en mente que la misma Constitución colombiana establece en el Artículo 13 que el Estado debe adoptar medidas que garanticen que esa igualdad planteada desde lo teórico sea real y efectiva.

5.1 DERECHOS DE LAS VICTIMAS

Ley 360 de 1997	LEY 906 DE 2004	LEY 1257 DE 2008
Ser tratadas con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines	A recibir, durante todo el procedimiento, un trato humano y digno	Recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad

médicos, legales o de asistencia social		
Ser informadas acerca de los procedimientos legales que se deriven del hecho punible	Protección de su intimidad, a la garantía de su seguridad, y a la de sus familiares y testigos a favor	Recibir orientación, asesoramiento jurídico y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado
Ser informadas de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito	A una pronta e integral reparación de los daños sufridos, a cargo del autor o partícipe del injusto o de los terceros llamados a responder	Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos y con los mecanismos y procedimientos
Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado	Ser oídas y a que se les facilite el aporte de pruebas	Dar su consentimiento informado para los exámenes medicolegales en los casos de violencia sexual y escoger el sexo del facultativo para la práctica de los mismos dentro de las posibilidades ofrecidas por el servicio
Tener acceso gratuito e inmediato a los siguientes servicios: Examen y tratamiento para la prevención de enfermedades venéreas incluido el VIH. Examen y tratamiento para trauma físico y emocional. Recopilación de evidencia médico legal Ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados con el delito. Ser informada sobre los casos de interrupción voluntaria del embarazo (causales aprobadas por la Corte Constitucional)	A recibir desde el primer contacto con las autoridades información pertinente para la protección de sus intereses y a conocer la verdad de los hechos	Recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva
	Que se consideren sus	Ser tratada con reserva

	intereses al adoptar una decisión discrecional sobre el ejercicio de la persecución del injusto	de identidad al recibir la asistencia médica legal, o asistencia social respecto de sus datos personales, los de sus descendientes o los de cualquiera otra persona que esté bajo su guarda o custodia
	A ser informadas sobre la decisión definitiva relativa a la persecución penal; a acudir, en lo pertinente, ante el juez de control de garantías, y a interponer los recursos ante el juez de conocimiento	Recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral para ellas y sus hijos
	A ser asistidas durante el juicio y el incidente de reparación integral, por un abogado que podrá ser designado de oficio	Acceder a los mecanismos de protección y atención para ellas y sus hijo
	A recibir asistencia integral para su recuperación	La verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición.
	A ser asistidas gratuitamente por un traductor o intérprete en el evento de no conocer el idioma oficial, o de no poder percibir el lenguaje por los órganos de los sentidos	La estabilización de su situación
		A decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo

6. MARCO HISTORICO DE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LA MUJER

En 1994, en asamblea general, las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, y en 1999, a propuesta de la República Dominicana con el apoyo de 60 países más, declarar el 25 de noviembre Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.

En febrero de 2008 el Secretario General de Naciones Unidas Ban Ki-moon lanzó la campaña ÚNETE para poner fin a la violencia contra las mujeres proclamando el 25 de cada mes Día Naranja. Entre otras actividades, en ese día se invita a llevar alguna prenda de ese color para resaltar el llamamiento a erradicar la violencia contra la mujer.

A 2014, según los datos disponibles por la ONU:

- Un 38% de los asesinatos de mujeres cometidos en el mundo son cometidos por su pareja, siendo el ámbito familiar y de pareja donde se produce el mayor número de casos de violencia contra la mujer, ya sea esta física, sexual o psicológica: el 50% de los asesinatos de mujeres en el mundo son cometidos por un familiar o compañero sentimental y el 35% de las mujeres habrían sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja.
- Unos 120 millones de niñas de todo el mundo, más de una de cada 10, han sufrido en algún momento coito forzado u otro tipo de relaciones sexuales forzadas.
- La trata de personas se convierte en una trampa para mujeres y niñas que son en un 98% el objeto de la explotación sexual (4,5 millones de personas en el mundo).
- Más de 133 millones de niñas y mujeres han sufrido algún tipo de mutilación genital.

Ser niña sería uno de los factores de riesgo, junto con pertenecer a una clase desfavorecida o a una minoría. 250 millones de niñas en el mundo son casadas con menos de 15 años, siendo estas más vulnerables a la violencia ejercida por el esposo.

En los conflictos armados la violación sistemática se convierte en un arma de guerra (entre 250.000 y 500.000 mujeres fueron violadas durante el genocidio de 1994 en Ruanda y se calcula que entre 20.000 y 50.000 durante el conflicto de Bosnia a principios de la década de 1990).

Y el feminicidio queda patente por cifras comparativas: en el mundo son asesinadas dos mujeres por cada hombre asesinado.

Esta violencia contra las mujeres y niñas ejercida por razón de su sexo encontraría su raíz en las históricas relaciones de poder entre hombre y mujer, en el modelo social patriarcal que ha propiciado relaciones de dominio de este sobre ella, la desigualdad entre sexos y la discriminación.

Habrían sido los movimientos feministas los que desde finales del siglo XIX y principalmente durante el pasado siglo, el siglo XX, dieron visibilidad a la condición de la mujer, logrando mediado el siglo XX que la violencia contra las mujeres pasase de considerarse un asunto privado a un problema social y público. Desde entonces la percepción pública se ha ido concienciando de las auténticas dimensiones del problema y organismos internacionales y nacionales van sumándose y trabajan activamente para erradicarlo, promulgando leyes y promoviendo campañas de concientización. Al día de hoy no se puede dudar que la violencia contra la mujer es un problema global que afecta a los derechos humanos más básicos de la mitad de la población mundial y que hay que erradicar.

Raíces de la violencia contra la mujer:

Historia del patriarcado

Actualmente la familia patriarcal puede aparecer borrada; en sus orígenes, convirtió a la mujer en objeto propiedad del hombre, el patriarca. Al patriarca pertenecían los bienes materiales de la familia y sus miembros. Así, la mujer pasaba de las manos del padre a las manos del esposo, teniendo ambos plena autoridad sobre ella, pudiendo decidir, incluso, sobre su vida. La mujer estaba excluida de la sociedad, formaba parte del patrimonio de la familia, relegada a la función reproductora y a las labores domésticas.

En la Roma clásica, en sus primeros tiempos, es manifiesta la dependencia de la mujer, debiendo obediencia y sumisión al padre y al marido.

Este modelo de familia patriarcal ancestral sufrió durante la República y el Imperio numerosas modificaciones. El derecho sobre la vida de la mujer fue abolido. A ésta se le seguía reservando la pena de muerte en determinados supuestos, pero ya no era el marido el que decidía sobre ello, siendo la comunidad la encargada de juzgarla. En determinados momentos la mujer llegó a conseguir una cierta emancipación: podía divorciarse en igualdad de condiciones con el hombre, dejó de mostrarse como la mujer abnegada, sacrificada y sumisa y en la relación entre esposos se vio matizada la autoridad del marido. Esto ocurría principalmente en las clases altas y no evitó que la violencia siguiese dándose en el seno del matrimonio «dirigida a controlar y someter a las mujeres mediante la agresión física o el asesinato».

Los avances que pudieron darse durante la República y el Imperio romanos desaparecieron en el periodo oscuro del Medioevo. Una sociedad que rendía culto a la violencia, la ejerció también contra las mujeres y éstas se convirtieron frecuentemente en moneda de cambio para fraguar alianzas entre familias. «En las clases más bajas, además de cumplir con la función reproductora, constituían mano de obra para trabajar en el hogar y en el campo».

En esta historia han jugado un papel importante las religiones, suponiendo una justificación moral del modelo patriarcal: «Las casadas estén sujetas a sus maridos como al Señor, porque el marido es cabeza de la mujer, como Cristo es cabeza de la Iglesia y salvador de su cuerpo».

Fueron las organizaciones feministas en la segunda mitad del siglo XX las que dieron visibilidad plena al problema de la violencia contra la mujer.

En 1975-1985 se declaró Decenio de la Mujer. Especial importancia tuvo la celebración del Tribunal Internacional de Crímenes contra las Mujeres en Bruselas en 1976, siendo la primera vez que se tipificaron como crímenes diferentes tipos de violencia cometidos contra las mujeres, creándose la Red Feminista Internacional con programas de apoyo y solidaridad. Consecuencia de su resonancia, en 1979, la Asamblea de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer y en 1980 se celebró en México la I Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer, activándose al año siguiente la Convención para Erradicar la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Estos acontecimientos impulsaron toda una serie de medidas legislativas y modificaciones de códigos penales que en los diferentes países se han venido produciendo desde entonces. En 1993 las Naciones Unidas ratificaba la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer y en 1995, en Belem do Para (Brasil), se adoptó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer.

Hoy en día numerosos países cuentan con estrategias específicas para combatir la violencia contra la mujer. Estos países han modificado su legislación incluyendo en ella leyes contra la violencia hacia la mujer, diseñan planes generales y sectoriales para combatirla y promueven campañas para interesar a los diferentes ámbitos de la sociedad en este problema.

7. MARCO SITUACIONAL

La revista semana en su publicación del 25 de noviembre del 2013 enmarca la situación actual con un reporte denominado “cifras de violencia contra la mujer” en el mismo refiere el tema en un contexto social de la problemática “Las mujeres colombianas son víctimas de una violencia que atraviesa sus hogares, trabajos, universidades y está enmarcada en un conflicto armado que suma más de 50 años. Por ello, Sisma mujer presenta

las siguientes cifras, categorizadas en tres temas: La primera de ellas aborda la violencia que viven las mujeres en su vida cotidiana. La segunda se enfoca en la violencia que viven las mujeres en el marco del conflicto armado colombiano. Por último, la tercera sección presenta cifras sobre mujeres que dedican su vida a la defensa de los derechos humanos.”

Data de cifras contundentes que se citamos en la publicación de este artículo refiriéndose a la violencia hacia la mujer en diferentes contextos:

1. La violencia sexual según el INML y CF

- En el 2012 el número de mujeres víctimas de violencia sexual en contextos asociados a la violencia política aumentó en 81,69 % comparado con el año 2011, pues mientras que en este año 71 mujeres fueron víctimas de violencia sexual, en el 2012 esta cifra ascendió a 129 mujeres.

- En el año 2011 seis mujeres al mes fueron víctimas de violencia sexual en contextos asociados a la violencia sociopolítica, en el 2012 dicha cifra aumentó a 11 mujeres al mes.

- En el 2012, aproximadamente cada tres días una mujer fue víctima de violencia sexual en contextos asociados a la violencia sociopolítica.

- En el 2012, por cada hombre víctima de violencia sexual en contextos asociados a la violencia sociopolítica, aproximadamente seis mujeres fueron víctimas de este mismo delito.

- En el 2012, de las mujeres que identificaron como presunto agresor a un miembro de un grupo armado, 10 afirmaron que pertenecía a la guerrilla (13,7%), 40 a la fuerza pública (54,8%), 16 a grupos paramilitares y narcotraficantes (21,9%) y siete a grupos de seguridad privada (9,6%).

- En el 2011 77 mujeres identificaron como presunto agresor a un miembro de un grupo armado, mientras que en el 2012 esta cifra descendió a 73 mujeres. Esto significó una disminución del 5,19% de los casos. Si se compara el porcentaje de casos atribuidos a cada grupo armado, se observa que entre el 2011 y el 2012 el porcentaje de la guerrilla se mantuvo relativamente estable (en el 2011 fue de 13%), disminuyó para la fuerza pública y los grupos de seguridad privada (en el 2011 los porcentajes fueron del 61% y el 16,9%, respectivamente) y aumentó en el caso de los grupos paramilitares (en 2011 el porcentaje de casos atribuido a estos grupos fue de 9,1%).

Las violencias que viven las mujeres según el Registro Único de Víctimas

La información analizada a continuación fue tomada de la página de la Unidad para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas. Estas cifras tienen corte el primero de noviembre del 2013.

- Hasta el momento el Registro Único de Víctimas ha reconocido 5.926.774 víctimas, de estas 2.945.559 son mujeres, lo que equivale a un 49,7 %.

- En el 2012 se reportaron 165 mujeres víctimas de violencia sexual

En el marco del conflicto armado.

- En el 2012, cada dos días aproximadamente una mujer fue víctima de violencia sexual.

- En el 2012, aproximadamente 14 mujeres cada mes fueron víctimas de violencia sexual.

- Para el 2012, las mujeres representan el 89,2 % de las víctimas de violencia sexual.

- Hasta el primero de noviembre del 2013, 106 personas han reportado ser víctimas de delitos contra la libertad y la integridad sexual. De estos, 90 son mujeres.
- Hasta el primero de noviembre del 2013, las mujeres representan el 84,9% de las víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado colombiano.
- Las mujeres representan el 51% de las víctimas del desplazamiento forzado, lo que significa que 2.632.427 mujeres colombianas han sido víctimas de este flagelo.
- Las mujeres representan el 51,4 % de las víctimas de amenaza en el país.
- Las mujeres representan el 43,8 % de las víctimas de tortura en el país.
- Las mujeres representan el 46,8 % de las víctimas de la desaparición forzada en el país.*
- Las mujeres representan el 46,7 % de las víctimas de homicidio en el país.*

*En los casos de desaparición forzada y homicidio las víctimas registradas por el Registro Único de Víctimas incluyen no sólo las víctimas directas, sino también las indirectas. Esto porque el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 estipuló que también deben ser reconocidas como víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida.

¿QUÉ SUCEDE CON LAS MUJERES DEFENSORAS DE DERECHOS HUMANOS?

Las cifras presentadas en esta sección provienen del Sistema de Información sobre Agresiones a Defensores y Defensoras de Derechos Humanos (SIADDHH) del Programa No Gubernamental de Protección a defensores y defensoras de derechos humanos – Somos Defensores-, pues este permite saber las agresiones y asesinatos de mujeres defensoras de derechos humanos en el primer semestre del 2013, así:

- En el primer semestre del 2013, 44 defensoras de derechos humanos fueron agredidas.
- En el primer semestre del 2013 cada cuatro días una mujer defensora de derechos humanos fue agredida.
- En el primer semestre del 2013 cinco mujeres defensoras de derechos humanos fueron asesinadas.
- En el primer semestre del 2011, 35 mujeres defensoras de derechos humanos fueron agredidas, esta cifra ascendió para el mismo período del 2012 a 43 y llegó a 44 en el 2013.
- En el primer semestre del 2013 se reportó un aumento del 2,33 % de agresiones contra mujeres defensoras comparado con el mismo periodo del año 2012 y del 25,7 % con respecto al primer semestre del 2011.

Revista semana Cifras de Violencia contra la mujer 25 de Noviembre de 2013. Disponible en. <http://www.semana.com/nacion/articulo/cifras-de-la-violencia-contra-la-mujer-en-colombia/366030-3>

En el documento LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN, PROTECCIÓN, ATENCIÓN Y SANCIÓN DE LAS VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO Y CONTRA LAS MUJERES EN COLOMBIA ,mencionan lo siguiente “importante mencionar que desde la década de los ochenta, Colombia ratificó la Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW (1981) y posteriormente, empezó a dar pasos importantes a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, donde se incluyó la igualdad de derechos ante la ley sin distinciones de ningún tipo, la consagración del derecho a la igualdad entre hombres y mujeres como un derecho social, económico y cultural, la prevalencia de los derechos de las niñas y la protección de los derechos de las mujeres.”

Para la construcción del diagnóstico de las violencias contra las mujeres en Colombia, se han utilizado fuentes primarias y secundarias, información complementada a través de un proceso participativo con actores institucionales que han convalidado y retroalimentado el resultado final que se presenta a continuación. Pese a los datos estadísticos analizados, los informes cualitativos presentados por las instituciones respecto de sus avances en materia de respuesta a las Violencias Contra las Mujeres y de los informes internacionales revisados, se tiene la certeza de la existencia de un gran subregistro de este problema social, que a todas luces, aún requiere de un esfuerzo grande del Estado, la familia y la sociedad para ser superado. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005 que realizó Pro familia, el 86,7% de las mujeres que han sufrido cualquier tipo de agresión, entre los 15 a 19 años, nunca buscó ayuda. Tampoco lo hizo el 82,2% de las mujeres jóvenes de 20 a 24 años. El diagnóstico situacional presentará los datos más relevantes teniendo en cuenta las formas de violencias determinadas por la ley 1257 de 2008 y que se circunscriben a la violencia física, sexual, psicológica, económica o patrimonial, adicionando un acápite con perspectiva diferencial en relación con grupos o colectivos de mujeres que por sus condiciones de ciclo vital, etnia, situación de desventaja socio-económica, ameritan un análisis acorde con su realidad. A continuación y de manera sucinta, se presentan las cifras más significativas de aquellas formas de violencia que vulneran la integridad, la dignidad y los demás Derechos Fundamentales de las niñas, adolescentes y mujeres colombianas.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN, PROTECCIÓN, ATENCIÓN Y SANCIÓN DE LAS VIOLENCIAS BASADAS EN GÉNERO Y CONTRA LAS MUJERES EN COLOMBIA. Fanny Barragán Ávila Consultora Principal Martha Alfonso Jurado Consultora de Apoyo Bogotá – Colombia, Agosto de 2010. Disponible en: <http://historico.equidadmujer.gov.co/Normativa/PoliticaPublica/LineamientosPolitica.pdf>

El fenómeno de la violencia contra las mujeres no es reciente. Su estudio y los esfuerzos para hacerla visible han hecho que se enuncie como un problema de carácter social y se considere como delito en algunos países del mundo. "Desde la década de los noventa, los esfuerzos emprendidos por las organizaciones de mujeres, los y las expertas y algunos gobiernos comprometidos con esta cuestión han supuesto una profunda transformación de la sensibilización pública respecto al problema. Así pues actualmente es una cuestión ampliamente reconocida que dicha violencia constituye un grave problema de derechos humanos y salud pública que afecta a todos los sectores de la sociedad" (OMS, 2005, p.2). OMS, Organización Mundial de la Salud (2005). Resumen de informe. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica.

Entre esos obstáculos se incluyen la discriminación de la mujer en la educación, la capacitación, la contratación, el acceso al crédito y el derecho a la propiedad y la herencia; los niveles de remuneración y frecuencia de promoción inferiores por igual trabajo; y las mayores responsabilidades domésticas. Las mujeres rurales y las trabajadoras migrantes se ven particularmente afectadas durante los períodos de contracción económica en que son mucho más vulnerables al desempleo y suelen verse forzadas a soportar una carga aún mayor de trabajo no remunerado.

Durante algunas sesiones desarrolladas en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, efectuada en Beijing en 1997, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas propuso la adopción de medidas e iniciativas adicionales para promover la potenciación económica de la mujer, incluida la incorporación de una perspectiva de género en todas las políticas y programas económicos. Frente a esta discusión se proponen medidas para incrementar la capacidad de las mujeres para influir en la adopción de decisiones y participar en ese proceso como trabajadoras asalariadas, empleadoras, miembros de sindicatos y organizaciones no gubernamentales, productoras, administradoras de hogares y consumidoras. También se incluían medidas para eliminar los prejuicios en el sistema educacional y contrarrestar la segregación de género en el mercado laboral.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, se reafirmó que el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales por la mujer y la niña constituía una prioridad para los gobiernos y las Naciones Unidas y era esencial para el adelanto de la mujer. Se destacó que los gobiernos no sólo debían abstenerse de violar los derechos humanos de todas las mujeres, sino también trabajar activamente para promover y proteger esos derechos.

La Plataforma de Acción, aprobada por la Conferencia de Beijing, identificó la falta de respeto de los derechos humanos de la mujer como una de las 12 esferas de principal preocupación que requerían la adopción de medidas por parte de los gobiernos y la comunidad internacional.

En la Plataforma se hizo un llamamiento en favor de la aplicación íntegra de todos los instrumentos de derechos humanos, especialmente la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. También se destacó la importancia de garantizar la igualdad y la no discriminación, con arreglo al derecho y en la práctica, y la capacitación jurídica básica.

Durante su 42o período de sesiones, celebrado en 1998, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer propuso que los Estados Miembros y la comunidad internacional adoptaran nuevas medidas para promover los derechos humanos de la mujer, incluida la incorporación de una perspectiva de género en todos los programas y políticas pertinentes. Entre las conclusiones convenidas del período de sesiones había medidas para alentar y apoyar los diálogos basados en la comunidad y de amplia base nacional sobre el significado de los derechos humanos y sobre la discriminación y las violaciones basadas concretamente en el género. Las conclusiones también se centraron en la necesidad de garantizar la existencia de marcos jurídicos y normativos a escala nacional que garantizaran el pleno disfrute de todos los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

Las víctimas callan la agresión, aunque existe la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, que Colombia adoptó en 1995, la violencia intrafamiliar está tipificada como delito, y en las inspecciones de Policía, la Fiscalía y otras entidades se reciben las denuncias. Según Pro familia, el 78 por ciento de las mujeres no denuncia, porque considera que no es serio, que ella lo puede manejar sola o que se merecía el castigo.

Feminicidio define como el asesinato de las mujeres por su condición de género. El 40 por ciento de los homicidios fueron cometidos por el compañero sentimental o un familiar.

Según la Fiscalía, los deficientes y casi nulos procesos investigativos se dan por la poca denuncia a causa del temor, la falta de confianza en la justicia y el no reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos. Y tal vez lo más alarmante del informe: el lugar más peligroso para la mujer es su propio hogar.

Probablemente la violación de los derechos humanos más habitual y que afecta a un mayor número de personas. Además está presente en todas las sociedades del mundo, independientemente de cual sea su sistema político o económico. La violencia contra las mujeres no sabe de culturas, ni de clases sociales ni de etnias. Este escándalo cotidiano se manifiesta de diferentes maneras y tiene lugar en múltiples espacios, pero posee una raíz única: la discriminación universal que sufren las mujeres por el mero hecho de serlo.

8. OBJETIVO GENERAL

Realizar la auditoria del proceso de atención a mujeres víctimas de violencia en la institución de salud de Bucaramanga, según los lineamientos definidos en la normatividad vigente. Durante el primer semestre del 2016.

9. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Verificar el protocolo implementado en la institución para dar cumplimiento a la ruta crítica de atención a víctimas de violencia sexual.

Medir la calidad y la oportunidad en la prestación del servicio según los tiempos establecidos en la normatividad.

Evaluar la socialización al personal de la institución de las actividades que debe cumplir cada uno de ellos según el protocolo definido

10. METODOLOGIA

10.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio Descriptivo

Es un estudio descriptivo que pretende identificar si se conoce y la aplicación de la ruta crítica de atención a víctimas de la violencia sexual por parte del talento humano de la institución de salud de Bucaramanga- Hospital del norte.

10.2 METODOLOGÍA DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realiza a través de una lista de chequeo evaluando cada proceso incluido dentro de la ruta de manejo crítico a mujeres víctimas de la violencia, se diseñará un instructivo que permita verificar cada paso, que se está realizando y si este a su vez se está ejecutando en el protocolo establecido en la normatividad.

11. VARIABLES E INDICADORES

OBJETIVO	VARIABLE	INDICADOR	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN
1	EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN REALIZADA AL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN	SI O NO	CUALITATIVA	NOMINAL
2	OPORTUNIDAD PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN DÍAS	24 HORAS 48 HORAS 72 HORAS	CUANTITATIV A	RAZON
3	OPORTUNIDAD EN EL REPORTE EN SIVIGILA	SI O NO	CUALITATIVA	NOMINAL
4	SE DILIGENCIA REPORTE COMPLETO	SI O NO	CUALITATIVA	NOMINAL
5	ATENCIÓN OPORTUNA DEL	SI O NO	CUALITATIVA	NOMINAL

	CASO			
6	MANEJO PROTOCOLO POR GRUPO INTERDISCIPLINARI O	SI O NO	CUALITATIVA	NOMINAL
7	SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO	SI O NO	CUALITATIVA	NOMINAL
8	VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES	SI Ó NO	CUALITATIVA	NOMINAL

12. PLAN DE AUDITORIA

		PLAN DE AUDITORIA			Código:
					Versión:
					Vigencia:
Nombre de la IPS Institución de salud Hospital del norte					
Fecha: febrero a junio 2016 Hora: 8:00 am a 12: 00 pm			Auditor Líder: HECTOR PATIÑO AUDITOR 1 YEIMY INFANTE AUDITOR 2 KATERINE CONTRERAS AUDITOR 3 ELIANA LOZANO LEAL		
Objetivo: Realizar la auditoria del proceso de atención a mujeres víctimas de violencia en Institución de salud Hospital del norte, según los lineamientos definidos en la normatividad vigente. Durante el primer semestre del 2016.					
Alcance: <ul style="list-style-type: none"> • La auditoría se va a realizar en el Servicio de urgencias del Hospital Institución de salud Hospital del norte • Se evaluarán las dimensiones de Estructura, Proceso y Resultado • Variables de la dimensión Estructura: accesibilidad, • Variables de la dimensión Proceso: calidad técnica, adherencia a guía de manejo de paciente víctima de violencia sexual • Variables de la dimensión Resultado: Efectividad • Inicia con la definición de las variables a medir en cada dimensión y finaliza con la información sobre las recomendaciones que aplique al servicio evaluado 					
QUE (actividad)	COMO (técnica)	QUIEN (responsabl e)	CUANDO (fecha/hora)	DONDE (lugar físico o del proceso)	DOCUMENTACION REQUERIDA
Reunión de apertura.	Con participación del equipo auditor y auditado.	Coordinador del servicio y líder del equipo auditor.		Sala de juntas de la Gerencia de la E.S.E.	Plan de auditoria.
Reconocimiento del servicio de URGENCIAS	Observación, inspección e indagación.	Coordinador del servicio y auditor encargado del servicio.		Servicio URGENCIAS	Lista de chequeo, nombre documentos que se utilizan para auditar.
Recolección de	Verificación de	Auditor 1		Oficina de	Lista de indicadores,

información y evidencias: fotos, registro, documentos, cálculos.	registros de indicadores			calidad.	lista de verificación
	inspección			Área de servicio	
	observación			Acceso al servicio.	Lista de chequeo.
	Analizar evidencias que muestren cumplimiento e incumplimiento de criterios de auditoría. Identificación de brechas (que, donde, cuantas veces, o fortalezas.	Equipo auditor.		Espacio físico Dimensión que se va a mirar Reuniones al final del día.	Listas de chequeo, fotos, entrevistas, encuestas.
Generación de hallazgos.	Respondiendo a cada uno de los objetivos de la auditoría y al alcance de la misma Se realizan con base en el objetivo, por dimensión y por variable.	Auditor líder y equipo de trabajo.	Al finalizar la auditoría IN situ	En cada objetivo de la auditoría y en cada variable definida en el alcance.	Hallazgos y objetivos de la auditoría.
Elaborar conclusiones	Con participación del equipo auditor y auditado. Socializa informe macro del resultado de auditoría. Entregar resultados de auditoría macro (informe preliminar) Generación de acta.	Líder del equipo auditor	Día que se mencionó que se acababa la auditoría.	Oficina	Todos los papeles de trabajo.
Reunión de cierre.	Con participación del equipo auditor y auditado. Socializando informe macro del resultado de auditoría. Entregar resultados de	Líder del equipo auditor	Día que se mencionó que se acababa la auditoría.	Oficina	Todos los papeles de trabajo.

	auditoría macro (informe preliminar) Generación de acta.				
--	--	--	--	--	--

13. LISTA DE CHEQUEO

NUMERO	VARIABLE	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NO APLICA	
1	Se evidencia en la historia clínica la clasificación del triage				Verificar en el sistema de urgencias con admisiones al momento de ingresar al paciente víctima de violencia sexual y si activan la historia digital de VS: Triage I : dentro de las 72 horas Triage II: después de las 72 horas.
2	Se evidencia el diligenciamiento del consentimiento informado				Verificar en la historia clínica digital si está consignado o si no revisar archivo de documento en físico.
3	Se evidencia en las Historia Clínica los datos clínicos del estado mental, de la víctima				Verificar en la historia clínica general o de V.S si se consigan el estado mental de la víctima.
4	Se evidencia en las Historia Clínica, los datos clínicos del estado físico de la víctima				Verificar en la historia clínica general o de V.S si se consigan el estado mental de la víctima.

5	Se realiza la toma de muestras según protocolo				Verificar si el abuso sexual está dentro de las 72 horas para la recolección de las muestras.
6	Se Realiza examen genital				Verificar en la historia clínica si está consignado el examen genital.
7	Se asegura profilaxis sintomática para ITS- VIH, Hepatitis B durante la consulta inicial.				Revisar si está dentro de las 72 horas. Revisar en el registro de laboratorios el examen (pedir clave de exámenes) correspondiente Prueba rápida VDRL (Sífilis) – serología ¿?? Prueba rápida Hepatitis B, prueba rápida VIH- Vacuna Hepatitis B + Gammaglobulina anti hepatitis-B Cuando no se aplica es porque ya las tienen en el carnet de vacunación. Revisar documento (profilaxis todas)
8	Se realiza prueba de embarazo				Revisar si la paciente ingreso dentro de las 72 horas.
9	Se consigna en la historia clínica los diagnósticos descritos en protocolo según cie 10				Revisar diagnósticos en la historia clínica referentes a : protocolo ver cuadro de cie 10
10	Se realiza seguimiento a la víctima Según protocolo				Envía seguimiento a las semanas. Revisar si el medico envió esa remisión.
11	Se toman pruebas diagnósticas para descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de violencia sexual				Verificar laboratorio de Prueba rápida VDRL (Sífilis) – serología ¿?? Prueba rápida Hepatitis B- prueba rápida de VIH.

12	En asalto sexual y después de que 72 horas desde la agresión. Se Inició manejo sindromática profiláctico para VIH				No, se envía manejo ya paso el tiempo.
13	En asalto sexual y antes de que hayan pasado 72 horas desde el momento del evento: Se Inició manejo de anticoncepción de emergencia cuando estaba indicada				
14	Se consigna en la historia si se informa al paciente sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) producto de la violencia sexual				
15	Se da manejo integral a patologías alternas				VERIFICAR HISTORIA CLÍNICA
16	Se da manejo integral a remisiones y a otras especialidades				
17	Se solicitó Solicitar una interconsulta de urgencia / consulta de urgencia con médico psiquiatra o psicólogo clínico				VERIFICVAR HC

18	Verificar el Diligenciamiento de la ficha de seguimiento personal y de vigilancia epidemiológica				
19	Existe en el equipo de atención funcionario designado para Hacer el proceso de denuncia formal o no formal por el designado en el equipo de atención				Verificar evidencia
20	Se hace Seguimiento tanto de la adherencia al tratamiento médico establecido de acuerdo al caso, como a la atención psicosocial y ajuste de la persona sobreviviente y la familia a la superación del evento.				

14. MATERIALES Y MÉTODOS

En este estudio se evaluó el cumplimiento de 20 criterios por lista de chequeo que contienen los 15 pasos, establecidos dentro del protocolo descrito como instrumento de recolección de datos.

En la institución analizada se cuenta con un equipo multidisciplinario encargado de la atención de manera integral a las víctimas de este fenómeno; cabe destacar que su reporte al sistema de vigilancia epidemiológica se realiza de manera oportuna para cada caso con un cumplimiento del 100%.

Una vez detectadas; por medio de este se realiza elaboración de lista de chequeo que contienen los 15 pasos establecidos dentro del protocolo como instrumento de recolección de datos y segmentado en 20 variables con criterios de calificación 0 no cumple, 1 cumple N/A no aplica; este a su vez es presentando a asesor de investigación y comité de ética de la institución evaluada.

El comité de ética de la institución evaluada aprueba el la realización del proyecto en la y designa el profesional encargado de la recepción y diligenciamiento de los casos ante el SIVIGILA;

Cada investigador recibe un usuario y una clave en el cual podrán tener acceso a las historias clínicas como mecanismo de recolección de datos, esta información es entregada en una base de datos de manera confidencial donde cada investigador se le asignó 10 casos para aplicar la lista de chequeo; el ingreso a la plataforma de historias clínica solo permitía la revisión mas no la digitación de la misma, se sigue al todas las indicaciones que los directivos y el comité establecieron como parámetros para realizar la investigación.

Una vez obtenida la base de datos se inició aplicando la lista de chequeo para cada caso de 40 casos entregados donde según listado entregado por la secretaria de salud de Santander, donde se pudo evidenciar que 16 de estos casos fueron efectivamente casos de violación o intento, 13 casos eran embarazadas menores de 14 años considerados como casos de violencia sexual por la edad de la víctima y los 11 casos restantes no tenían información en la historia clínica; se procede a aplicar la lista de chequeo a los 16 casos que aplicaban para el estudio, cada historia clínica se le aplicaron los 20 criterios en los cuales se determinaron que pasos de protocolo se estaban realizando de manera correcta y cuáles de ellos deben recibir plan de mejora con el objetivo de cumplir con el 100% del modelo de atención a víctimas de violencia sexual.

Criterios de exclusión

Dentro de los criterios se excluyeron hombres, menores de 14 años en estado de embarazo que es considerado como violencia sexual, historias clínicas incompletas o pacientes que ingresaran remitidas al servicio de urgencias con diagnóstico de violencia sexual en el cual por red de servicios se le realizaría los examen diagnósticos.

Criterios de inclusión

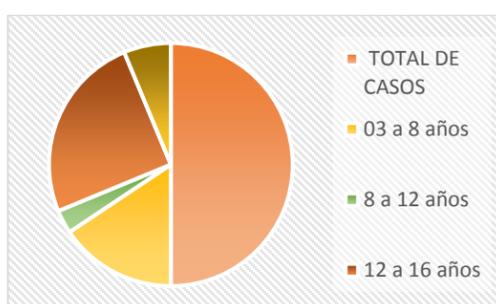
Mujeres víctimas de violencia sexual que ingresen al servicio de urgencias.

15. RESULTADOS

Se encontró que en la mayoría de los casos se realiza la descripción del diagnóstico de manera correcta según el cie10, también es diligenciado el estado mental de la víctima y su estado de salud en la historia clínica con el 93% de cumplimiento.

Entre los 40 casos analizados se encontró que 16 de estos casos fueron efectivamente casos de violencia sexual, 13 casos eran pacientes en estado de gestación menores de 14 años considerados como casos de violencia sexual por la edad de la víctima y los 11 casos restantes no tenían información en la historia clínica completa que pudiera certificar la violencia sexual.

Grafica 1. Distribución por edades.

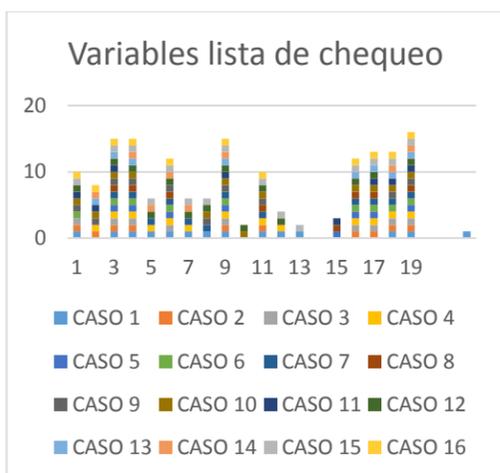


La mayoría de los casos está en el rango de edad de 3 a los 8 años, se puede evidenciar que en el 90% de los casos el victimario es un familiar cercano, papá, padrastro tíos o hermanos de la víctima.

Grafica 2. Distribución por el reporte de casos.



Grafica 3. Variables de la lista de chequeo.



Se toman 20 variables con 3 criterios de evaluación 1 si (cumple) 0 (no cumple) y no aplica

Variable	Criterio			Observación
	Cumple(1)	No cumple(0)	No aplica	
1. Se evidencia clasificación del triage.	37%			De los 16 casos analizados se presentó que la mayoría de los casos aun no estaban clasificados dentro del triage en el servicio de urgencias.
2. Diligenciamiento del consentimiento informado	50%			Se evidencia que la mitad de los casos reportados no están diligenciado consentimiento informado.
3. Se evidencia en las Historia Clínica los datos clínicos del estado mental de la victima	93%			Resulta relevante que la mayor parte de los casos se consigna el estado mental de la víctima que permite al médico tratante

				direccionar las necesidades psicológicas o mentales del paciente.
4. Se evidencia en las Historia Clínica, los datos clínicos del estado físico de la victima	93%			Este hallazgo es de vital importancia debido a que se puede evitar que se presente deterioro en su estado de salud.
5. Se realiza la toma de muestras según protocolo	31%			El protocolo incluye toma de muestra según cada caso y se evidencia que se debe realizar seguimiento para este incumplimiento.
6. Se Realiza examen genital	25%			El 75% de los casos no se les realizo examen genital debido a que en muchos casos eran menores de edad y los casos fueron reportados después de las 72 horas.
7. Se asegura profilaxis sindromática para ITS- VIH,	31%			El 31% se le realizo profilaxis

Hepatitis B durante la consulta inicial.				
8. Se realiza prueba de embarazo	25%			El 75% no requería prueba de embarazo debido a que la mayoría de las víctimas se encontraban en edades de 3 a 8 años.
9. Se consigna en la historia clínica los diagnósticos descritos en protocolo según cie 10	93%			Se está cumpliendo en la mayoría de los casos con la descripción de los diagnósticos.
10. Se realiza seguimiento a la víctima Según protocolo	12%			El 88% de los casos no se realiza seguimiento.
11. Se toman pruebas diagnósticas para descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de violencia sexual	62%			Podemos ver que las pruebas diagnósticas deben ser implementadas con más frecuencia dentro del protocolo.
12. En asalto sexual y después de que 72 horas desde la agresión. Se Inició manejo sindromática	18%			

profiláctico para VIH				
13. En asalto sexual y antes de que hayan pasado 72 horas desde el momento del evento: Se Inició manejo de anticoncepción de emergencia cuando estaba indicada	13%			No se realiza debido a que la mayoría de los casos son en menores de 10 años.
14. Se consigna en la historia si se informa al paciente sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) producto de la violencia sexual	25%			
15. Se da manejo integral a patologías alternas	18%			
16. Se da manejo integral a remisiones y a otras especialidades	25%			
17. Se solicitó Solicitar una interconsulta de urgencia / consulta de urgencia con médico psiquiatra o psicólogo clínico	81%			

18. Verificar el Diligenciamiento de la ficha de seguimiento personal y de vigilancia epidemiológica	81%			
19. Existe en el equipo de atención funcionario designado para Hacer el proceso de denuncia formal o no formal por el designado en el equipo de atención	100%			
20. Se hace Seguimiento tanto de la adherencia al tratamiento médico establecido de acuerdo al caso, como a la atención psicosocial y ajuste de la persona sobreviviente y la familia a la superación del evento.	0%			Es el hallazgo que presenta deficiencia debido a que el protocolo establece que debe realizarse seguimiento a todos los casos.

16. PLAN DE MEJORA

#	VARIABLE	HALLAZGOS	ACCION DE MEJORA	RESPONSABLE
1	Se evidencia en la historia clínica la clasificación del triage	Se evidencia clasificación de triage dentro de la historia clínica de los cuales 6 casos se encuentran con calificación 0 o (no cumple) con el criterio de los 16 casos seleccionados corresponde al 37% de cumplimiento.	Capacitar al personal asistencial del servicio de urgencias para mayor diligenciamiento de esta clasificación. Retroalimentación	Coordinador del servicio de urgencias
2	Se evidencia el diligenciamiento del consentimiento informado	8 de los 16 casos cumplió con el parámetro corresponde al 50% de cumplimiento	Socializar hallazgos para correcto diligenciamiento del formato y reporte en la H.C	Coordinador del servicio de urgencias
3	Se evidencia en las Historia Clínica los datos clínicos del estado mental, de la victima	Solo se presentó un caso que fue calificado como 0 o no cumple corresponde al 93% de cumplimiento del estado mental de las victimas	Revelar cumplimiento de variable para mantenerse o mejorar	Médico General del servicio de urgencias
4	Se evidencia en las Historia	El estado físico de la víctima se	Revelar cumplimiento de	Médico General del servicio de

	Clínica, los datos clínicos del estado físico de la víctima	encuentra diligenciado dentro de la historia clínica corresponde a 93% de cumplimiento.	variable para mantenerse o mejorar	urgencias
5	Se realiza la toma de muestras según protocolo	Según protocolo 5 casos calificados con 0 y 5 no aplica N/A corresponde a 31% de cumplimiento.	Retroalimentar (médico general) conocimiento y cumplimiento de protocolo	Coordinador ruta crítica de violencia sexual,
6	Se Realiza examen genital	Se evidencia la realización del examen genital 4 casos calificados con 0 corresponde a 25% de cumplimiento.	Retroalimentar (médico general) conocimiento y cumplimiento de protocolo	Coordinador ruta crítica de violencia sexual
7	Se asegura profilaxis sindromática para ITS- VIH, Hepatitis B durante la consulta inicial.	Durante la consulta inicial 5 casos fueron calificados como no cumple y 5 no aplica corresponde a 31% de cumplimiento de la profilaxis	Capacitar personal asistencial (médico general de urgencias) para obligación a cumplimiento de protocolo por resolución	Coordinador ruta crítica de violencia sexual
8	Se realiza prueba de embarazo	Se realiza prueba de embarazo 6 casos fueron calificados con N/A y 4 con 0 corresponde al 25% de cumplimiento.	Evidenciar los hallazgos para retroalimentación y unificación de protocolo	Coordinador ruta crítica de violencia sexual

9	Se consigna en la historia clínica los diagnósticos descritos en protocolo según cie 10	Se consigna en la historia clínica los diagnósticos descritos en protocolo según cie 10 solo 1 caso se calificó como no cumple corresponde al 94% de cumplimiento.	Destacar resultado para mejorar o mantenerse	Coordinador ruta crítica de violencia sexual
10	Se realiza seguimiento a la víctima Según protocolo	Se realiza seguimiento a la víctima Según protocolo solo dos casos fueron calificados con 1 o si cumple, corresponde al 12% de cumplimiento.	Implementar proceso para el seguimiento de los casos de violencia sexual	Coordinador ruta crítica de violencia sexual
11	Se toman pruebas diagnósticas para descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de violencia sexual	Se evidencia la toma de pruebas diagnósticas para descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de violencia sexual 6 casos se calificaron con 0, corresponde al 62% de cumplimiento.	Retroalimentar (médico general) conocimiento y cumplimiento de protocolo	Coordinador ruta crítica de violencia sexual Coordinador de servicio de urgencias

12	En asalto sexual y después de que 72 horas desde la agresión. Se Inició manejo sindromática profiláctico para VIH	Se constató Inició manejo sindromática profiláctico para VIH 9 casos calificados como N/A Y 3 con 0 corresponde al 18% de cumplimiento	Socializar protocolo según resolución, personal asistencial del servicio de urgencias	Coordinador ruta crítica de violencia sexual
13	En asalto sexual y antes de que hayan pasado 72 horas desde el momento del evento: Se Inició manejo de anticoncepción de emergencia cuando estaba indicada	Se evidencio Inició manejo de anticoncepción de emergencia cuando estaba indicada 12 caso calificados con N/A y 2 con 0 corresponde al 12% de cumplimiento.	Constatar que los registros estén llenos para mejora de resultados a indicadores y evitar implicaciones medico legales	Coordinador ruta crítica de violencia sexual Médico general del servicio de urgencias
14	Se consigna en la historia si se informa al paciente sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) producto de la violencia sexual	Se consigna 12 caso calificados con N/A y 4 con 0 corresponde al 25% de cumplimiento.	Retroalimentar (médico general) conocimiento y cumplimiento de protocolo	Coordinador ruta crítica de violencia sexual

15	Se da manejo integral a patologías alternas	Se evidencia el manejo integral a patologías alternas 13 casos calificados con 0 corresponde al 18% de cumplimiento.	Retroalimentar (médico general) conocimiento y cumplimiento de protocolo	Coordinador ruta crítica de violencia sexual
16	Se da manejo integral remisiones a otras especialidades	Se evidencio remisión integral a otras especialidades 4 casos calificados con 0 corresponde al 25% de cumplimiento.	Retroalimentación personal asistencial del servicio de urgencias	Coordinador servicios de urgencias
17	Se solicita una interconsulta de urgencia / consulta de urgencia con médico psiquiatra o psicólogo clínico	Se constata solicitud interconsulta de urgencia / consulta de urgencia con médico psiquiatra o psicólogo clínico 3 casos calificados con 0 corresponde al 81% de cumplimiento.	Revelar cumplimiento de variable al personal asistencial para mantenerse o mejorar	Coordinador ruta crítica de violencia sexual Coordinador servicio de urgencias

18	Verificar el Diligenciamiento de la ficha de seguimiento personal y de vigilancia epidemiológica	Se demuestra el Diligenciamiento de la ficha de seguimiento personal y de vigilancia epidemiológica 3 casos no cumple corresponde al 81% de cumplimiento.	Revelar cumplimiento de variable personal asistencial para mantenerse o mejorar	Coordinador ruta crítica de violencia sexual
19	Existe en el equipo de atención funcionario designado para Hacer el proceso de denuncia formal o no formal por el designado en el equipo de atención	Se evidencia en el equipo de atención funcionario designado para hacer el proceso de denuncia formal o no formal de atención los 16 casos calificados con 1 corresponde al 100% de cumplimiento.	Revelar cumplimiento de variable personal asistencial para mantenerse o mejorar	Coordinador ruta crítica de violencia sexual

17. DISCUSIÓN

En nuestra investigación, llama la atención que de los 40 casos reportados de violencia sexual, no se cumple con los requisitos mínimos del protocolo establecidos en la norma ya sea por desinformación administrativa, pertinencia médica, auditoría interna de la institución.

En ausencia de estadísticas de prevalencia de embarazos en menores de edad en la zona metropolitana de Bucaramanga, es difícil saber si ello representa un incremento real en los casos de violencia sexual.

Lo que es comparable con estudios y hallazgos en países de América Latina como México la disponibilidad de recursos económicos y la facilidad para acceder a diferentes niveles educativos permite a la mujer empoderamiento y protección contra cualquier tipo de violencia¹, las necesidades de acceso a la educación y salud en la población de bajos recursos no solo demuestra que hace a la mujer ser víctima de violencia si no que a su vez la somete a daños emocionales reflejados en su autoestima que facilita que muchos casos de violación o asalto sexual no sean denunciados y queden en la impunidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que la prevención de la violencia es una prioridad que exige un conocimiento exhaustivo de su magnitud² los esfuerzos en vigilancia de eventos de interés en salud pública no han escatimado en elaborar estrategias para disminuir la violencia contra la mujer se puede ver que las instituciones no reportan de manera oportuna las fichas

epidemiológicas para estos eventos, teniendo el conocimiento que esto puede acarrear sanciones económicas y muchas veces perder la habilitación del servicio.

La violencia sexual es un abuso basado en el género, según se establece en la Declaración para la Erradicación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer,³ y es frecuentemente perpetrada por un varón en el que la mujer confía y de quien espera protección, como el padre, el tío, el esposo, alguna autoridad, etcétera. Sin embargo, esta violencia también es llevada a cabo por desconocidos en diferentes circunstancias. No es ajeno a los victimarios que en la mayoría de los casos perpetraron los abusos sobre los casos reportados en el estudio.

La investigación no solo deja un proceso en la institución que mejorar, si no a su vez una mirada profunda a la atención de la víctima, la necesidad de hacer seguimiento a cada caso no solo para cumplir el un paso del protocolo de atención si no como herramienta que permita a la víctima disminuir secuelas del daño.

18. CONCLUSIONES

El protocolo de atención a la víctima de violencia sexual genera que sea exhaustivo en el cumplimiento, la implementación de un equipo multidisciplinario que permita a la víctima tener facilidad de acceso a los diferentes componentes que integran el sistema de salud, si no que a su vez sea una herramienta probatoria a nivel jurídico. El papel del profesional de la salud y de las instituciones es realizar seguimiento a los procesos internos para cada uno de los casos, esto constituye capacitación a cada profesional que ingrese al servicio receptor para que este diligencie con calidad los registro clínicos, emplee las ayudas diagnósticas necesarias y se adhiera de manera efectiva al protocolo.

Las brechas encontradas durante el proceso de auditoria son consistentes al seguimiento de la víctima posterior a la prestación del servicio, muchos de los

casos eran debidos a que los datos personales no estaban completos o debido a que en la institución no está incluido dentro del protocolo. Los casos reportados al sistema de vigilancia epidemiológica de la secretaria de salud de Bucaramanga son de vital importancia para salud pública que podrá determinar que en una zona norte de la ciudad se están presentando caso de violencia sexual en menores de 14 años y a su vez una alarmas para instituciones del estado que velan por defender los derechos de los niños.

La mayoría de los casos de abuso sexual eran cometidos por personas muy cercanas a la víctima como lo eran padres, hermanos o tíos lo que deja una gran inquietud acerca de cómo se debe educar a la sociedad en la prevención de abuso sexual desde el núcleo familiar, o cómo orientar a los padres de familia para detectar cuando una menor está siendo víctima de abuso, o cómo orientar a nuestros niños a denunciar un acto de abuso o un intento del mismo si es causado por un familiar o desconocido. Sin embargo son muchas políticas que se pueden generar alrededor de un tema tan impactante y que genera un impacto negativo a la sociedad, como actor de salud la labor es prestar una atención oportuna y con calidad a la víctima.

19. RECOMENDACIONES

los hallazgos encontrados en el proceso de auditoria destacamos el reporte de vigilancia epidemiológica que cumple con los criterios de oportunidad y autocontrol para mejoramiento, orientados a la excelencia en resultados, cabe destacar el cumplimiento del diligenciamiento de la descripción del diagnóstico y el estado físico y mental de las víctimas es de vital importancia es un proceso que se lleva acabo de manera satisfactoria, la retroalimentación y socialización de manera frecuente sobre adherencia al protocolo de atención a víctimas de violencia sexual permite que el cumplimiento de las instituciones sea una herramienta que ayuden a mitigar el daño que se ha generado en este tipo de evento.

Las instituciones de salud deben trabajar de la mano con el sistema de vigilancia en salud pública para que los eventos sean reportados de manera oportuna de tal manera que permita a la sociedad conocer que estos hechos de violencia pueden ser denunciados y no van a quedar en la impunidad, que la víctima de violencia sexual conozca que tiene un equipo multidisciplinario dispuesto a ayudarle y facilitar su proceso en la reparación de secuelas físicas, psicológicas y emocionales que puede presentar.

BIBLIOGRAFIA

1. Maruaga S. Efectos de la violencia sexual en las mujeres. Rev AMS. Boletina 24,3-6. 2005.
2. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín epidemiológico Estadístico de violencia contra la mujer. 1-26.2015
3. Londoño B. Resolución 459 de 2012: Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Diario oficial 48.367.2012
4. Instituto canaria de igualdad. Guía para la atención a mujeres víctimas de violencia de género. Instituto Canario de Igualdad, 77-82.2011.
5. Aliaga p, Ahumada G. Sandra, Marfull J. Marisol. Violencia contra la mujer: un problema de todo. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 68, 75-78. 2003.
6. Piscoya. J. Calidad de la atención en salud a través de la auditoría médica. An. Fac. Med. 2000. vol. 61. No. 3. Pág. 227 a 240.
7. Gobernación de Santander, secretaria de planeación, fundación mujer y futuro. Diagnóstico de brechas de género en santander. 2009. Pág. 1 a 390.
8. Londoño B. Resolución 459 de 2012: Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Diario oficial 48.367.2012
9. Londoño B. Resolución 459 de 2012: Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Diario oficial 48.367.2012
10. Rohlfs I. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. Rev SESPAS. 17, 263-265. 2003.
11. Rohlfs I. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. Rev SESPAS. 17, 263-265. 2003.
12. Ramos L, Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. Salud pública Méx. 43, 182-191. 2001.
13. Casique I. Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. RMS. 72, 37-71. 2010.
14. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. WHO. 4-39. 2002.