

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DE MUJERES
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR EN CUATRO INSTITUCIONES DE SALUD
DE SANTIAGO DE CALI: UNA MIRADA DESDE LAS USUARIAS**

RUBÉN DARÍO NARANJO CAICEDO

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

DIRECTORA DE TESIS:

Doctora MARÍA EUGENIA DELGADO, PhD

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA ACADÉMICO DE POSGRADO**

SANTIAGO DE CALI, FEBRERO DE 2017

Contenido

Índice de tablas y figuras	3
Resumen	4
INTRODUCCIÓN	7
1. ANTECEDENTES	10
2. MARCO CONCEPTUAL.....	13
2.1 Percepción social	13
2.2 Opiniones	15
2.3 Violencia contra la mujer	16
2.4 Conocimiento acerca de la política de violencia contra la mujer (Ley 1257 de 2008).....	18
2.5 Calidad de la atención en salud a mujeres que consultan por eventos de violencias.....	18
2.6 Protocolo de atención en salud para mujeres víctimas de violencia.....	21
3. MARCO LEGAL.....	25
4. ESTADO DEL ARTE.....	27
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
6. OBJETIVOS	34
6.1 Objetivo General.....	34
6.2 Objetivos Específicos	34
7. METODOLOGÍA.....	35
7.1 Diseño del estudio.....	35
7.2 Área de estudio.	35
7.3 Muestra	39
7.4 Categorías de análisis del estudio.....	40
7.5 Procedimientos y análisis de datos.	41
7.6 Procesamiento y análisis de los datos utilizando el programa de análisis cualitativo Atlas Ti.....	42
7.6.1 Análisis de la información a partir de las salidas de datos generadas con el programa atlas. Ti	
7.5.4.	42
7.7 Calidad de los datos.	42
7.8 Aspectos éticos.	43
8. RESULTADOS.....	45
8.1 Conocimiento previo acerca de la política y normas sobre violencia contra la mujer que tienen mujeres maltratadas que consultan en cuatro instituciones de salud de Cali.	45
8.2 Opiniones y valoraciones de las mujeres maltratadas con relación al sistema de atención en salud: Percepción de la calidad de la atención.	49
8.3 Integralidad de la atención por los eventos de violencia contra la mujer: Enlace del sistema de salud con otras instituciones estatales	67
9. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	75
10. CONCLUSIONES.....	91
11. RECOMENDACIONES	95
12. REFERENCIAS	98
ANEXO 1.....	103
ANEXO 2.....	106
ANEXO 3.....	108

Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Marco Legal.....	25
Tabla 2. Conocimiento previo acerca de la política y normas sobre violencia contra la mujer.....	50
Tabla 3. Opiniones y valoraciones de las mujeres maltratadas con relación al sistema de atención en salud: Percepción de la calidad de la atención.....	67
Tabla 4. Integralidad de la atención por los eventos de violencia contra la mujer, enlace del sistema de salud con otros organismos.....	75
Figura 1. Mapa de Colombia y Valle del Cauca.....	36
Figura 2. Mapa de Santiago de Cali por comunas con las instituciones participantes.....	36

Resumen

Introducción

La violencia contra la mujer es una violación a los derechos humanos, la que históricamente, se ha hecho invisible a través de unas dinámicas de relación entre hombres y mujeres que la han permitido y en un sistema social que no ha hecho lo suficiente para impedirla. Cuando se ha intentado hacerle frente, se ha mostrado impotente por estar arraigada culturalmente. La violencia contra la mujer se materializa en desigualdades, afecciones para su integridad, en términos de la salud física y psíquica. Considerando que la política de violencia contra la mujer advierte una atención intersectorial a las mujeres víctimas, es pertinente conocer cómo es la atención de los servicios que se les brinda. En este sentido, es importante evaluar la calidad de la atención ofrecida en las instituciones prestadoras de salud. Los estudios regularmente se han hecho desde el lugar de las instituciones, desde el punto de vista de los profesionales e indagando sobre aspectos técnicos, no desde el lugar de las usuarias.

Objetivo

Esta investigación tuvo como objetivo conocer la percepción que tienen las mujeres usuarias de instituciones de salud acerca de la calidad de los servicios al consultar por eventos de violencia.

Método

Para la comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas de las usuarias de los servicios de salud se hizo una investigación exploratoria y descriptiva, utilizando métodos cualitativos como entrevistas semiestructuradas a once mujeres víctimas

de violencia que consultan en atención básica en las Redes de Salud del Estado en la ciudad de Cali y, a dos lideresas, conocedoras de la dinámica de atención en todo su conjunto.

Resultados

Se observó que casi ninguna de las mujeres conoce acerca de la política y de las normas sobre violencia contra la mujer y, el poco conocimiento que tienen lo han obtenido por los medios de comunicación y por experiencias cercanas. Con relación a la percepción sobre la calidad de los servicios de salud, muchas consideran que hay barreras al acceso del servicio así como no hay una preferencia a casos de violencia. Consideran las entrevistadas que hay mayor diligencia en estos casos pero cuando son acompañadas por personal de otras instituciones. A nivel técnico de la atención consideran muchas de las entrevistadas que hay negligencia y falta capacidad tanto en el personal de salud y del administrativo para casos de violencia contra la mujer. Consideran las lideresas entrevistadas que hay desconocimiento por parte del personal de atención en salud con respecto a los procesos y protocolos de atención para mujeres víctimas de violencia. Varias mujeres consideran que no hay un trato humano, respetuoso, la comunicación es poco clara y la interacción es fría y distante. Consideran las lideresas entrevistadas que una parte del personal de salud es cordial y respetuoso pero sólo cuando ellas están presentes. En relación con la integralidad de la atención por los eventos de violencia contra la mujer ellas valoran desarticulación; a través de voluntades aisladas en las instituciones de salud por algunos servicios donde se destacan los profesionales de ciencias sociales se logra poner en contacto a las mujeres con otras instituciones, pero esto no corresponde con programas montados ni con voluntades institucionales

Conclusiones

Frente a saberes expertos en que se han basado estudios sobre la calidad de atención en salud, en este caso para mujeres víctimas de violencia generada en el contexto de la familia, se alternó la mirada de las usuarias como propuesta de enriquecimiento al tomar sus percepciones en el mismo lugar de atención al iniciar la ruta crítica.

El conocimiento de las políticas y normas sobre las violencias contra las mujeres que tienen las mismas usuarias del sistema de salud está relacionado directamente con sus propias experiencias previas y con las de personas que les comparten acerca de ellas, así como la generada por los medios masivos de comunicación. No se constatan formas de alfabetización acerca de estas por parte de las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud aun cuando las normativas así lo exigen, particularmente a través de la estrategia de atención primaria del Ministerio de Salud.

Desde el contacto inicial que hacen las mujeres usuarias del servicio de salud por eventos de violencia en infraestructuras no diseñadas para estos eventos, entrevistándose con operarios del servicio desde el personal de seguridad hasta profesionales de la salud, hasta el contacto accidentado que hacen con otros organismos de atención, se evidencia un diseño de ruta desintegrado que responde a voluntades aisladas especialmente de profesionales de ciencias sociales pero que no logra articular las normativas dispuestas para la atención reparadora de las víctimas.

Palabras claves: Violencia contra la mujer, percepción, calidad de los servicios de salud, metodología cualitativa, políticas públicas.

INTRODUCCIÓN

Los análisis históricos revelan que la violencia contra la mujer no es un problema nuevo. Ella ha estado presente e inmersa hasta nuestros días de forma explícita e implícita en el contexto familiar, social, cultural, económico y político del país. En ese sentido podemos decir que hasta hace pocos años, expresiones tales como “mujeres golpeadas” o “abuso sexual” no habían sido considerados como sinónimos de problemas sociales graves. En otras palabras la violencia contra la mujer ha formado parte de nuestra vida cotidiana como consecuencia de una naturalización, lo que lo hacía parecer invisible, sin reconocimiento y, por tanto, silenciado y oculto (Blanco, Ruiz-Jarabo, García de Vinuesa, Martín-García, 2004).

Por violencia contra la mujer entendemos cualquier tipo de agresión contra su integridad física, mental, o de libertad de movimientos. Lo cual incluye todas las formas que la sociedad utiliza para oprimir a las mujeres de forma más o menos explícita. Esto circunscribe también la pornografía, el abuso sexual, la esterilización, la prescripción de drogas, la violencia en prisiones, el maltrato en instituciones sanitarias, entre otras (Mazarrasa, 2002).

Durante el siglo pasado la violencia contra las mujeres cobraría reconocimiento como uno de los temas de mayor preocupación y de acción internacional (Guerrero, 1990). Actualmente es considerado como una de los puntos más graves contra los derechos humanos.

Por todo ello, tanto desde la comunidad científica como desde los estamentos políticos, sociales y de salud se ha intentado abordar la problemática, pretendiendo proporcionar respuestas y soluciones que promulguen y reformen leyes que han mejorado los recursos de los sistemas sociales, para gestionar esta problemática. Además, ahondando en la realidad sanitaria como en el cumplimiento efectivo de protocolos de salud para detectar posibilidades de mejora pero desafortunadamente

con logros poco significativos. La causa de estos resultados radica en una problemática multifactorial arraigada culturalmente en nuestras sociedades contemporáneas. Esto nos señala que es necesario abordar esta realidad de manera continua y desde diferentes ángulos sociales.

La salud y la violencia de género

Particularmente, las instituciones de salud podrían considerarse un escenario perfecto de visibilización de la problemática de la violencia contra la mujer porque permitirían un posicionamiento distinto de las víctimas, a través del respaldo obtenido a través la atención sanitaria en las áreas de salud física y psicológica. En cambio reproducen formas de invisibilización de la violencia contra la mujer.

De acuerdo al Ministerio de Salud y de Protección Social (2000) los profesionales de la salud no preguntan a las mujeres si han sido víctimas de violencia. Al parecer, presentan dificultades para manejar el tiempo de consulta además creen acortar el tiempo de otros pacientes. Ellos mismos podrían ser víctimas, agresores o testigos de violencia en sus hogares, por lo que pueden ser también parte de este problema generándoles estrés y/o dificultad en su trabajo. Esto genera un no reconocimiento de la problemática frente a lo que puede representarles un espejo de reciprocidad. La atención frente a las violencias física y sexual, evidente por los signos y síntomas externos, se limita a una atención que no dimensiona la complejidad de la problemática.

Por otro lado, el Ministerio de Salud (2000) muestra algunas de las razones por las que las mujeres no informan sobre el maltrato. Señalan entre otras causas, que existe un temor ante la ausencia de seguridad familiar y personal. Por lo general las víctimas son amenazadas por sus victimarios, destacando además, mediante la experiencia de las mujeres la falta de resolución a su problemática o de respuestas poco eficientes y eficaces a su situación en consultas médicas previas.

Este estudio indagó sobre las percepciones de las mujeres usuarias en términos de la atención en salud específicamente cuando consultaron por violencia. Se destaca la pertinencia social que tiene este trabajo, al tratarse de una problemática que afecta a gran parte de la población lo cual lo clasificaría como un problema de salud pública no solo para la mujer maltratada sino para su entorno familiar y social. Este estudio también exploró y evaluó parte de las políticas nacionales que tratan sobre la violencia contra la mujer, abordándolas desde la atención en salud, enmarcadas en la visión de las propias mujeres afectadas.

Estudios de este tipo que evalúen las políticas de violencia contra las mujeres cobran gran relevancia hoy en día en nuestro país, ya que esta problemática grave de Salud Pública, en lugar de reducirse se incrementa con el tiempo. Según un estudio revelado por el Instituto de Medicina Legal, en 2015 se registraron 1.007 casos de mujeres asesinadas y hubo 16 mil denuncias de violencia sexual. Según este instituto, cada 13 minutos una mujer es víctima de algún tipo de agresión. Las ciudades con más reportes de agresión contra las mujeres son Bogotá, Cali y Medellín, siendo las menores entre los 10 y 14 años las principales víctimas.

1. ANTECEDENTES

Desde hace algunos años se vienen realizando estudios sobre las violencias contra las mujeres, que manifiestan la existencia de un desequilibrio en las relaciones que mantienen ambos sexos en la práctica de las esferas de la vida privada y pública en términos sociales, familiares, profesionales, políticas, económicos, religiosos, etc. De acuerdo a Villareal (2001), las relaciones de poder dominantes han situado tradicionalmente a la mujer en una posición de inferioridad con respecto al hombre, situación que trata de perpetuarse a través de un amplio espectro de manifestaciones violentas en términos sexuales, físicos, psicológicos, económicos, emocionales, entre otras.

Antes de la Constitución de 1991 en Colombia no existía el concepto de violencia contra la mujer, de género, intrafamiliar o violencia en el hogar. Sólo se podía denunciar por lesiones personales, recurso que usualmente no fue muy utilizado por las mujeres. Por tanto, podríamos decir que no existían delitos autónomos ni medidas de protección para las mujeres víctimas de la violencia (Gómez y otros 2013). Por primera vez en 1991 la nueva Constitución declarararía en el artículo 42 la igualdad entre la pareja, el respeto y la reciprocidad, además de situar en previo aviso la sanción por hechos de violencia en el hogar de la siguiente manera: *“Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y será sancionada conforme a la ley”*

A partir de 1993 la Organización de las Naciones Unidas se pronunciaría con respecto a la violencia contra la mujer (Viena 1993). De esta forma Colombia se manifestaría mediante la ley 248 de 1995 así: *“Por violencia contra las mujeres se entiende cualquier acto o conducta basada en el género que ocasione a la mujer*

muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en la esfera pública como en la privada" (Art. 1). (Gómez y otros 2013).

En 1996 se desarrollaría la ley 294 que pondría rotulo propio a la violencia intrafamiliar, sin embargo esta ley no se reglamentaría para otros ámbitos diferentes al de la familia. La ley 294 amplió incisos de la ley 42, además de instaurar medidas de protección para las víctimas de la violencia que estarían bajo la potestad de los jueces familiares. (Gómez y otros 2013). De esta manera exponemos algunos apartados resúmenes de la ley 294 (Gómez y otros 2013):

"Daño físico o psíquico, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar" (artículo 4) y caracterizó además delitos autónomos: la Violencia Intrafamiliar (Artículo 22), el Maltrato Constitutivo de Lesiones Personales (Artículo 23), Maltrato Mediante Restricción a la Libertad Física (Artículo 24) y la Violencia Sexual entre Cónyuges (Artículo 25 - Declarado inexecutable por la Corte Constitucional Sentencia C-285/97).

Pese a todos los esfuerzos y adelantos esta ley perdería fuerza, a causa de las modificaciones en el año 2000 (mediante las leyes 595, 599, 600). En este nuevo espectro las víctimas de la violencia podrían conciliar con los acusados lo cual limitaría obtener acuerdos justos con los maltratadores. Además de convertir las denuncias, querellables, desistibles, conciliable y exacerbables (Gómez y otros 2013). Sólo hasta el año 2005 se reuniría un grupo de mujeres bajo los lineamientos de Naciones Unidas que demandarían una ley específica contra la violencia de la mujer. Este grupo sería ampliado por una mesa de trabajo integrado por mujeres de la academia, la Subsecretaría de Mujer y géneros de la Alcaldía de Bogotá, asimismo avalado por Naciones Unidas, la Secretaría Técnica de la Defensoría del Pueblo, -Defensoría de los derechos de la Niñez, la juventud y la mujer- y la bancada de mujeres del Congreso de la Republica. Finalmente tres años después, fruto de todo este trabajo nacería la ley 1257 de 2008. (Gómez y otros 2013)

El municipio de Santiago de Cali mediante el Acuerdo No. 126 de 2010 aprobó e inició la implementación de la “Política Pública para Las Mujeres Caleñas: Reconocimiento, Equidad de Género e Igualdad de oportunidades 2010 – 2020”. Con el fin de buscar equidad y justicia social para la mujer caleña y reducir la brecha de género. La política pública de mujer ha permitido a la alcaldía planear e intervenir en los diferentes ámbitos con el fin de mejorar las condiciones de las mujeres del municipio, no obstante los presupuestos y las acciones son todavía insuficientes para solucionar las problemáticas que afectan esta población, a quienes se les siguen vulnerados sus derechos de manera permanente sobre todo desde la violencia de género.

2. MARCO CONCEPTUAL

El tema central de esta investigación es analizar la política actual relacionada con las violencias hacia las mujeres desde las experiencias y narrativas de las mismas actoras con relación al componente de salud que tiene dicha política. Así mismo, en su búsqueda de atención en instituciones de salud y en el proceso seguido de articulación con otras instituciones, según el protocolo vigente, se propone como conceptos matriz las percepciones y las opiniones de las mujeres víctimas de maltrato en relación con la calidad de los servicios de salud. Esta mirada desde las propias mujeres se hace necesaria a la hora de entender la problemática de la atención en salud como usuarias del sistema. Por otra parte, es necesario saber si las mujeres tienen algún conocimiento con relación a la política, más específicamente con la Ley 1257 de 2008.

2.1 Percepción social

La percepción es definida como un proceso constructivo producto de la interacción entre el sujeto y su medio físico y cultural (Cubero, 2005). Según esta autora, la percepción implicaría, por tanto, la adquisición de hábitos de inferencia ecológicamente válidos que varían en la medida en que las experiencias de los individuos sean distintas. Ello confiere sentido al estudio de las diferencias en la percepción y al análisis de las causas que la generan a través de la investigación de las prácticas cotidianas en las que los individuos participan y se desarrollan.

En ese sentido, el comportamiento de las personas, sus creencias, actitudes, valores, estilos de vida y modos de representarnos e interpretar la realidad, estarían moldeados por las condiciones de los contextos culturales e históricos en las que se desarrollan. Cubero (2005), explica de esta forma, cómo en el ámbito de la ciencia, muy pronto se han cuestionado los aparentes universales en la percepción y se han

buscado explicaciones de las diferencias encontradas en aspectos como las condiciones ecológicas, culturales e históricas.

Para Ibáñez (1988), el hombre no reacciona ante la realidad tal como es, si no ante la realidad tal y como él la construye, la interpreta, es decir según la percibe. Para el autor, la percepción es propuesta a partir de dos procesos inferenciales, el proceso comparativo y el proceso de categorización.

Toda interpretación de la experiencia, sobre todo en sus dimensiones evaluativas, implicaría necesariamente un proceso comparativo. En este sentido, afirma el autor, que “toda experiencia es relativa en relación al patrón con que se mide” (Ibáñez, 1988). Habría que determinar en este punto, las posibles analogías que harían las mujeres al consultar por eventos de violencia en instituciones de salud, con otro tipo de eventos, aquellos que usualmente relacionamos con las ofertas de atención en estos contextos, lo que podría implicar un reconocimiento tácito de la violencia como un problema de salud pública.

No obstante, esto habría que confrontarlo con las representaciones de los/as profesionales de la salud, que como ya se dijo antes, no valoran esta tema como un problema salud pública, concurriendo en su invisibilización, a la poca sensibilización y atención no consecuente definida en los protocolos internacionales y nacionales para las mujeres víctimas de la violencia.

Pero la experiencia además de implicar comparación y relatividad también envuelve categorización, este proceso lo define Ibáñez (1988) como el conjunto de procesos psicológicos que tienden a ordenar el entorno en términos de categorías, es decir, de conjuntos de objetos, personas, acontecimientos (o bien algunos de sus atributos) en tanto en cuanto son semejantes o equivalentes entre sí respecto a la actuación, las intenciones o las actitudes del individuo.

2.2 Opiniones

Díaz (1987), sostiene que las opiniones se forjan a partir de la interiorización de un código sociocultural y se expresan a través de un conjunto de signos (significantes y significados) compartidos por una comunidad, donde se encuentran las normas que determinan tanto lo social como lo culturalmente aceptado, superponiéndose a las individualidades y bajo criterios referenciales particulares.

La opinión es una toma de posición a partir de una convicción o creencia frente a un fenómeno, fundamentada, como afirma Beneyto (1961), en una realidad objetiva y como reflejo de la personalidad, de acuerdo a esto la define como “juicio y sentimiento”, señala. Le atribuye relación con la información o conocimiento del tema, con interés, raciocinio, emotividad y con las actitudes.

Toennies, citado por Díaz (1987), describe al menos dos tipos de opiniones, la una personal, más próxima al juicio, donde la fuerza de los factores sociales disminuye, reflejado más los verdaderos puntos de vista, deseos y propósitos individuales. Siendo este el enfoque que utilizaremos en esta investigación centrando la atención, en la mirada de las mujeres víctimas. La otra opinión, de carácter pública, *“potencia unitaria, expresión de la voluntad común e influencia”*, más ampliamente por el ambiente sociocultural. Entre sí no son necesariamente excluyentes: La manifestación de la una o de la otra depende de factores psicológicos, socioculturales, políticos, económicos e históricos, que influyen, los cuales originan los personajes y fenómenos del momento, e inclusive el interés a su alrededor. A su vez, la opinión puede revelar o no en su totalidad la actitud tomada, puesto que el pensar de una manera no significa actuar en consecuencia o viceversa.

De acuerdo a Nanda (1980), la opinión se ve afectada por diferentes procesos inherentes a la sociedad, a la cultura, a su dinámica y transformaciones.

Esencialmente, según la autora, intervendrían los procesos de socialización, endoculturación y deculturación.

2.3 Violencia contra la mujer

Guzmán M. (2002), define la violencia como sintomática, un medio, en la que convergen las divergencias de los actores violentos: De los seres violentos, de las víctimas, de los terceros y de los contextos, no se trata de reconocer el valor de la violencia a ultranza como un fenómeno fatal que no tiene remedio, sino en detectar en ella el indicio o el síntoma de que algo está mal en ese sistema social que requiere de una intervención social que ayude o catalice el cambio social que irracionalmente se está planteando.

Para el autor, la violencia como medio *“Indica síntomas no sólo del sistema social inmediato microsocietal donde se produce, sino también del mediato macrosocietal, que está en la sociedad, el cual proyecta patrones violentos hacia las personas a través de la educación y las costumbres”* (Guzmán, 2002).

De acuerdo a Guerrero (1990), la violencia hacia las mujeres ha sido una constante en la historia de la humanidad, como constante ha sido su naturalización. Considerándose como una violencia inevitable, oculta y como una cuestión en la que no había que entrar por entenderla dentro del ámbito de lo privado. Al estar naturalizada se negaba cualquier posibilidad de erradicación y se contribuía a su mantenimiento, justificándose desde la norma y valores sociales imperantes.

Según Guerrero (1990), desde los años setenta los movimientos feministas han traído consigo una nueva mirada sobre los problemas sociales, formulando diversas teorías para explicar el origen de la dominación del hombre sobre la mujer. Se ha hecho una crítica a la situación de subordinación que vienen soportando las mujeres y al mismo tiempo, se han identificado las causas que la soportan, generan y mantienen.

Conforme al Artículo Primero de la declaración oficial de la Naciones Unidas (1993), la violencia contra la mujer es definida como *“Todo acto que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada.”* Y de acuerdo a la ley 1257 de 2008, se amplía el concepto al incluir la violencia económica y patrimonial. Entre las múltiples formas de violencia contra la mujer se encuentran:

La violencia física, sexual y psicológica ocurrida en el contexto familiar incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violación por el marido o compañero permanente, el excompañero. También incluye la mutilación genital, la violencia ejercida por personas distintas al marido o compañero y la violencia relacionada con la explotación.

Las violencias físicas, sexuales y psicológicas a nivel de la comunidad, incluidas violaciones, abusos sexuales, acoso sexual en el trabajo, colegios y universidades, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada.

Es decir la violencia física, sexual y psicológica realizada no es tolerada por el Estado ni el ámbito privado ni público.

Incorpora además la violación de los derechos de las mujeres en situaciones de conflicto armado, asesinatos, esclavitud sexual, violencia sexual utilizado como arma de guerra y en general todo lo relacionado que impacta de manera diferencial y específica a las mujeres por causa de su condición femenina en el marco del conflicto armado colombiano.

2.4 Conocimiento acerca de la política de violencia contra la mujer (Ley 1257 de 2008)

Las políticas públicas son un punto de encuentro donde convergen diversos actores buscando dar respuesta a situaciones problemáticas. Son un proceso de interacción social dinámico y complejo, ya que involucra las percepciones, sentidos o significación de la realidad, que construyen cada uno de esos actores situados social y culturalmente (Delgado, 2013). Es por esto que es necesario analizar factores cognitivos y comportamentales que como el conocimiento-información, las acciones y las actitudes de los actores, están en la base de la implementación de una política como la de la violencia contra la mujer. Para que las políticas públicas y programas sociales puedan alcanzar su implantación, efectividad y desarrollo, es necesario entre otras, ciudadanos fortalecidos, empoderados, es decir, conocedores, conscientes y críticos; contextos y actores institucionales con actitudes favorables y dispuestos, que favorezcan el conocimiento y el involucramiento de los individuos y comunidades en esas políticas, facilitando sacar adelante la implantación de una política (Delgado, 2013).

2.5 Calidad de la atención en salud a mujeres que consultan por eventos de violencias

Si bien, los componentes de salud dentro de la Ley 1257 del 2008 comprenden otros apartados como los de promoción y prevención, también expone el concepto de acceso a una atención en salud con calidad en casos de violencia contra la mujer.

De esta manera en este estudio se trata la conceptualización de la calidad en atención en la salud, ya que nos permite identificar un mayor impacto a nivel de evaluación de programas y de políticas públicas en la violencia contra la mujer. Porque es allí donde se materializarían las acciones, tanto efectivas para el restablecimiento de derechos, como aquellas que harían visible la no usanza de

procedimientos adecuados en estos casos (embarazos indeseados o infecciones generadas frente a prácticas inadecuadas de protocolos en salud por ejemplo).

De acuerdo al Decreto 3039 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, la atención es entendida como el conjunto de acciones individuales del plan obligatorio de salud - POS contenidos en los regímenes contributivo y subsidiado, que buscan recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y a los programas y redes de protección.

En la evaluación o análisis acerca de la calidad de los servicios de salud hay tres dimensiones que se deben tener en cuenta (Ovretveit, 1992): La del usuario/a, la del profesional y la de la gestión. Estas dimensiones se corresponden con tres importantes grupos de interés, cuyas perspectivas deben integrarse para especificar la calidad de un servicio particular. De esta manera, las perspectivas de los/as usuarios/as son valiosas en sí mismas en vez de ser medidas sustitutivas de otras dimensiones de calidad (Gilson y Alilio, 1994). Las opiniones de los/as usuarios/as en cuestiones de calidad son así una parte importante del "proceso de democratización de los servicios de salud y de contrapeso a los poderosos intereses de las distintas profesiones y (tal vez) en la búsqueda de la soberanía del consumidor" (Calnan, 1988).

Por otra parte, la calidad estaría constituida por dos elementos: Uno objetivo, relacionado con los componentes físicos de la atención y, otro subjetivo, relacionado con la satisfacción y recuperación del usuario/a, desde su percepción y punto de vista (Maciel y Lima, 2004). Así, la evaluación de la calidad de los servicios de salud se ha ido convirtiendo en un área consolidada, con distintas líneas de abordaje, donde se evalúan tanto los elementos objetivos como los subjetivos, los que casi siempre son dejados de lado (Delgado, Vázquez y de Moraes-Vanderlei, 2010).

Todo esto ha ido conformando un campo de conocimiento apoyado en métodos y técnicas de las ciencias sociales, con dos vertientes fundamentales: La evaluación de los servicios de salud desde la perspectiva de los/as profesionales y la evaluación de los servicios desde la visión de los/as usuarios/as (Atkinson, 1996).

No obstante la gran mayoría de las investigaciones acerca de la calidad en salud toman las evaluaciones desde el punto de vista de los/as profesionales y desde la perspectiva técnica, como criterios definidos para el mejoramiento de los resultados en salud (Atkinson, 1993). La calidad de un servicio de salud como construcción social, no debe responder sólo al conocimiento "experto" del personal e instituciones de salud, sino de todos/as los/as agentes involucrados/as, que desde sus percepciones y prácticas cotidianas, también contribuyen al marco interpretativo de calidad (Delgado, Vázquez y de Moraes-Vanderlei, 2010). Por esto en los últimos años, la evaluación de la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva de los/as usuarios/as ha tomado relevancia, ya que es necesario conocer percepciones, creencias, opiniones, actitudes y propuestas de los/as usuarios/as, para que las instituciones de salud (EPS e IPS) las recojan para mejorar los servicios de salud (Delgado, 2009).

Según la ley 1257 del 2008, para dar cumplimiento a los derechos de la mujer contempla -en lo que corresponde al sector salud- que *“las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras de Régimen Subsidiado serán las encargadas de la prestación de servicios de asistencia médica, psicológica y psiquiátrica a las mujeres víctimas de violencia, a sus hijos e hijas”* (Ley 1257, 2008). Es necesario entonces, evaluar la calidad del servicio percibido por las mujeres en estos servicios. En este sentido, se tomaron parte de las categorías y se adoptaron otras a partir de las propuestas en el 2010 por las autoras Delgado, Vázquez y de Moraes-Vanderlei; las que además contemplan características y elementos del protocolo de Atención. Así se tomaron categorías como:

- A. Conocimiento previo que acerca de la política y normas sobre violencia contra la mujer tienen mujeres maltratadas
- B. Opiniones y valoraciones de las mujeres maltratadas con relación al sistema de atención en salud:
 - i. Adecuación de la estructura de servicios*
 - Accesibilidad a la institución*
 - Trato equitativo*
 - Acceso a la información*
 - Disponibilidad de recursos e infraestructura física*
 - Disponibilidad de insumos y medicinas*
 - Disponibilidad de recursos humanos suficientes y especializados*
 - ii. Nivel técnico de la atención*
 - Cualificación técnica del personal de salud*
 - Resolutividad*
 - iii. Humanización de la asistencia*
 - Relaciones empáticas y respetuosas*
 - Comunicación asertiva*
- C. Integralidad de la atención por los eventos de violencia contra la mujer

2.6 Protocolo de atención en salud para mujeres víctimas de violencia

Hablar de un protocolo para atención en salud a mujeres que consultan por eventos de violencias puede hacerse inexacto, por las múltiples variables de atención que pueden resultar en asociación a las variadas formas de violencia. Es decir, podríamos hablar de un protocolo de atención para cada una de ellas, por lo que se ha decidido presentar aquí, de forma resumida, dos protocolos de atención que compilan en buena parte, las distintas formas de atención en tales casos.

1. Los definidos en la Guía de atención de la mujer maltratada (2000), quizá es el único manual que cubre todas las formas de violencia.

2. El que refiere atenciones exclusivamente para violencia de carácter sexual (Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual-2012). La evaluación a la calidad de los servicios de salud prestados a mujeres víctimas de violencia, integraría estas dos vertientes de atención.

El primer protocolo de atención en salud para las distintas formas de violencia contra la mujer propuesto desde hace dieciséis años -Guía de atención de la mujer maltratada, adoptada en el año 2000 por el Ministerio de Salud-, define acciones en todos los momentos relacionados con la atención de las usuarias:

- a. En primer lugar se aborda el tema de la detección de la violencia contra las mujeres, advirtiendo las dificultades que pueden tener las mujeres en la búsqueda de servicios de salud y resaltando las que pueden ser oportunidades para que los profesionales de la salud identifiquen los casos. La guía indica las condiciones en las cuales debe hacerse la valoración en cuanto a privacidad y trato de las mujeres, la documentación del caso y la atención de las posibles lesiones físicas.
- b. Se hace referencia también a la consulta por psicología, sin embargo, esta se presenta más, como una atención diagnóstica sin que se precise como parte de un tratamiento más amplio. Como parte de la atención se indican acciones en cuanto a hospitalización, protección, notificación al sistema de vigilancia de salud pública, denuncia, consulta con el agresor y el seguimiento de los casos. Esquemas similares se elaboran para la atención de violencia física, psicológica y sexual.
- c. Describe las acciones pertinentes para la promoción, prevención y atención de la violencia psicológica, física, sexual, negligencia, abandono y el síndrome del bebé zarandeado, concepto usado en la Guía para referir el agitación vertiginosa de los recién nacidos frente a desespero del cuidador cuando no logra calmarlos.

- d. Propone atención por Equipo interdisciplinario para las distintas formas de violencia, uso de medicamentos y pruebas diagnósticas cuando se muestran pertinentes, uso de vacunas, hospitalización y remisiones a otros niveles de salud de mayor complejidad cuando se muestra necesario.
- e. Integra acciones del sector salud con otros Organismos: Protección (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Hogares de acogida, entre otros) y Justicia (Policía, Comisarías de Familia, Fiscalía, entre otros).

El segundo protocolo, se puntualiza la atención para las mujeres que consultan por violencia sexual (Resolución 459 de 2012, por el que se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual). Este segundo protocolo permite un tránsito de una normatividad general –para hombres y mujeres-, en gran parte circunscrita a la violencia dada al interior de la familia, para ocuparse propiamente de la violencia contra la mujer, principal grupo afectado, en la modalidad de las agresiones sexuales, por ser estas de tal impacto para la salud de las mujeres que se hace necesaria su diferenciación.

El Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual destaca algunos elementos importantes a tener en cuenta, resaltando que esto sale de los lineamientos que da la ley 1257 en sus principios:

- a. Carácter de urgencia médica que siempre tiene cualquier caso de violencia sexual, independiente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud y el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.
- b. El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del

conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).

- c. La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
- d. Los derechos de las víctimas, a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre estos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan.
- e. Claridad en la forma de acceder a los servicios de salud disponibles en la zona para las víctimas de violencia sexual.
- f. Los horarios de atención de esos servicios de salud, hace énfasis en aquellos que están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana.
- g. Los beneficios en salud para las víctimas de violencia sexual derivarán de una atención oportuna y adecuada.

3. MARCO LEGAL

Este marco está compuesto por una serie de leyes y decretos que incluyen la atención a las violencias contra la mujer, con el ánimo de ordenarla y promoverla legalmente. Se presenta en la Tabla 1 algunas normativas, iniciando con las dos de mayor reconocimiento internacional a las cuales el Estado colombiano se acogió y, de manera cronológica, se presentan posteriormente las de carácter local.

Tabla 1. Marco Legal

Norma	Año	Expedida por	Contenido
Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de la Mujer, CEDAW	1981	ONU	Establece que, “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer.
Constitución Política de Colombia	1991	Congreso de la República	Artículos 2, 5, 13, 15, 17, 40, 42, 44, 45 y 46 promueven la libertad, igualdad, protección, trato sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.
Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará)	1994	ONU	Señala que la violencia contra las mujeres es una violación a los Derechos Humanos, limita total o parcialmente a la mujer en el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades.
Resolución 412, Guías de la menor y de la mujer maltratada	2000	Ministerio de Salud y de Protección Social	Caracteriza la violencia contra las mujeres y distingue diversas formas de violencia. En esta guía se definen acciones en todos los momentos relacionados con la atención de mujeres víctimas.

Sentencia C-355	2006	Corte Constitucional	Despenalización del aborto en casos específicos, incluye cuando el embarazo sea el resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, incesto o de inseminación artificial.
Ley 1257 de 2008	2008	Ministerio de Salud y de Protección Social	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres. En el Decreto reglamentario 4796 de 2011, se definen las acciones necesarias para detectar, prevenir y atender integralmente a través de los servicios que garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las mujeres víctimas de violencia y se implementan los mecanismos para hacer efectivo el derecho a la salud.
Ley 1438	2011	Ministerio de Salud y de Protección Social	Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y dicta otras disposiciones. En el Artículo 54, dispone el restablecimiento de la salud de las mujeres víctimas de la violencia.
Acuerdo 029 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES	2011	Ministerio de Salud y de Protección Social	Define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. En el Artículo 18 define la atención psicológica y/o psiquiátrica de mujeres víctimas de violencia.
Resolución 459	2012	Ministerio de Salud y de Protección Social	Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en salud para Víctimas de Violencia Sexual.

Fuente: Construcción propia

4. ESTADO DEL ARTE

De acuerdo a Sagot (2000), la mayoría de los estudios sobre violencia y maltrato contra las mujeres, se centran en los factores de riesgo, causas sociales y culturales de la problemática, tipos de violencias, percepción del maltrato, factores desencadenantes, perfil de las mujeres maltratadas, etc. Por ejemplo algunos estudios muestran la existencia de factores de riesgo que describen la proclividad hacia la violencia en el contexto familiar. En este sentido, Antoni y Koller (2007) en un estudio en la sociedad brasileira encontraron varios factores de riesgo que propician la violencia en dicho contexto. Destacan la dificultad de vínculo entre los miembros del entorno familiar, con baja cohesión entre ellos y estructura jerárquica con la centralización del poder en la figura paterna, comportamientos agresivos que denotan la fragilidad de las relaciones y la vulnerabilidad de la familia, baja escolaridad, roles idealizados al interior de la familia, que implican que la mujer asuma con mayor rigor la educación y crianza de los hijos/as, mientras el padre es percibido de forma exclusiva como proveedor de recursos: “Os indicadores de risco relacionados aos Papeis Familiares indicam as formas como sao desempenhados os papeis esperados no contexto familiar, como o de mae, pai, filho e irmao. Ainda persiste na sociedade brasileira uma idealizacao sobre os papeis familiares, como o da mae ser responsavel pela educacao e criacao dos filhos e do pai o provedor financeiro. No entanto, no cotidiano familiar, os papeis estao sobrepostos e nao sao tao nitidos assim...” (Antoni y Koller, 2007).

Otros estudios realizados por mujeres (Sagot, 2000), han introducido nuevos conceptos como patriarcado, ámbito público/privado, trabajo no remunerado, androcentrismo, género, relaciones de poder, etc., términos que permiten analizar la situación de las mujeres con otras perspectivas analíticas. Han ido develando que la violencia no es una violencia fortuita, considerando que uno de los factores de riesgos para padecer violencia es ser mujer y que la violencia hacia las mujeres es

una cuestión de poder, basada en un desigual reparto de papeles entre mujeres y hombres, que se sigue perpetuando por las propias inercias sociales y que, para erradicarla, se necesita una voluntad por parte de los gobiernos y la participación de la sociedad en su conjunto.

Rincón, Salazar y Torres (2005), destacan los hallazgos que revelan que la violencia contra la mujer es un problema sociocultural, en el cual está presente la pobreza económica y el bajo nivel educativo. Pese a ello, aclaran, que es un mito que la violencia familiar ocurra sólo en los estratos sociales bajos, ya que los victimarios y víctimas de dicha violencia proceden de todos los estratos socioeconómicos y no se pueden considerar como causantes de los ciclos violentos.

Un estudio realizado en Bogotá por Klevens (2001), mediante entrevistas a 3.157 mujeres que acudían con sus niños a la consulta pediátrica para valoración, concluye que el 26,5% habían sido abofeteadas o empujadas por su compañero actual y 13,3% manifiestan haber sido agredidas gravemente mediante golpes con el puño cerrado o con algún objeto, que habían recibido patadas o golpes y amenazas con un cuchillo o arma de fuego. Además de lo anterior, 26,2% de ellas indicaron que su compañero les imponía alguna prohibición.

Freire (2002), en un estudio realizado en Brasil encontró un índice de violencia en pareja del 80% ejercida por el hombre contra la mujer. Pero no todas las mujeres que son maltratadas a manos de sus parejas se dan cuenta que lo son, fue lo mostrado en otro estudio cualitativo realizado en Medellín (Jaramillo, 2000), que revela que tan sólo el 54,1% de las mujeres golpeadas se sienten maltratadas y que esta percepción del maltrato decrece con la edad de las mujeres.

Todos los autores tratados en este apartado encuentran que los factores desencadenantes de los malos tratos fundamentalmente son: El consumo de

alcohol, de drogas o a los celos (García, 2002). Algunos puntualizan más en el número de factores que pueden desencadenar violencia en el contexto familiar, incluyendo el nivel socio económico, la condición étnica, la religión, la lengua y el nivel educativo (Alatorre, 2000).

Por otro lado, cabe decir que el ámbito privado, es decir, la casa, es el lugar donde ocurren con mayor frecuencia los actos de violencia y que siempre es perpetrada contra los miembros de la familia más vulnerables, ya sea por razón de edad (menores o ancianos), género, salud, discapacidad, etc. (Klevens, 2001).

Y en cuanto a prevalencia de casos de violencias contra las mujeres, otros estudios más recientes, como la denominada “Macroencuesta de violencia contra la mujer en España” (2015), revelan que El 15,5% de las mujeres residentes en este país de 16 y más años afirman haber sufrido violencia física, así mismo, el 25,4% de las mujeres residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia psicológica de control, el 21,9% violencia psicológica emocional y el 10,8% violencia económica de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.

Y a nivel mundial, de acuerdo a la ONU (2016), las cifras recientes de la prevalencia de estos casos indican que alrededor de 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. La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, según el mismo organismo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja y un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja.

Respecto a la atención en salud para los casos de violencia hacia las mujeres, son muchos los profesionales que han mostrado interés y sensibilización creciente sobre el tema (Carcedo, 2000). Abundan los protocolos y programas sanitarios que se han desarrollado en relación con las distintas formas de violencia contra la mujer. Según el Ministerio de Salud (2000), se han clarificado ya aspectos sobre lo que los profesionales deben estar alerta, además, les asesoran sobre cómo actuar, exponen los recursos con que se cuentan, tanto sociales como sanitarios, las consecuencias que tiene para la salud de la víctima como para la salud de los miembros de la familia. Hablan de la importancia de las atenciones integrales, la particularizada para la atención profesional, el enlace con otros servicios y la remisión a Organismos de Justicia y Protección, que por otro lado es de obligatorio cumplimiento para el profesional (Guía de atención a la mujer maltratada, Resolución 412 de 2000). Pero aun así, tanto la detección de casos como la atención a víctimas se muestra insuficiente para el propósito de una atención que permitiera dimensionar la complejidad de la problemática.

Otros estudios acerca de la violencia contra la mujer, planteados desde el sector de la salud (Coll, 2008) revelan que los/as profesionales de la salud valoran la violencia contra la mujer en el contexto familiar, como un tema social del ámbito de lo privado, no relacionado con el quehacer sanitario; lo cual deriva en la no visibilización de la problemática y con esto en la no aplicación garantista del protocolo de atención en salud.

Algunos estudios que se acercan desde el sector salud a la problemática de violencia contra la mujer, se centran sobre la visión de los profesionales de la salud (Blanco, Ruiz-Jarabo, García de Vinuesa, Martín-García, 2004), pero son pocos o casi inexistentes, los estudios sobre la percepción que las mujeres violentadas tienen de la atención -en el momento crítico- ofrecida en los servicios de salud y de

la aplicación de los protocolos que las protege; de ello depende en gran parte su recuperación y la garantía del restablecimiento de sus derechos.

Estudios que valoren la calidad de la atención prestada a mujeres víctimas de las violencias, desde su propia visión y experiencia, son escasos o inexistentes. Por esto, en esta investigación se propuso revisar desde una visión cualitativa, la percepción de las usuarias del sistema de salud acerca de la calidad del servicio prestado, destacando la aplicación y cumplimiento de los protocolos que deben contemplar los profesionales de salud en estos casos; para lograr no sólo su recuperación, sino también el restablecimiento de sus derechos.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Particularmente, las instituciones de salud podrían considerarse un escenario perfecto de visibilización de la problemática de las violencias contra las mujeres porque permitirían un posicionamiento distinto de las víctimas a través del respaldo que podrían obtener a través de la atención sanitaria en las áreas de salud física y psicológica. A cambio de esto, se reproducen formas de invisibilización de la problemática (Guía de atención de la mujer maltratada – Ministerio de salud, 2000).

De acuerdo al Ministerio de Salud y de Protección Social (2000) los profesionales de la salud no preguntan a las mujeres si han sido víctimas de violencia. Al parecer, presentan dificultades para manejar el tiempo de consulta además creen acortar el tiempo de otros pacientes. Ellos mismos podrían ser víctimas, agresores o testigos de violencia en sus hogares, por lo que pueden ser también parte de este problema generándoles estrés y/o dificultad en su trabajo. Esto genera un no reconocimiento de la problemática frente a lo que puede representarles un espejo de reciprocidad. La atención frente a las violencias física y sexual, evidente por los signos y síntomas externos, se limita a una atención que no dimensiona la complejidad de la problemática.

Por otro lado, el Ministerio de Salud (2000) indica que muchas mujeres no informan sobre el maltrato. Señalan entre otras causas, que existe un temor ante la ausencia de seguridad familiar y personal, donde por lo general las víctimas son amenazadas por sus victimarios.

La presente investigación cobra pertinencia social puesto que la violencia contra la mujer en nuestro país es una problemática que afecta a gran parte de la población, por lo que indudablemente es un problema de salud pública. Además,

son escasos en nuestro medio la evaluación desde la visión de los usuarios y usuarias de la aplicación y desempeño de protocolos en salud. Así, este trabajo pretende contribuir a aumentar el conocimiento con relación a la aplicación en el ámbito de salud del protocolo de atención integral en salud para víctimas por violencias, derivado de los lineamientos que da la ley 1257 del 2008.

Este estudio indagó sobre las percepciones y opiniones de las mujeres usuarias en términos de la atención en salud específicamente cuando consultaron por violencia. También exploró el conocimiento que tienen las mujeres acerca de las políticas nacionales y normas que tratan sobre las violencias contra las mujeres, abordándolas desde la atención en salud, enmarcadas en la visión de las propias mujeres afectadas.

En este sentido, la pregunta general que se intenta responder es la siguiente:

¿Cuál es la percepción de la calidad de la atención en salud que tienen las mujeres víctimas de violencia familiar en cuatro instituciones de salud de Santiago de Cali?

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Develar y describir desde las experiencias de mujeres maltratadas, el conocimiento que tienen acerca de la política y normas contra la violencia hacia las mujeres, así como las percepciones y opiniones que tienen acerca de la calidad de la atención en cuatro instituciones de salud de Santiago de Cali.

6.2 Objetivos Específicos

- Develar el conocimiento que tienen las mujeres maltratadas acerca de la política y normas contra la violencia hacia las mujeres
- Conocer y describir las opiniones y valoraciones que tienen las mujeres sobre la atención recibida por eventos de violencia en cuatro instituciones de salud de Santiago de Cali
- Conocer si a las mujeres que solicitan atención por situaciones de violencia en los servicios de salud se les orienta para hacer un enlace o consultar con otras instituciones de salud y otros organismos del Estado

7. METODOLOGÍA

7.1 Diseño del estudio.

Es un estudio exploratorio-descriptivo de tipo cualitativo. Esta estrategia de investigación es apropiada en el presente caso porque una de las mayores fortalezas es que permite una mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas del comportamiento humano, así como de los procesos vividos por las actoras sociales.

El diseño incluye como fuente principal las Entrevistas semiestructuradas, que para Ruiz, J. (1999), son como una conversación provocada por el entrevistador, dirigida a sujetos elegidos sobre la base de un plan de investigación, guiada por el entrevistador y sobre la base de un esquema flexible y no estandarizado de interrogación. En la entrevista semiestructurada, el entrevistador dispone de un guion, que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador.

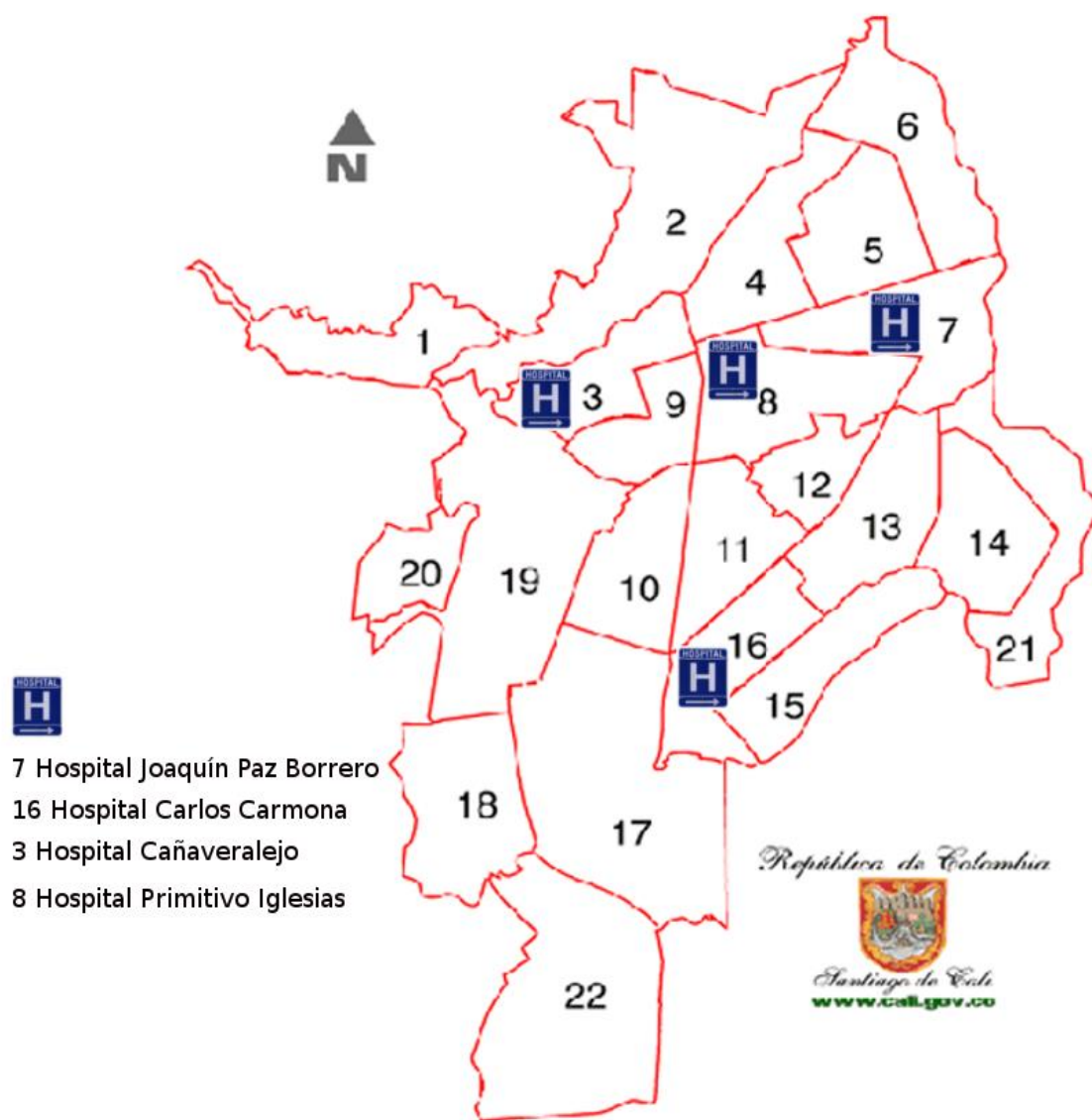
7.2 Área de estudio.

El estudio se desarrolló en 4 hospitales básicos de las Redes de Salud del Estado en la ciudad de Cali, instituciones de salud de atención primaria que prestan junto a servicios de consulta externa el de urgencias, contexto específico donde consultan las mujeres y que configuran por lo tanto el centro específico de estudio. Los hospitales se encuentran en zonas populares de la ciudad, con estratificación socioeconómica 1, 2 y 3, cuya población se encuentra principalmente adscrita al régimen de salud subsidiado.

Figura 1. Mapa de Colombia y Valle del Cauca



Figura 2. Mapa de Santiago de Cali por comunas con las instituciones participantes



Cali

Cali es la capital del departamento de Valle del Cauca, tercera ciudad más poblada de Colombia. Cuenta con 2.319.684 habitantes (DANE, 2005). Según cifras reportadas por el DANE (2013) en el 2010 la pobreza en el área metropolitana de Cali, se ubicó en 26.1% y en el 2011 bajó a 25.1%. Factores como una mayor cobertura y calidad en servicios públicos, mayor subsidio en educación entre otros, han contribuido a su mejoría. En cuanto a la distribución de la población, Cali es una

ciudad habitada por gente joven según estadísticas del DANE (2013), donde el grueso de la población es menor de 40 años. La tasa de analfabetismo total de Cali es del 6%, la cual es alta comparada con el promedio de las principales ciudades del país que oscila en 4,9%.

En lo relacionado con el nivel educativo de la población, de acuerdo al Plan territorial de salud de Cali (2013), la oferta de instituciones educativas para el municipio de Cali en el año 2009 fue de 2703 instituciones distribuidas en 38,5% de nivel preescolar, 36,6% para educación básica primaria y 24,9% para educación básica secundaria y vocacional. A nivel de servicios de salud, Cali cuenta con 11 instituciones públicas de atención en salud. Cada comuna de la ciudad (22 en total) está cubierta por una red de servicios en salud, la cuales se organizan como Red de Salud del Norte (Comunas 2, 4, 5, 6, 7); Red de Salud del Centro (Comunas 8, 9, 10, 11, 12); Red de Salud de Ladera (Comunas 1, 3, 17, 18, 19, 20); Red de Salud Suroriente (Comuna 16); Red de Salud Oriente (Comunas 13, 14, 15 y 21). A nivel de servicios de salud privado, Cali cuenta con 33 clínicas (Plan territorial de salud, 2013-2015).

En lo que respecta a la cobertura de aseguramiento de salud en Cali, se observa que esta se ha acrecentado en los últimos años, pasando de 75,3% en diciembre de 2003 a 94% en diciembre de 2011, con 1.410.642 afiliados al régimen contributivo (62%) y 644.320 afiliados al régimen subsidiado (28%) y 90.786 pertenecientes a regímenes especiales (4%)⁷⁸. A septiembre de 2011 se reportaron 648.272 afiliados al régimen subsidiado con subsidio pleno mientras 70.731 disponían de subsidio parcial (DANE, 2013).

Ahora bien, según la base de datos del Ministerio de Salud con corte a Diciembre de 2011 se encontró un total de 2.576.790 personas afiliadas de las

cuales 69.1% se encontraban en el régimen contributivo, 30,4% en el subsidiado y 0,5% en regímenes especiales (Plan territorial de salud Cali 2013-2015).

7.3 Muestra.

Se realizó una muestra teórica intencionada (Martín y Salamanca, 2007), la que se saturó con la información recogida en las entrevistas realizadas en las unidades de trabajo del estudio, 4 redes de salud de atención básica. Si bien inicialmente se había presupuestado la participación de las 5 Redes de Cali, una de ellas, la Red de Salud Oriente no permitió el acceso. En total participaron 13 mujeres, 11 consultantes de los servicios de salud por sus situaciones particulares de violencia y 2 lideresas, quienes cuentan con amplio conocimiento de la política relacionada con la atención de mujeres víctimas y quienes les sirven de enlace a ellas con los distintos organismos de atención.

Criterios de selección.

a. Mujeres a partir de los 15 años de edad. Según estimados epidemiológicos de la ciudad de Cali, la violencia se recrudece contra la mujer a partir de la edad fértil, en tanto que es ahora valorada de forma distinta, donde se entrecruzan nuevos intereses principalmente de intercambios erótico afectivos entre los miembros, quedando la mujer expuesta (Espinosa, 2008), por lo que se propuso esta franja de edad.

b. Mujeres afectadas por cualquier forma de violencia en el momento de la entrevista.

c. Mujeres consultantes en las instituciones de salud seleccionadas en este estudio. Las participantes deberían haber iniciado un contacto con el prestador de servicio de salud en el transcurso de los 12 meses anteriores a la fecha de recolección de información.

- d. Las informantes deberían estar dispuestas a narrar sus experiencias por voluntad propia y permitir que se grabara la entrevista.

7.4 Categorías de análisis del estudio.

A. Conocimiento previo que acerca de la política y normas sobre violencia contra la mujer, tienen mujeres maltratadas que consultan en cuatro instituciones de salud de Cali. La categoría conocimiento previo recoge del discurso de las mujeres la información que tenían previamente, sobre sus derechos para el cumplimiento de la atención en salud con calidad por eventos de violencia.

B. Opiniones y valoraciones de las mujeres maltratadas con relación al sistema de atención en salud: Percepción de la calidad de la atención. Esta categoría se refiere a las percepciones de las mujeres acerca de la calidad de la atención en las instituciones de salud considerando todo el proceso de atención. Se tiene en cuenta aspectos como:

i. Adecuación de la estructura de servicios: Cómo es la Accesibilidad al servicio de urgencias (cómo lo contempla el protocolo). El tiempo de espera. Disponibilidad de recursos humanos suficientes y adecuados y de instalaciones físicas. Incluye la información ofrecida por las instituciones de salud sobre procedimientos y protocolos de atención en salud y/o de atención jurídica y de protección por eventos de violencia.

ii. Nivel técnico de la atención: Describe la capacidad técnica del personal sanitario y la capacidad de resolutiveidad.

iii. Humanización de la asistencia: Los aspectos interpersonales; calidez en la relación, confidencialidad y privacidad

C. Integralidad de la atención: Esta categoría retoma de manera concreta la percepción que hacen las entrevistadas sobre la atención recibida en las

instituciones de salud y suma la mirada frente a la percepción por la articulación del sistema de salud con otras instituciones de este sector y organismos de justicia y protección.

7.5 Procedimientos y análisis de datos.

Primera etapa:

Acercamiento al contexto hospitalario y estudio piloto

- Preparación de la guía de las entrevistas a profundidad con base en las categorías de análisis del estudio
- Realización de entrevistas piloto para ver la idoneidad de la guía propuesta, así como dificultades que pudieran haber podido aparecer tanto para el investigador como para las mujeres entrevistadas
- Contacto con las instituciones de salud previendo las personas que participarán en el estudio

Segunda etapa:

Recogida y análisis de los datos

- Realización y grabación de las entrevistas en profundidad a las informantes clave
- Transcripción de las entrevistas

7.6 Procesamiento y análisis de los datos utilizando el programa de análisis cualitativo Atlas Ti.

Análisis de los datos: Se hizo a través de la herramienta informática de soporte de textos Atlas.ti 7.5.4. También se consideraron todos aquellos datos expuestos en el diario de campo, que tienen que ver con las impresiones y sentimientos del investigador, como otros aspectos ligados a la comunicación no verbal detectados en las mujeres.

7.6.1 Análisis de la información a partir de las salidas de datos generadas con el programa atlas. Ti 7.5.4.

Contando con el apoyo en la salida de material rico en alusiones bajo la solicitud de las subcategorías y categorías principales del estudio - las que están contenidas en el libro de códigos- se realiza un plan de análisis siguiendo la estructuración en el mismo orden del contenido del libro de códigos. Cada salida realizada por categoría se transforma en documentos de Word. Dichos documentos son el insumo inicial para realizar un primer barrido analítico sobre la totalidad de los documentos por los temas centrales del estudio. Es el punto en el cual se pudieron evidenciar los primeros aspectos de contraste en los materiales discursivos de las entrevistadas y con lo cual se logró organizar y agrupar los datos alrededor de núcleos comunes y así identificar categorías emergentes.

7.7 Calidad de los datos.

El control de la calidad de una investigación cualitativa es un proceso de verificación que no corresponde a una tarea lineal y segmentada, sino, por el contrario, es un proceso articulador, reiterativo y constante durante todo el proceso investigativo (Delgado, Vargas y Vázquez, 2011). Por esto el análisis de datos se

realizará de forma concomitante a lo largo de todo el proceso de investigación, ya que la investigación cualitativa no culmina en el proceso de investigación, sino que es un ejercicio permanente que se inicia con el diseño del proyecto y que va guiándose a partir de la información que se recoge.

- Para garantizar la credibilidad (validez interna) se tuvo en cuenta un diseño adecuado de la muestra, recogida de datos sistemática e intensa, descripción del análisis de forma sistemática, revisión de los resultados con las mujeres participantes, triangulación con revisores externos y descripción detallada de todo el proceso y triangulación
- Para asegurar la transferibilidad (validez externa) se hizo un diseño adecuado de la muestra, descripción detallada de todo el proceso.
- Para garantizar la dependencia (confiabilidad) se tuvo en cuenta el desarrollo sistemático y descripción detallada del análisis, un analista externo que es la directora de la tesis y alguno de los jurados de la tesis, descripción detallada de todo el proceso, y triangulación de técnicas y analistas de los datos.

7.8 Aspectos éticos.

De acuerdo a la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se ha considerado la prevalencia del criterio de respeto a la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de las mujeres consultantes por eventos de violencia en instituciones de salud, viable a través de las siguientes consideraciones:

- Todas las participantes del estudio participaron de forma voluntaria. Las grabaciones fueron realizadas previo consentimiento informado de las participantes, tanto de forma oral como escrita
- Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos y de las participantes en el estudio, no revelando nombres, ni ningún otro dato que pueda favorecer su identificación
- Previendo que este estudio pudo crear expectativas de resolución de situaciones concretas vividas por las mujeres participantes, se les explicó claramente que ese no era el objetivo del estudio y, que por lo tanto, no pretendía ni se comprometía a dar solución a las mismas
- Además, un riesgo que se pudo prever fue el incremento de la angustia de las mujeres al relatar hechos dolorosos, el cual fue controlado; no se contemplaron riesgos mayores

8. RESULTADOS

En este capítulo se presenta la descripción de los resultados obtenidos a partir de las entrevistas a las mujeres consultantes en las instituciones de salud por eventos de violencia generados en el contexto de la familia. Los discursos de las mujeres se organizan a través de las categorías de análisis del trabajo -previamente definidas- y en el siguiente orden:

8.1 Conocimiento previo acerca de la política y normas sobre violencia contra la mujer que tienen mujeres maltratadas que consultan en cuatro instituciones de salud de Cali.

Al preguntarles a las mujeres si conocían acerca de normas y sus derechos en salud para atención en caso de violencia, la gran mayoría contestó no saber nada: “No, no sé”; “No, nada”. [Mujeres entrevistadas Red de Salud Centro]. “Pues realmente casi no conozco nada porque casi no salgo de la casa, a veces no me doy cuenta, veo muy poco televisión, periódicos, revistas, hasta por eso mismo será que no se bien las, los derechos que tiene uno” [Mujer entrevistada Red de Salud Norte]

Unas pocas mujeres, a partir de experiencias previas de situaciones particulares de maltrato en sus familiares o en personas cercanas a ellas, tenían esto como referencia, permitiéndoles tener conocimientos o intuir frente a lo que debiera hacerse:

“A Mi hermana el marido la maltrataba mucho, ella nunca venía a Primitivo Iglesias, hasta que vino, la atendió el doctor y todo pero ella no le puso demanda ni nada a él”
[Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

“Conozco una, de una persona cercana, al parecer se quedó corta porque cada cual hace su pedazo en salud la atención correspondiente, entre otras cosas con todas sus limitaciones y de allí se remitió a Fiscalía donde ni siquiera dieron la atención inmediata; ella fue un sábado esperando no se pasaran las heridas, no se cerraran o desaparecieran pues el acto de violencia fue el día anterior y la misma persona responsable de esa Oficina, supongo, porque le decían doctora los policías, pidió que se fuera el día lunes, sin ninguna explicación. No le preguntaron si estaba en riesgo, si podía regresar a la casa, sólo venga el lunes” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Algunas mujeres entrevistadas referían conocer, y señalaban como la principal fuente de información las campañas de televisión, resaltando la promoción de la denuncia o rechazo al machismo y al maltrato contra la mujer, pero con escaso conocimiento sobre los protocolos o rutas de atención en salud para este problema:

“Pues yo he escuchado esto en televisión, campañas sobre la violencia contra la mujer, pues sé que cuando uno es maltratado denuncia allá en el CAVIF que es de la fiscalía” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

“Pues yo sí escucho campañas de como por concientizar, como por ética, como por moral, pero también de que denuncien, pero que una ley, con artículo, que sea más explícito, no” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

“En las instituciones de salud sé que hay unos programas, a nivel interno y después continúan en otras instituciones. Recuerdo que había un comercial en televisión de un niño que mientras jugaba fútbol el papá lo alentaba a través de frases machistas y al final el niño en un acto de gran valentía le dice que no quiere ser como él porque él le pega a la mamá, al parecer relacionado con estas campañas, respondiendo a estrategias de respaldo desde el Estado. La legislación está más sensible a la problemática, mujeres e incluso hombres fallan a favor de las mujeres

porque han entendido que es todo un problema que amerita la participación de todos” [Mujer entrevistada Red de salud Sur-Oriente]

En algunos casos, parece ser que las mujeres tienen conocimientos respecto a cuáles son sus derechos y oportunidades después de un evento de violencia, pero no siempre reclaman su cumplimiento. Además, algunas de ellas no lo hacen porque consideran que los trámites que deben pasar son muy largos o por incredulidad frente a la norma:

“No, queda faltando mucha, queda faltando muchísimo, o sea hay muchas mujeres que realmente no denuncian es porque no quieren hacer realmente estos trámites, porque son muchos trámites” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

“Pues supuestamente está la Ley 1257, pero ella está ahí... en escritos, eso supuestamente se pone en un poco de cosas que se deben hacer, pero eso nunca se hace, nada se hace de que eso se cumpla, que si realmente uno se pone de acuerdo con la persona que debe pasarle tanto a sus hijas, realmente nunca llaman a preguntarle a uno si eso realmente se cumplió o nada, uno tiene que estar reportando” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Lideresas entrevistadas: Las dos lideresas entrevistadas, haciendo uso de un permanente contacto con los servicios de salud y con los organismos de protección y de justicia, hacen una clara exposición de la legislación y conceptos en general asociados a los eventos de violencia contra la mujer. Una de ellas refiere:

“Sí, sí, existen los lineamientos internacionales que Colombia es uno de los países que se ha sumado a ellos... desde el 2008 tenemos una ley que nos respalda que es la Ley 1257 de prevención, sanción, erradicación de todo tipo de violencias contra las mujeres y que más allá de que exista alguna ley, nuestra Constitución es clara frente a que estamos en un Estado social de derechos que nos hace un respeto que

no debería tener más allá una regla establecida sino que debería garantizarnos a todos y a todas una igualdad” [Lideresas entrevistadas, Secretaría de Bienestar y Desarrollo Territorial]

Igualmente, las lideresas opinan sobre el desconocimiento percibido en profesionales de la salud, lo cual limita su accionar, reduciéndolo al quehacer que invisten:

“No, es que si los médicos no conocen, qué información clara le van a poder dar a ella (...) lo que él iba a hacer y él hizo, es el pedacito chiquitico que creyó que podía hacer” [Lideresas entrevistadas, Secretaría de Bienestar y Desarrollo Territorial]

Finalmente, una de las mujeres advierte que el desconocimiento del sistema normativo en relación con la atención de mujeres víctimas de violencias permite que se les vulneren sus derechos:

“Yo estoy viviendo con él desde que yo tenía catorce años, desde niña y ese maltrato lo he tenido siempre y como le digo no había buscado ayuda ni nada, por falta de conocimiento nadie me decía vaya allá ni nada” [Mujer entrevistada Red de Salud Norte]

Tabla 2.

Conocimiento previo acerca de la política y normas sobre violencia contra la mujer	
Qué conocen	Fuente de información o del conocimiento
Vagamente saben del status dado a la violencia para consultar en los servicios de urgencia	Experiencias previas
Ligeramente conocen acerca de derechos para un trato digno	Inferencias
Saben parcialmente de la integralidad de la atención	Medios de comunicación
Tienen un conocimiento incipiente acerca del suministro de medicación, pruebas diagnósticas de laboratorio y consentimientos informados	Conocimiento previo, medios
Acerca de denuncias y poner en conocimiento a autoridades pidiendo protección hacen algún manejo	Información compartida por usuarias del sistema, familiares y conocidos
Conocimiento casi nulo acerca de la intersectorialidad en la atención	Medios de comunicación y saberes compartidos (Organizaciones de mujeres) Programa de cooperación internacional, administración pública
Conocimiento casi nulo en relación con obligatoriedad en el seguimiento, vigilancia y regulación de la ruta y protocolo	Medios de comunicación y saberes compartidos (Organizaciones de mujeres) Programa de cooperación internacional, administración pública

8.2 Opiniones y valoraciones de las mujeres maltratadas con relación al sistema de atención en salud: Percepción de la calidad de la atención.

Del discurso de muchas mujeres entrevistadas surgen opiniones y valoraciones que dan cuenta de la calidad del servicio de salud que recibieron cuando consultaron por maltrato o violencia contra ellas. Estos discursos se organizaron en tres grandes categorías, señaladas en el marco conceptual:

a. *Adecuación de la estructura de servicios*

Esta categoría se presenta con fuerza en el discurso de muchas mujeres entrevistadas, sobre todo con el acceso a los servicios de urgencia.

- *Accesibilidad a la institución:* Con relación al acceso a los servicios por urgencias, narran muchas mujeres que fue dificultoso sobre todo por las acciones del personal de vigilancia y administrativo, que no permiten un acceso rápido: *“Al llegar a la Sala de urgencias de entrada me reciben vigilante y cajeras, hay énfasis en su seguridad, nos decían que estas medidas son para nuestra propia seguridad, pero estos señores se aseguran en primera instancia ellos mismos, sus tratos son fríos, dan muestras de gran desconfianza, casi que toca dar los pormenores para que dejen entrar...”* [Mujer entrevistada Red de Salud Sur-Oriente].

Igualmente son varias las que narraron cómo el tiempo de espera en sala desde el primer ingreso en urgencias, había sido demorado:

“Al entrar, la espera más larga, dos o tres horas, seguramente las heridas de la casa no son tan importantes como las que si se dan en la calle o las que generan los accidentes, todo eso puede ser valorado de más urgencia”. [Mujer entrevistada Red de Salud Sur-Oriente]

Con relación al tiempo de consulta, varias entrevistadas narran que el tiempo de consulta es muy corto:

Como dije ahora, los tiempos son cortos, supongo por las muchas personas que llegan allí.” [Mujer entrevistada Red de Salud Sur-Oriente]

Un mecanismo que hace más rápida la atención en salud es la presentación de las mujeres violentadas que hacen organismos externos como la policía:

“En este sentido, la Policía Nacional juega un papel dentro de la atención en salud, primero la misma policía me llevó al hospital y lo capturaron; segundo, funciona como agilizador, lo hacen porque ese paciente por maltrato lo lleva la Ponal, que es la policía, entonces corre con la suerte de que si la Ponal lleva ese paciente, le dice al médico: Colabóreme con la epicrisis para salir a demandar a la persona”. [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Lideresas entrevistadas: Una de las lideresas valora trabas con respecto al acceso a los servicios, señala que su status que la destaca permitió que a la mujer consultante que acompañaba junto a sus hijas se les reconociera una condición especial y fluyeran en la ruta de atención:

“El ejercicio de atención con un caso específico que se realizó en ese hospital fue exitoso porque había una alianza estratégica, cuando llegamos al proceso de atención yo no entendía por qué la mujer me miraba tan asustada, yo veía una cara de sorpresa y era porque ese médico ya la había recepcionado antes y nunca le puso cuidado frente a la situación de violencia que tenía, es decir, que si no hay un acompañamiento estratégico, que si no voy yo y digo que estoy haciendo un acompañamiento a ese caso, a ella no la hubieran atendido dos horas como se demoraron con ella, el médico jamás la había examinado, jamás había examinado a las niñas, por lo tanto ese es un caso que afortunadamente fue exitoso...” [Lideresa entrevistada, Secretaría de Bienestar y Desarrollo Territorial]

- *Trato equitativo:* En el discurso de varias mujeres se observó que no hubo un trato preferencial para ellas debido a que su problemática es prioritaria, igualmente refieren que no hubo *agilidad administrativa*:

“No, en cuanto a documentación, o sea ya después de que fui al médico como tal, te dicen espera, allí fue la demora, pero si noté que pasaron muchos niños primero y

adultos mayores, después de eso, sí, pero la demora si fue como dos o tres horas.”

[Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Además, se vincula el hecho en el cual se da tratamiento especial a otras causas de consulta, eventos o enfermedades valoradas de mayor prioridad donde los casos de violencias contra la mujer quedan relegados, implicando retraso y trámites complicados para las consultantes. Al respecto, una de las entrevistadas opina:

“En el pasado consulté en una EPS cuando tenía empleo, por otras situaciones, se nota la diferencia. Hubo una espera adecuada, no más de una hora. Consulté por una reacción alérgica a un medicamento, este se hizo de inmediato, se me estaba inflamando la cara. Pero luego cuando fui porque me golpearon, la atención fue diferente, no me trataron como cuando fui por la alergia.” [Mujer Entrevistada Red Salud Sur-Oriente]

Lideresas entrevistadas: Una de las lideresas reclama un trato similar con respecto a otros casos que se consultan por el servicio de urgencia, nuevamente asocia con el acompañamiento que ellas hacen de mujeres, lo que permite que en esa ocasión sí se dé un trato consecuente con la urgencia:

“...por lo tanto ese es un caso que afortunadamente fue exitoso por decirlo así frente a una atención, frente a que pudimos hacer una categoría de violencias, llenar ficha epidemiológica, pero ese es un caso que yo estoy segura que no pasa constantemente, que las mujeres asistan al sistema de salud y el médico o la médica, en muchos casos no tienen la conciencia de que la violencia debería tener la misma importancia que cualquier otra situación por la cual se consulta y allí se demostró claramente” [Lideresa entrevistada, Secretaría de Bienestar y Desarrollo Territorial]

- *Acceso a la información:* En las narrativas se observó que algunas mujeres perciben que falta mucha información del personal médico hacia los tramites que debe hacer una mujer víctima de violencia, comentando una lideresa además, que ni siquiera se llenan documentos que formalizan la situación o dan el status necesario de violencia contra la mujer que requiere el evento:

“El médico es el filtro receptor de esa paciente, le debería informar y decir plenamente: denuncie a esa persona y llenemos la ficha técnica, pero no se llena. Le dicen es tómate la radiografía y anda hacé cita con el ortopedista y chao. Eso queda así. Y de eso no se trata, si se está luchando contra el maltrato a la mujer, el médico, que es el receptor, debe llenar la ficha técnica completa, con todo su protocolo que exige la Secretaría de Salud”
[Lideresa entrevistada, zona de afluencia de la Red de Salud del Centro]

Muchas mujeres entrevistadas señalan que no se ofreció información sobre procedimientos o protocolos de atención en salud y/o en materia jurídica y de protección por eventos de violencia:

“No, no me daba ninguna explicación, simplemente me mandó algunos medicamentos y la atención” *[Mujer entrevistada Red de Salud Centro]*

“No, nada de eso... ¿te van a aplicar una droga para el dolor?, no, primero me dijo, vas a rayos x, ahí te hacen la radiografía y de ahí vuelves para que te apliquen unas inyecciones para el dolor y te doy una fórmula y ya, eso fue no más lo que hizo, pero no me informaron” *[Mujer entrevistada Red de Salud Centro]*

En otros casos, las mujeres perciben que la atención y la información es insuficiente *“las atenciones son dadas sin mediar palabra”* *[Mujer entrevistada Red de Salud Centro]*

Varias mujeres describen que la orientación sobre los procesos de atención en salud por eventos de violencia no es clara y que además tal atención en esos casos no cumple con los protocolos, no le dan la importancia que amerita:

“...la orientación no fue suficiente, desde la entrada ya hay dificultades y en plena atención no se ve la magnitud de la problemática, es una atención más, parecida a la que he hecho por el brote alérgico o para diarrea cuando he tenido infecciones o por cualquier otra razón. La atención termina cuando el médico valora y hace sus procedimientos y... el drama continúa en la casa (...) No hubo sensibilidad, hubo una atención rápida, sin mayor interés por lo que me había pasado” [Mujer entrevistada Red de Salud Sur-Oriente]

En las consultas en el sector salud por agentes externos a estos agentes como la policía, cuando las víctimas piden su acompañamiento posterior a las situaciones de agresión, junto a ellos a otros organismos de justicia o protección, la atención se limita nuevamente a las prácticas desde este sector de carácter médico orgánico, suponen que aspectos de integralidad en la atención con la participación de estos organismos –policía, justicia, protección- ya están resueltos. En otras situaciones, es incluso el organismo estatal externo al de salud el que visibiliza la situación de violencia:

“De esa información nada, como te dije, no recuerdo si la doctora dijo que fuéramos a fiscalía, lo que sí recuerdo fue que el policía guio lo que debíamos hacer” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

“Cuando llegué la atención fue aquí en la comisaría de familia, solamente aquí, me llevaron a hacer la radiografía, cuando ya fue que miraron esto y que eso era violencia contra la mujer; no habían dicho nada de eso, o sea acá no me habían dicho eso, acá en el puesto de salud” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Algunas mujeres logran identificar la necesidad de trascender la práctica de los consentimientos informados que les hacen en ocasiones cuando les ofrecen algunos tratamientos, consideran necesario que se les comuniquen y expliquen por ejemplo los resultados de los exámenes y valoraciones médicas:

“En ese momento sí, ya después sí me sentí como perdida, porque por lo menos en el resultado de los exámenes solamente me dijo que estaba bien, o sea de cómo había resultado todo, si tenía algo de, o si tenía daño en el organismo, no supe de eso” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

“Cuando me fui a realizar la prueba del VIH el muchacho me explicó que era una prueba que yo tenía que dar mi consentimiento y que si estaba de acuerdo con todos los procedimientos. En cuanto a la información después de los análisis... yo no sabía si había ocurrido algo, porque yo siempre estuve muy pendiente de lo que había ingerido, pero sí hicieron una prueba y nunca supe cuál fue el resultado, sí me hubiese gustado saber” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Se presentan situaciones en las que la información sobre los procedimientos es inadecuada o limitada; en el caso de medicación antiretroviral para disminuir el riesgo de infección por VIH, por lo invasivo de esta para el organismo que ameritaría manejo especial y suministro detallado de información, una de las mujeres y su mamá destacan el incumplimiento del protocolo de manejo:

“Eso me puso en una situación muy horrible, fuera de lo que le había pasado a mi hija, la reacción que tuvo con la medicina... le dije es que ella está trasbocando mucho, no que eso es por los nervios, o sea por lo que le había pasado, que esa era la reacción por lo que le había sucedido, resulta que no era sólo eso, era la medicina que estaba mal administrada, donde ella tenga un problema o sea más delicada me

la había matado, simplemente me habrían dicho no la reacción, de pronto yo no me habría dado cuenta que era por la equivocación de la medicina, se habrían dado cuenta allá y se habrían quedado callados, porque no iban a alborotar el problema, téngalo por seguro” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

En cuanto al asesoramiento, las mujeres identifican principalmente a los profesionales de las ciencias sociales como los responsables por ello:

“Solamente ahora estoy como se dice aquí con la Trabajadora, este pues el centro de salud más cercano y ella pues verdaderamente la única que nos ha mirado es la psicóloga y nos ha dado pautas para seguir adelante y haber hasta dónde llegamos y no desfallecer nunca” [Mujer entrevistada Red de Salud Norte].

“No, como le digo, la atención principal llevó a una atención rápida, médica. El psicólogo que después me atendería me explicaría que debía consultar otras instituciones, me habló de Fiscalía, me remitió a Fiscalía, eso vale. Lamento que la atención primera, la buscada, se quedara corta” [Mujer entrevistada Red de Salud Sur-Oriente]

En varios casos se observa falta de información oportuna y clara con respecto a los procedimientos derivados de la atención en salud. Igualmente, en la narrativa de una de las mujeres consultantes por violencias se identifica desesperanza y desconfianza frente al sistema de normas creadas para su protección:

“Sólo el psicólogo lo hizo, de hecho me habló de respaldo a través de normas ya firmadas; soy escéptica a eso, en lo poco se ve lo mucho como dicen. Si una institución de salud que recoge todos esos propósitos no los hace dudo que todas las otras lo hagan” [Mujer entrevistada Red de Salud Sur-Oriente]

- *Disponibilidad de recursos e infraestructura física:* En cuanto a las instalaciones o infraestructura física, se observó en la narración de las entrevistadas que no se dispone de un espacio especial que garantice la privacidad de las mujeres durante el proceso de atención. Para la mayoría de mujeres entrevistadas las instalaciones o estructura física de las instituciones de salud no fueron adecuadas, tampoco permitían valoraciones de acuerdo a la complejidad que revestían los casos:

“No hubo privacidad, las puertas las dejan abiertas, las personas escuchan lo que uno dice, igual no es la situación del médico [Mujer entrevistada Red de Salud Sur-Oriente]

Lideresas entrevistadas: Una de las lideresas advierte la necesidad de particularizar la atención para los eventos de violencias contra las mujeres, correspondiendo unos espacios concretos independientes en las instituciones de salud:

“No, las instalaciones no son adecuadas porque como, como esa temática no es una temática priorizada, entonces no se ha pensado que debe ser un espacio diferente a cualquier otro tipo de atención, la violencia entra por urgencias, es decir, que por la misma donde está el señor con la puñalada, con la balacera, la señora quejándose del infarto” [Lideresa entrevistada, Secretaría de Bienestar y Desarrollo Territorial]

- *Disponibilidad de insumos y medicinas.* Cuando se identifica o diagnostica el caso como un evento de violencia contra la mujer, ellas no hacen pagos por los servicios de salud, sin embargo una de las entrevistadas refirió que sí se le hizo cobro; donde para el caso de los medicamentos se recurre a la estratificación del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales

Beneficiarios para Programas Sociales – SISBEN para solicitarse ciertos copagos o evitar su cobro en los casos de población con subsidio total:

“Y en cuanto a los medicamentos eso depende también de acuerdo de qué nivel de SISBEN tiene uno, si tiene SISBEN 1 pues no paga nada, pero si tiene SISBEN 3 lo mandan a uno a comprar las cosas y me ha tocado, no que eso no, vaya y lo compra usted, muchas veces uno no ha tenido plata, entonces si deberían esa parte mejorarla, las instalaciones normal, regular” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

“Sí, la EPS cubrió todo, yo no pagué nada, cuando me dieron la atención me la facturaron rápido y me la aplicaron y me dieron la boletica de salida” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Lideresas entrevistadas: Los insumos y medicinas no hacen parte de la motivación del profesional de la salud en representación de la institución para proveerlos según una de las lideresas; sino hay un reclamo por parte de las consultantes esto no es resuelto:

“No, la consulta básicamente fue lo que se pidió, porque no hubo nada más por iniciativa del profesional de la salud; se pidió historia clínica, eso fue lo que hizo, se pidió ficha de vigilancia epidemiológica, eso fue lo que él hizo, llevamos dos nenas, él revisó sólo una nena porque era por violencia, pero ni siquiera por sospecha revisó la otra, a pesar de que la otra tiene una condición, que también tiene que ver con maltrato, que es bajo peso; eso se le mencionó pero no hubo una iniciativa para hacerlo, ir un poco más allá, sólo le recetó un medicamento porque una de las nenas tenía una alergia, una cremita, algo así, pero tampoco tener la consideración, si esa mujer está con una medida de protección, cómo va a hacer para reclamar la crema, algo tan básico como eso, cómo voy a hacer yo para reclamar un medicamento, cómo yo me conformo con llenar una historia clínica, qué pasa después de eso, cuál

es el procedimiento que se le hace a ese caso. ¿Hasta allí va el profesional de la salud?, ¿hasta llenar una ficha?” [Lideresa entrevistada, Secretaría de Bienestar y Desarrollo Territorial]

- *Disponibilidad de recursos humanos suficientes y especializados:* Varias comentaron que habían profesionales de la psicología, pero no estaban bien capacitados para una atención más comprometida:

“Pues en sí, han participado muchos, pero son muy poquitos lo que realmente se han interesado en el caso, o sea que en algún momento yo necesitaba ayuda y me la han prestado realmente, siempre cuento con el psicólogo de acá del Primitivo Iglesias, siempre con él he contado, también tuve la oportunidad de contar con una trabajadora social de Paz y Bien” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Igualmente cuestionan la falta de especialistas en las redes de salud:

Yo le dije, necesito un oftalmólogo ya, no necesito analgésico ni nada, sino que me vean porque...él es un médico general, la doctora que me ha atendido también es médico general. No, necesito un especialista en oftalmología, aquí no tienen los aparatos, nada... Tenía que verme un oftalmólogo pero allí no había” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Algunas mujeres creen que se atendió el problema, destacan la atención frente a lesiones o afectaciones en el cuerpo, sin embargo, acusan necesario la presencia de un psicólogo quien no estuvo presente en muchas de las atenciones:

“Digo que debería estar ahí el psicólogo porque pues siempre uno de mujer queda un poquito como traumatizada, ¿sí? entonces pues digo yo que esa persona debería acompañarlo a uno. La atención muy bueno el momento de ingreso, la atención también del médico muy buena aquí en el hospital todo muy bien, sólo que si me

hubiese gustado que estuviera el psicólogo allí, claro” [Mujer entrevistada RED DE SALUD CENTRO]

En cuanto a la posibilidad de elección por parte de las mujeres para ser atendidas por profesionales hombres o mujeres se valora esto como imposible, la oferta de trabajadores de la salud respondería de acuerdo a una de las lideresas entrevistadas a cierta aleatoriedad asociada con el personal que seguramente la administración pueda o quiera contratar:

“Imagínate es urgencias, o sea la violencia generalmente debe entrar por urgencias, ehh, hay unos médicos y médicas que ya están asignados para el turno, o sea yo puedo llegar violentada esperando que haya una médica, pero si no la hay la institución de salud ¿me la va a buscar?, yo no creo, o sea yo no creo que la institución de salud se ponga a buscar, voy a buscar una médica porque ella quiere que la atienda una médica, sin entender que es su responsabilidad legal, pero no creo que lo hagan....” [Lideresa entrevistada, Secretaría de Bienestar y Desarrollo Territorial]

b. Nivel técnico de la atención

- *Cualificación técnica del personal de salud:* En sus narrativas algunas mujeres manifiestan falta de mayor conocimiento por parte del personal de salud y administrativo, de la problemática de salud que tiene una mujer violentada, lo que requiere según sus experiencias más prontitud y mejor servicio:

"De la capacidad de las personas, o sea el manejo para ella, un poquito no me ha gustado en la Red de Salud de Terrón porque hay, hay veces que en las atenciones muy demoradas, bastante tiempo, en otras veces también de pronto no creen ella en

el problema que ella tiene, entonces de pronto le dan a uno citas o algo previas muy lejos (...) [Mujer entrevistada Red de Salud Ladera].

Otras mujeres perciben negligencia y precariedad en el proceso de atención en salud; unas en relación con aspectos técnicos como los diagnósticos, los cuales son valorados algunas veces como desacertados.

“El paso a seguir fue remisión, ir al departamental que es un alto nivel, llegue allá, me hicieron epicrisis y dije que exigía un oftalmólogo urgente, yo desesperada, me dijeron, no tranquila señora, la vamos a atender, blablabla, yo fui como a las 5:30 y me atendieron a las 7:00 o 7:30 de la noche, el mismo día de la remisión porque era urgente, me urgía, me dije yo no puedo pasar así...” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Otras mujeres perciben falta de conocimiento por parte del personal de salud acerca de la atención que deben hacer a una mujer víctima de violencia:

“Supuestamente cuando uno es agredido uno debe consultar primero al centro de salud, de eso me enteré cuando repartieron todos esos folleticos de allá de la alcaldía, pero eso realmente uno nunca lo hace, uno realmente a la parte que uno se dirige, porque si uno viene aquí golpeado dicen que no, que uno se ha caído. La primera vez que a mí me trajeron, ni siquiera sabían que había que prestar el servicio de violencia intrafamiliar, ese día fue algo improvisado lo que ellos hicieron” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro].

Junto a la negligencia frente a algunos procesos de atención, algunas mujeres se atreven además a calificar al sistema de salud con severidad dada su experiencia:

“Entonces, yo de antemano le había dicho al doctor que sí, muy pésimo, le dije al oftalmólogo “pésimo”, la atención de enfermería porque es un medicamento lento que se aplica y yo, pues, con un ByPass y todo eso que tengo que comer despacio, se me fue inflamando el estómago y sufrí mucho” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

No obstante, una de las mujeres refiere su experiencia de consulta por eventos de violencia en el servicio de salud de manera reparadora:

“Sí están capacitadas, sí fueron respetuosas. Como le digo, me pareció muy importante, yo sé que todo el mundo cuando acude al médico es porque necesita y los dos tenían otros casos, entregaron los casos y se dedicaron solamente al caso mío y cerraron la puerta y hasta que no me hicieron el ingreso no soltaron el caso y él por lo menos como hombre llamó a la niña para que estuviera presente y se comportó como un profesional, no me sentí incómoda en ningún momento” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Como en este caso, se identifica una mirada favorable de la institución frente a la atención por violencias, pero desde ellas mismas se advierte que *“hace falta más técnica con el derecho a la mujer, falta conocimiento sobre temas de atención en derechos de las mujeres”,* así lo hace manifiesto una de las entrevistadas, *“incluso ignoran el maltrato físico a la mujer, lo ignoran.” [Mujer entrevistada RED DE SALUD CENTRO]*

Muchas de las mujeres consideran que los trabajadores de la salud debieran preguntar por aspectos más específicos sobre la violencia por la que consultan, hay un reclamo directo por una oferta de atención integrada y que comprometa todos los aspectos del ser:

“...no me preguntaron que por qué, que si iba a demandar, que si iba a seguir el protocolo adecuado, porque el que pega una vez pega dos. No orientan ese

paciente por el maltrato físico sino ¡ah no listo! Tomate esta radiografía, toma este medicamento y chao; me gustaría que fueran más profundos en esa parte” [Mujer entrevistada RED DE SALUD CENTRO]

Lideresas entrevistadas: Una de las lideresas concluye que hay desconocimiento por parte del personal de atención en salud con respecto a los procesos y protocolos de atención para mujeres víctimas de violencia:

“No, no, no, allí hay un desconocimiento y de hecho el médico cuando finalizamos la consulta, cuando yo le dije para qué se estaba pidiendo, su comentario fue, por favor cuando terminen y si resulta algo de eso, por favor cuéntenme, porque ni yo ni mis compañeros sabemos qué es eso, ni sabemos que hay una ley que las ampara, ni sabemos que es por el sistema de salud que debe entrar una mujer violentada, ni sabemos que existen unas medidas de protección; o sea que los profesionales no saben nada frente a eso, unas medidas de atención pues para el sector salud como tal y cuando yo le dije por ejemplo lo de albergue, alimentación y transporte que es lo que ameritan las medidas de atención, él simplemente no lo podía creer, cómo desde salud se debía hacer eso, o cómo un simple código que él ponía en una historia clínica podía garantizar una categoría de violencia para poder generar otras acciones, no lo sabía, ehh, no sabía nada frente a eso, no sabía ni cómo tratarla ni cómo preguntarle unas cosas, tampoco cómo abordarla frente a lo que ocurrió con la niña, no hubo una claridad allí” [Lideresa entrevistada, Secretaría de Bienestar y Desarrollo Territorial]

b. Humanización de la asistencia

- *Relaciones empáticas y respetuosas:* Desde el primer contacto que hacen las mujeres con el sistema de atención en salud se identifica polaridad en las opiniones, algunas destacan una buena atención, otras, en su mayoría puede

decirse, valoran el contacto con los servicios de salud por los eventos de violencia como negativos:

“Desde el guarda que me atendió a la entrada fue normal, fue bien, me acuerdo que era un negrito, eso fue por la noche y me recibió bien y todo. La cajera bien” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

“En la atención directa del profesional, un trato si no el peor, aceptable, a veces me sentí como pidiendo favores, toda una atención de caridad.” [Mujer entrevistada Red de Salud Sur - Oriente]

Otras mujeres entrevistadas perciben trato irrespetuoso, manejo de prejuicios por parte de trabajadores de la salud:

“Había unas que se oponían, otras que no, eso vuelven y se contentan decían, que no sé qué y qué más. En realidad no venía al caso ese comentario porque no sabían en realidad qué había pasado ni qué era lo que yo estaba sintiendo. Y yo era como una paciente normal, pero mi daño estaba por dentro...” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Lideresas entrevistadas: Una de las lideresas valora trato en la atención respetuoso pero nuevamente explica esto por su rol que representa, pues en pasada consulta cuando la mujer que acompañaba demandó atención en esa institución se invisibilizaron sus derechos:

“Para mí respeto es por ejemplo es que me garanticen derechos y si eso es respeto pues no lo fue, pero si respeto es que la haya tratado cordialmente, pues lo hizo; pero fue respetuoso porque yo estaba allí, porque en otras ocasiones y vuelvo y lo menciono, la expresión de ella fue que ni siquiera levantó la cara para verla... Sí y él dijo, yo ya he atendido las nenas, sí y ella le dijo, sí, usted ya la atendió porque la

nena ha tenido unas dificultades, eh y creo que él ahí como que cayó en la cuenta de que, de que si ya la había visto, de que si había hecho como una denuncia por violencias pero no había pasado nada anteriormente...” [Lideresa entrevistada, Secretaría de Bienestar y Desarrollo Territorial]

- *Comunicación asertiva: El trato directo con los profesionales de la salud es valorado como deficiente; el médico en la mayoría de los casos se considera “Frío, no relacionado con la gravedad del problema”, puesto que “las atenciones son dadas sin mediar palabra”, por lo que en los testimonios se redunda en que:*

“No hubo sensibilidad, hubo una atención rápida, sin mayor interés por lo que me había pasado, deduzco que debió haber pasado más.” [Mujer entrevistada Red de Salud Sur-Oriente]

Tabla 3. Categorías y subcategorías que definen las opiniones y valoraciones de las mujeres maltratadas con relación al sistema de atención en salud: Percepción de la calidad de la atención

Categorías	Subcategorías	Resultados
Adecuación de la estructura de servicios	Accesibilidad a la institución	Encuentran trabas en el ingreso, la mayoría de mujeres nombra barreras en el acceso
	Trato equitativo	Perciben las consultantes por casos de violencia, que no reciben una atención consecuente con la realidad y la urgencia de la problemática
	Acceso a la información	Perciben que es escasa la información que se les da; solo en pocos casos se da información pertinente a través de algunos profesionales
	Disponibilidad de recursos e infraestructura física	Opinan que sólo lo diseñado y predispuesto por una organización de salud para eventos relacionados con la enfermedad
	Disponibilidad de insumos y medicinas	Sólo lo diseñado y predispuesto por una organización de salud para eventos relacionados con la enfermedad
Nivel técnico de la atención	Disponibilidad de recursos humanos suficientes y especializados	Sólo lo diseñado y predispuesto por una organización de salud para eventos relacionados con la enfermedad; aplica en alguna proporción desde la atención generada por profesionales de las ciencias sociales
	Cualificación técnica del personal de salud	Perciben que falta mejor conocimiento
	Resolutividad	La mayoría de mujeres perciben irresolutividad, sólo en los casos que tienen acompañamiento por agentes externos se constata algún nivel de resolución
	Relaciones empáticas y	Percibe la mayoría falta de un trato más

Humanización de la asistencia	respetuosas Comunicación asertiva	amable y respetuoso por parte del personal de salud y del administrativo. Algunas comentan que encontraron buen trato porque estaban acompañadas por mujeres representativas o por instituciones como la policía
-------------------------------	--------------------------------------	---

8.3 Integralidad de la atención por los eventos de violencia contra la mujer: Enlace del sistema de salud con otras instituciones estatales

Esta categoría recoge las percepciones de las mujeres entrevistadas frente a la integralidad de la atención por eventos de violencias por los que consultan. Se suma aquí la mirada sobre la articulación del sistema de salud con otras instituciones del Estado como son organismos de justicia y de protección.

Una de las mujeres consultantes evidencia dificultades en la integralidad de la atención, valora descoordinados los servicios y no percibe enlaces entre unos y otros:

“El médico, un psicólogo que después me entrevistaría y me diría de unas normas que incluso me permitían acceder a alimentos y hospedaje, curiosamente este psicólogo pasaba por allí, porque de lo contrario no me hubieran permitido la entrevista. No hubo organización, veo la atención descoordinada, sin posibilidad de que alguien retome tareas, sin citaciones excepto la del psicólogo, pero en general todo queda a que uno se acuerde o conozca lo que debe pasar.” [Mujer entrevistada Red de Salud Sur-Oriente]

En los discursos de las entrevistadas la Fiscalía General de la Nación fue la institución del Estado, fuera de las de salud, mayormente identificada. En esta referencia una de las mujeres describe el enlace de la institución de salud con la de justicia, donde valora receptividad:

“No, no, ahí mismo nos colaboraron también; los de denuncia...Si, luego de la parte de salud, ahí mismo pasaron informe allá y nosotros de la misma Red del puesto de salud nos fuimos para Fiscalía a denunciar el caso” [Mujer entrevistada Red de Salud Ladera]

No todas las mujeres tienen esta misma percepción, para la mayoría de ellas hay desintegración en la ruta de enlace entre los distintos organismos. En algunos de ellos se generan acciones que tienen eco en la siguiente institución que recibirá el caso; una de ellas es la generación de remisiones a través de documentos lo cual no queda claro:

“De aquí del centro de salud me dieron la historia clínica, me toco ir a la Fiscalía y allá me dieron un papel que tenía que llevarlo a Medicina Legal y ya, pero nunca me mandaron la citación ni nada, lo hice por iniciativa propia” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Otra de las instituciones mencionada por las mujeres entrevistadas es la Policía Nacional. Ésta según la narrativa de ellas, opera como acompañante de las mujeres consultantes por eventos de violencias entre los distintos sectores, y facilita enlace entre un organismo y otro. Podría decirse que la mayoría de ellas tienen una impresión satisfactoria con respecto a ese quehacer de la Policía:

“Lo primero fue venir a que me viera el médico, vine aquí y ya en la policía también fui a llevar un papel de solicitud de protección y ya tenemos una cita” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

“Yo llegué con los policías que me acompañaron, pedí la cita y esperé y el médico me valoró, me vio el ojo; me hizo la hoja que me dio para que la policía la llevara a la fiscalía... con eso se llevó a Medicina Legal y en Medicina Legal también me valoraron el ojo” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Una de las entrevistadas, destaca la remisión para atención por profesional de ciencias sociales, que en este caso configura enlace entre organismo de justicia –Medicina Legal- y el sector salud, donde el primero remite a este último de manera formal; contrariamente, describe también la informalidad manejada por profesional de medicina al proponer la atención por psicología de manera verbal:

“Sí, el doctor me dijo que pidiera cita para psicología para mí y para mis hijos, me lo sugirió verbalmente; quien me dio la remisión fue la Medicina Legal, yo tengo los papeles, la doctora fue la que me hizo la remisión que dice que tengo que ir a terapias” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Las remisiones podrían quedar a discreción de funcionarios. Esta usuaria pondera dos momentos en la remisión que se le hizo al sector de protección, la primera con cierta vaguedad por parte de profesional de medicina y después valora mayor fuerza en el encuentro con agente de policía quien profundizaría en información al respecto:

“La doctora ese día, sí, ella me dijo que fuera a la comisaría de familia, que no dejara eso así, o sea, la doctora lo dijo, pero no sé si todos lo harán, eso si no sé, estoy hablando por mí, pues la muchacha me dijo eso, que fuera a la comisaría y ya, pero no hizo mucho énfasis, no, ya el que hizo mucho énfasis fue cuando le pregunté a un policía, venga cuando pasa eso qué hay que hacer?, entonces le cuentan que hay que ir, pasa esto, esto, esto” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Junto a la poca claridad valorada por la mayoría de mujeres de las instituciones en cuanto a dónde denunciar los eventos de violencias, consideran también que hay desinformación al respecto generada por estas mismas instituciones:

“Supuestamente también dicen que uno puede denunciar en la Personería, yo fui a la Personería hace unos quince días a ver si era realmente eso y no, eso es mentira, eso solamente se puede hacer en la Fiscalía General de la Nación, en ningún otro sitio, ni siquiera en la comisaría y para que lo hagan en la fiscalía, incluso esa vez a mí sí me mandaron a Medicina Legal viendo que yo no tenía sí no un rasponcito, pero cuando fui realmente golpeada a mí nunca me mandaron a Medicina Legal, me pareció una injusticia” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Las mujeres valoran en la integralidad de la atención para eventos de violencias la necesidad de celeridad en la remisión o respuestas consecuentes con el momento del evento, así lo presenta una de las mujeres en su testimonio:

“En la Fiscalía no saben de medicina ni tratamiento de los problemas de salud que uno tiene cuando es agredida. Me remitieron fue pero ya porque ellos me veían mal, porque yo hablaba y no podía hablar, se me hacía un nudo en la garganta, me decían remisión a psicología, fue el único papel que yo recibí, en ningún momento me dijeron hágase estos exámenes de oftalmología o algo de exámenes a requerir, en ningún momento, era esperando, a la espera, a la espera” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Con respecto a las especialidades médicas en el marco de la atención en salud por eventos de violencias contra las mujeres, ellas presentan gran dificultad para acceder a esos servicios, así lo presenta una de las entrevistadas:

“Me remitieron a otro lado que queda más cerca, yo estuve muy bien, la atención muy buena, las instalaciones muy bien. En cuanto a la cita con psiquiatría, pues yo le dije a la niña que no estaba durmiendo bien, sí fue un completo caos, nunca me atendieron, fui y me mandaron al hospital psiquiátrico del Valle y me dijeron que no tenían psiquiatra, me dijeron que no, que tenía que esperar, hasta el momento, hasta la fecha, va casi un mes y estoy esperando la llamada y se venció la orden y no me

llamaron, me tocó recurrir a aromática y hasta el momento no he podido controlar el sueño” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Algunas mujeres valoran compleja la ruta de atención intersectorial para las violencias, perciben poco operativo su despliegue derivando en cierta neutralización de las respuestas efectivas de los organismos de atención:

“En ese momento me estresaron más, pues para entender toda la información que me estaban dando, sí me enviaron a un sitio donde podía poner la denuncia, me dieron la información exacta, digamos que yo supe captar toda la información que me dieron pero con tanta información y por ser tan lejos me quedé fue pensando cómo voy a hacer tanta cosa” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Algunas mujeres describen cierta efectividad en la atención pero en algún momento se revelan errores que no sólo desdicen de la efectividad del protocolo de atención sino que desdicen de la ruta, como el careo que les obligan a hacer con los victimarios en los organismos de justicia:

“A mí me pasó que ese día fue la agresión, yo llamé ese mismo día, la policía vino a ver y se lo llevó, se lo llevó y lo encalabozaron en la estación de ahí de las Américas, lo encalabozaron y ese mismo día de aquí del hospital Primitivo Iglesias, ahí me llevaron a la fiscalía, la fiscalía tomaron el caso y de ahí me mandaron para medicina legal, pues me dijeron que había que este, para mirar la situación para me citaran a mí con él para hacer una conciliación, pero con eso no estuve de acuerdo” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Son varias las mujeres que identifican funcionarios en las instituciones que hacen atención en la ruta por eventos de violencias, los que permiten cierta fluidez en la intersectorialidad; pero sus prácticas serían aisladas no permitiendo pensar en integración en la ruta de atención; así lo muestran algunas de ellas:

“No, no, ni la policía, ni los médicos, ni fiscalía, no, yo, no me hablaron de nada de eso, sino es por ahora, cuando pasé a rayos x, porque el psicólogo me lo había dicho; porque por medio de otras personas? De afuera me habían dicho que eso eran leyes que le prestaban a las mujeres” [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

“Ese día la policía estaba de afán, porque el médico no le dijo nada de eso a la policía. Él fue y le preguntó, el policía le preguntó qué tanto le van a hacer a la muchacha, entonces dijo no, le van a hacer unas radiografías y le aplican unas inyecciones y ya te la puedes llevar para fiscalía, pero hasta ahí llegó todo. [Mujer entrevistada Red de Salud Centro]

Lideresas entrevistadas: Una de las lideresas valora fragmentación en la ruta intersectorial y señala que Medicina Legal es utilizada por las instituciones de salud para generar dilación en cuanto a responsabilidades que les competen:

“La cosa es integral frente a las violencias contra las mujeres, ellos tienen un pensamiento de que es más justicia quien debe hacer eso...es que tiene que ir a Medicina Legal, tiene que hacer tal cosa y yo le decía, vos sabes que hay códigos, sí pero eso está, vos sabes que hay que, vos sabes que Medicina Legal sólo hace el peritaje? No, no es que, no soy yo, no sabe que tiene que hacer su parte, son parte de un pedacito que es la salud y hay mucho miedo frente a eso y hay una pereza de aprender, hay pereza en algunos miembros que atienden como los doctores y los de medicina legal” [Lideresa entrevistada, Secretaría de Bienestar y Desarrollo Territorial]

El otro actor referido por las mujeres con frecuencia es la Fiscalía de quien valoran inoperancia:

“Pues aquí, la doctora sí me ha atendido bien, muy buena, pero en general como le dije con la Fiscalía, el tiempo que he estado, no me han solucionado nada, no puedo

decir que buena porque no me han ayudado” [Mujer entrevistada Red de Salud Norte]

Según lo expresado por las mujeres en algunas instituciones de salud el profesional de psicología opera como una figura integradora con otras instituciones, además de hacer un despliegue de acciones a través del rol que representa, señala el camino que permite enlace con Fiscalía y Medicina Legal, así lo refieren dos voces entrevistadas:

“El psicólogo que después me atendería me explicaría que debía consultar otras instituciones, me habló de Fiscalía, me remitió a Fiscalía. Lamento es que la atención la primera vez que fui a Fiscalía se quedara corta” [Mujer entrevistada Red de Salud Sur-Oriente]

“El psicólogo fue el que me ayudó y me orientó, de hecho me habló de respaldo a través de normas que existen para la violencia que sufrí. Soy de las que no creo mucho en lo del gobierno, pero me tocó seguir lo que él me indicara con la Fiscalía y Medicina Legal” [Mujer entrevistada Red de Salud Sur-Oriente]

Tabla 4

Percepción de las mujeres acerca de la Integralidad de la atención por los eventos de violencia contra la mujer.

FUNCIONARIOS QUE INCIDEN EN ENLACE CON OTROS ORGANISMOS	Profesionales de ciencias sociales. Las mujeres refieren que aleatoriamente llegan a servicios de psicología donde se les remite a organismos de protección o de justicia
FORMALIDAD DE LA REMISIÓN	Las participantes no identifican esto como una rutina
ORGANISMOS PARTICIPANTES	Comisarías de familia, ICBF, Fiscalía, Medicina Legal, ONG's, comunidad organizada; estas instituciones también remiten al sector salud y en ocasiones hacen contrareferencia según las entrevistadas
TIEMPO Y CAPACIDAD DE RESPUESTA	Depende de cada caso y de cada institución que haga la remisión, así como del nivel de conocimiento y empoderamiento que hagan las mujeres frente a sus situaciones. La presentación de la Policía o de mujeres lideresas como se ve en las entrevistas de las usuarias permite fluidez de las rutas de atención
PERCEPCIÓN FRENTE A INTEGRACIÓN CON OTROS ORGANISMOS	La mayoría de las usuarias del sistema refieren desarticulación

9. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La violencia es una de las principales problemáticas de salud pública en Colombia de acuerdo a la Resolución 412 del Ministerio de Salud (2000). Como derivación de ello, las violencias contra las mujeres por los daños que representan a todo nivel para ellas y sus familias configuran una gran problemática social.

Frente a este fenómeno casi todos los gobiernos han generado normativas y políticas para enfrentar dicha problemática; pero muchas de esas políticas y programas no han tenido éxito. Si bien es cierto que para lograr la implementación de políticas y el cumplimiento de leyes y normas es requisito sine qua non que los ciudadanos, colectivos y comunidades los conozcan para así exigir sus derechos y contribuir a su mejora, se observó en este estudio que las mujeres consultantes por violencia no conocen la política al respecto. Además, parece ser que los servicios prestados a las mujeres por el sector salud no está siendo el adecuado. Esto se pudo evidenciar en este estudio, donde desde la propia voz de las usuarias del sistema que consultaron por violencia ejercida contra ellas, constatan serias debilidades y fallas en la prestación del servicio a varios niveles: En la adecuación de la estructura de los servicios, en el nivel técnico de la atención y en la humanización de la asistencia.

Fortalezas de este estudio

Esta investigación trata las percepciones desde las usuarias mismas en una evaluación de la atención en salud en casos de violencia contra la mujer, cobrando gran pertinencia social. La escasa evaluación en las instituciones de salud acerca de la aplicación y desempeño de protocolos en este contexto y, desde la mirada de las mujeres que consultan por este fenómeno, fue punto angular de este estudio. Estudios de este tipo, permitiría ampliar la evaluación crítica de tales protocolos, considerando no solo la calidad de los servicios de salud en su conjunto sino también las políticas públicas que la regulan.

Limitaciones de este estudio

Este estudio no incluyó formalmente a personal de las instituciones de salud lo cual seguramente habría enriquecido la mirada al hacerla más amplia de haberlo considerado, dejando el espectro investigativo abierto a nuevos estudios que puedan ser complementarios a este.

Otra limitación fue la participación de cuatro hospitales básicos en la investigación de cinco presupuestados, uno de ellos tuvo la negativa de la Red de Salud de Oriente para participar, siendo considerable la ausencia de su Hospital Carlos Holmes Trujillo por acoger la población de las comunas 13, 14 y 15 de la ciudad de Cali, caracterizada la zona por presentar altos niveles de violencia en todas las modalidades. Otra limitación fue la dificultad de acceder a un número

mayor de mujeres consultantes por eventos de violencia; en su lugar participaron dos informantes clave que enriquecieron este estudio con sus experiencias, ya que ellas acompañan a las consultas de las mujeres víctimas.

La discusión se elabora a partir de tres ejes que permiten dotar de sentido social y político a esta investigación. En primer lugar la información y conocimiento previo que traen las mujeres en relación con rutas de atención, protocolos y normatividad en general, asociada a la Ley 1257 de 2008. Igualmente desde la percepción social, tema central de esta investigación, se intenta capturar desde la narrativa de las usuarias sus opiniones, valoraciones, actitudes y cuestionamientos que hacen de la ruta de atención. Finalmente se discute la percepción de las mujeres frente a la integralidad en la atención a través de la interinstitucionalidad presentada al consultar los servicios.

- ***Conocimiento previo que acerca de la política y normas sobre violencia contra la mujer, tienen mujeres maltratadas***

Inicialmente hay que decir que las normativas son claras, por lo tanto se esperaría que una estrategia como Información, Educación y Comunicación (IEC) de la OMS (1960) y validada por el Ministerio de Salud y Protección Social se aplique a los temas de interés en salud pública, en este caso la normatividad acerca de las violencias contra las mujeres. Esta estrategia debe tener como propósito transmitir un mensaje informativo o educativo encaminado a sensibilizar al público

incrementando sus conocimientos o promoviendo y ofreciendo servicios asociados con las violencias.

Los resultados de éste estudio confirman el desconocimiento de las normativas que tienen las mujeres que consultan las instituciones; solo vagamente hacen socios con un sistema legal que las respalda y que viabiliza administrativa, técnica y profesionalmente las atenciones en el sector salud. Tan sólo las dos lideresas -mujeres usuarias activistas de los derechos humanos de las mujeres- dan cuenta con un mayor conocimiento de ello.

El objetivo de estas normas y de la Política acerca de violencia contra las mujeres, señala Naranjo (2012), es que el Protocolo para el abordaje integral de las violencias contra ellas desde el sector salud en Santiago de Cali, debe priorizar un posicionamiento activo por parte de ellas mismas, teniendo conocimientos previos en relación con las políticas preventivas y promoviendo así mejores prácticas de atención para minimizar la pérdida de bienestar, evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado y la comunidad organizada.

Pero lejos de pensar que una precaria información al respecto es un gran obstáculo para que las mujeres se posicionen frente a sus derechos, habría que decir que ellas intuyen desde conocimientos previos que han obtenido por otras

consultas en las instituciones de salud entre otros recursos, acerca de la atención que se requiere.

Este apartado, relacionado con el conocimiento previo que acerca de la política y normas sobre violencia contra la mujer, tienen mujeres maltratadas que consultan en cuatro instituciones de salud de Cali, se hace necesario revisarlo a la luz de algunas normativas como las que se presentan aquí, principalmente la Ley 1257 de 2008 y la Política Pública Municipal. Al respecto puede decirse que gracias a este proceso investigativo se logró un acercamiento al manejo y aplicabilidad de una Política Pública que se basa en lo estipulado en la en la Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción según las formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

Al respecto, en este estudio se observa una tensión entre el contenido de la política y su aplicación. La Política Pública de la ciudad de Santiago de Cali, que sí tiene unas estructuras y unos ejes de acción que en la retórica apoyan y permiten la sensibilización de la ciudadanía para evitar las violencias contra las mujeres en cualquiera de sus modalidades, pero en la praxis su ejecución es poco desarrollada.

La Política Pública con énfasis en la divulgación de los derechos de las mujeres, fortalecimiento de la capacidad institucional, empoderamiento y participación de ellas para el seguimiento en la implementación de políticas

públicas, mejorar su acceso a la justicia mediante los procesos de investigación, veeduría y adecuación del sistema judicial a nivel local (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015) no se ve materializada en propuestas permanentes pues no están sujetas a intereses de la administración de turno.

Los intereses de los gobernantes proyectados a su permanencia de ejercicio político, en el caso de los alcaldes durante cuatro años seguramente sería la mayor dificultad para establecer bases sólidas de las propuestas. Un reto por ejemplo sería lograr enlace entre tal cuatrienio con los Planes decenales de salud; en 10 años aparte de atravesar tres administraciones permitiría un mejor desempeño de la política pública para la prevención y atención de las violencias contra las mujeres.

En relación con esto, el Proyecto Apoyo a la Institucionalización de la Política Pública de Lucha Contra las Violencias hacia las mujeres en la Alcaldía de Cali 2011-2013, si bien tenía un sustento económico a través de presupuesto internacional de la Agencia Española de Cooperación Internacional que a la vez le exigía garantía en la continuidad poniéndolo en la agenda de ciudad, esto se vio limitado. Las propuestas de impacto al interior de la Alcaldía a través de la transversalización de todos los componentes como género, lenguaje no sexista, inclusión, etc., no logró la permanencia y tal nivel de impacto que se esperaba tampoco surtió efecto.

Las entidades de salud frente a la atención de mujeres víctimas es una radiografía de la Política Pública. La ruta de atención requiere aprehensión por parte de los funcionarios para responder frente a las grandes expectativas que se le depositan, pero los vicios que se han acusado en otras dependencias de la Alcaldía de Santiago de Cali hacen presencia también en este sector. Las dinámicas de contratación de estas personas está ligada a aspectos que ya han sido ampliamente comentados pero que no corresponden a intereses esenciales de la Política Pública Municipal (Eje cinco, Vida Digna Libre de Violencias Contrás las Mujeres - Alcaldía de Santiago de Cali, 2015).

Por otro lado, la atención a la comunidad y grupos poblacionales priorizada por la Política Pública pondera información, formación y capacitación a los y las servidoras públicas que operan la atención integral a mujeres víctimas de violencias, en servicios institucionales de prevención, atención y protección, lo cual deja un espectro amplio para la interiorización de la misma, posibilitando sensibilización y seguimiento frente a la problemática, que garanticen que todos los implicados en el proceso, sí conozcan la ruta a seguir y así la calidad en el servicio será percibido con mayores indicadores de satisfacción.

Pero que las mujeres no tengan acceso a esta información genera una brecha entre ellas y la posibilidad de tener acceso a sus derechos. Y aunque las mujeres entrevistadas no vinculan directamente su falta de atención y/o negligencia

del personal que las atiende como una falencia de la Política Pública o de los mecanismos para aplicarla o implementarla, es claro que quienes prestan los servicios de orientación o atención directa no siguen los protocolos para el caso de las violencias.

- ***Opiniones y valoraciones de las mujeres maltratadas con relación al sistema de atención en salud: Percepción de la calidad de la atención***

i. Adecuación de la estructura de servicios

La legislación nacional da status de urgencia médica para las consultas que hagan las mujeres en los servicios de salud por los eventos de violencia y la infraestructura de tales servicios debe ser consecuente con ello (Ley 1257 de 2008, Decreto Reglamentario para la atención en salud); igualmente, los protocolos prometen abordar el tema de las violencias contra las mujeres desde la detección, para lo cual se han definido estrategias como las capacitaciones para visibilizarla desde la oportunidad que se genera en la primera consulta pero la realidad dista del deber hacer.

En cuanto a la información ofrecida en las instituciones sobre procedimientos y protocolos de atención operan principios de economía, pareciera que la saturación

para funcionarios de las redes de salud por las dinámicas de la atención generara una carga adicional (Sharps y Campbell, 1999).

Información ofrecida o que debiera presentarse a las mujeres consultantes por los eventos de violencia como los consentimientos informados, explicación sobre procedimientos que las posiciona institucionalmente como sujetos de derecho y que se integra con la humanización de la atención, cede terreno a atenciones básicas comprometiendo aspectos subjetivos, histórico sociales, que han permitido imaginarios incorporados por funcionarios de salud.

Esto explicaría por qué, de acuerdo a Coll (2008) el personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud, lo cual iría en detrimento de la calidad de la atención, pues si las violencias contra las mujeres no tienen el status de problema de salud cualquier acción derivada para su atención en el contexto hospitalario puede percibirse como una carga adicional.

Junto a las normativas que sustentan ampliamente el suministrar información sobre procedimientos y protocolos de atención, la Asociación Médica Americana y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2000) recomiendan además cuestionarios de rutina para todas las consultantes en los servicios de urgencias, en cirugía, en control prenatal, en

consulta externa, en ginecología y en salud mental para la identificación de situaciones de violencias ejercidas contra ellas, igualmente el uso de tamizajes para iguales propósitos, pero se llegaría nuevamente al círculo vicioso identificado:

- Condiciones histórico sociales que incluyen por supuesto hacer parte de una cultura machista que permite además el uso de la violencia, mediada por tradición judeocristiana que relaja los canales de escándalo frente a las violencia contra las mujeres

- Imaginarios que se arraigan frente a lo anterior y que se reproducen acríticamente en las instituciones por simplemente principios de economía donde cada cual termina respondiendo a libretos institucionales

- Saturación del personal sanitario, por estar asociado con actividades estas que les representan cargas por contrastar con actividades contratadas o que por lo menos sí se pueden evidenciar a través de indicadores que justifican contrataciones, perspectiva de mercado está asociada con el sistema sanitario donde se evalúa la actuación del profesional sobre la base de actos médicos realizados. Por ello los médicos se estarían viendo presionados a hacer consultas rápidas, para realizar tantos actos médicos o consultas como sea posible (Ugalde, 2009). Una “efectiva” atención no incluiría información adicional que pudiera anticiparse a nuevos actos violentos contra las mujeres que consultan, advirtiendo los 15 minutos con que cuenta el profesional no es posible.

-La Guía de atención a la mujer maltratada del Ministerio de Salud (2000) adiciona la participación de funcionarios en situaciones de violencias en sus propios contextos familiares, como víctimas o victimarios, limitando la interacción que podrían tener con las mujeres consultantes; estar afectado por el fenómeno directamente implicaría invisibilizarlo.

ii. Nivel técnico de la atención: Cualificación técnica del personal de salud, Resolutividad

Puede decirse inicialmente que las usuarias entrevistadas construyen la calidad del servicio de salud desde el nivel técnico de éste. Ellas perciben, comprenden y valoran la capacidad resolutoria de los servicios y la cualificación técnica del personal de salud en todo el proceso de atención. Esto contradice un sistema de creencias anclado en el "saber experto" de los otros actores sociales con poder social que excluye el conocimiento y discurso de usuarios y usuarias, al considerarlos sin capacidad para evaluar el nivel técnico de la atención. Desde esta perspectiva se ponderan las opiniones y valoraciones de las mujeres maltratadas sobre el sistema de atención en salud como clave para la integración de la mirada que se propone sobre la calidad de la atención en salud.

Para empezar, se señala que la mayoría de mujeres identifican desconocimiento de los procesos de atención por los trabajadores de la salud,

ausencia de sensibilidad frente a los casos y peor aún, en algunas interacciones entre funcionarios y usuarias, hacen uso de prejuicios generando revictimización, agudizando sus ya complejas situaciones por las que consultan.

Los protocolos de atención en salud (Guía de atención a la mujer maltratada, Resolución 412 de 2000 y Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, 2012) muestran cierta claridad frente al hacer de las instituciones y suponen un conjunto de prácticas que no logran ser operativizadas en las instituciones de salud, por lo contrario como ya se dijo, en ellas se reproducen formas de revictimización.

iii. Humanización de la asistencia, Relaciones empáticas y respetuosas, Comunicación asertiva

Igualmente, hay un permanente reclamo por la humanización de la atención, las relaciones interpersonales se dan mediadas por prejuicios y no distinguen una problemática como las violencias contra las mujeres atravesadas por lógicas ancestrales de relación entre hombres y mujeres, arraigadas ancestralmente por lo tanto naturalizadas y que les representan sometimiento y así desventaja frente a los hombres, tal situación que requeriría abordajes interdisciplinarios, mínimamente por saberes de profesionales de la sociología, la antropología, el trabajo social entre otras ciencias sociales, a cambio es atendida principalmente por médicos

respondiendo a lógicas de mercado que pretenden la optimización de recursos, equiparando la violencia contra la mujer con la enfermedad, imaginario generado por la esencia del contexto de la salud, que limita la percepción que requeriría este fenómeno y con esto una abarcante postura terapéutica, de cara a la resolución estructural del fenómeno.

Junto a esos componentes, Donabedian suma el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de atención, donde identificamos aspectos especiales que pueden trascender la atención misma y que podrían permitir que seguramente las mujeres violentadas abran los canales de consciencia que les permitan distanciarse definitivamente de situaciones de riesgo; podremos ubicar aquí aspectos como la sensibilidad y empatía.

El dengue, el cólera, la tuberculosis entre otras enfermedades de interés en salud pública, seguramente sólo requerirán de la aplicación rigurosa de flujogramas estrictos que prescindan del uso de medicamentos derivados de la aspirina, reposo e hidratación, dependiendo de cada caso, pero las violencias contra las mujeres requieren quizá el reinventarse el flujograma provisto, la subjetividad que opera en las consultantes y la subjetividad de las personas que ofertan la atención no son universales.

Entonces, un modelo paradigmático positivista le debe ceder terreno mínimamente al menos en un primer momento a los discursos que ellas traen;

requieren una postura comprensiva no explicativa, esto último podrá aparecer en un segundo momento. Así lo sugiere Donabedian (1990), quien propone que una vez definidos estos criterios, garantizar la calidad depende del diseño de un sistema adecuado a las particularidades de cada caso y de la monitoria eficiente del desempeño de ese sistema, monitoria donde deben estar los mismos usuarios y usuarias como se ha revisado en este estudio.

- ***Integralidad de la atención por los eventos de violencia contra la mujer:
Enlace del sistema de salud con otros organismos***

En cuanto a la integralidad de la atención y enlace del sistema de salud con otros organismos del Estado se evidencia desarticulación. De acuerdo a Naranjo (2012), el sistema de seguimiento de la atención a mujeres víctimas por violencias debe garantizar tal seguimiento en el contexto amplio y complejo de la atención integral desde las instituciones municipales y estatales a mujeres afectadas por eventos de violencias, destacando la necesidad de la acción intersectorial para el cumplimiento de la misma, así como para la efectiva garantía de los derechos humanos de las mujeres, lo cual no se hace efectivo en la práctica.

A cambio, se ha demostrado que en el intento de articulación entre los distintos sectores se han permitido nuevas formas de victimización a nivel

institucional, impactando de tal manera a las mujeres que las lleva a interrumpir el proceso de reparación en los distintos sectores (Espinosa, 2012).

Tales dificultades han quedado de manifiesto en el análisis cualitativo que realizaron las investigaciones de diagnóstico del acceso a la justicia y a la atención intersectorial propuestas en el marco del Proyecto Apoyo a la Institucionalización de la Política Pública de Lucha Contra las Violencias Hacia las Mujeres en la Alcaldía de Cali 2011-2013, donde Espinosa (2012) devela cómo y de forma sistemática, un conjunto de dificultades que hacen referencia a nivel de la persona, la institución, el tejido social y la sociedad en su conjunto, van configurando una serie de barreras y obstáculos para que las mujeres efectivamente accedan a una atención integral adecuada y digna.

Igualmente se hace visible otras dificultades de mujeres violentadas donde se confirma que no existe un reconocimiento de las mujeres como sujetas de derechos, con autonomía y libertades, igualmente el desconocimiento e insensibilidad frente a la situación de vulnerabilidad y afectación integral en la vida de las mujeres víctimas, desconocimiento de frente a las condiciones socioeconómicas, culturales y de riesgo, así como los obstáculos de la atención inicial y restricción al acceso y al proceso de atención integral (Villareal, 2013), lo cual se complejiza en la salida de las mujeres de las instituciones donde debe ser a través de sus propias iniciativas o

como se ha visto ya, mediando voluntades aisladas de trabajadores de la salud para intentar enlaces con otras instituciones.

10. CONCLUSIONES

- Colombia es un país garantista en materia de acogida a legislaciones internacionales para procurar el bienestar o la reivindicación de los derechos humanos de las mujeres. Existe también distintas normativas generadas localmente, donde se destaca la Ley 1257 de 2008, que podría convocar toda clase de derechos y sanciones frente a las mismas problemáticas relacionadas con el fenómeno de las violencias contra las mujeres, tema abordado en esta investigación desde la óptica de las mismas usuarias de los servicios de salud, pretendiendo dar una mirada de primera mano a la problemática, ponderando la verificación del cumplimiento o no de las distintas normativas generadas.
- Tener la posibilidad mediante este ejercicio investigativo de escuchar y comprender cómo es percibida la atención para las mujeres que fueron víctimas de violencias fue de suma riqueza, puesto que permitió contrastar todo el aparato teórico de una Política Pública con las realidades de las usuarias e indirectamente con el personal que se supone es idóneo para su atención.

- Preguntar por la percepción de la calidad de la atención en salud de mujeres víctimas de violencia familiar en cuatro instituciones de salud de Santiago de Cali desde las usuarias, implicaba cuestionar la mirada exclusiva generada por saberes expertos que representan sólo un lugar en el espectro de la problemática, dejando de lado el de las mismas actoras. Se deja de lado la riqueza que representa tener la mirada desde el mismo lugar donde se construye la problemática, además de la dinámica de construcción de saberes de las usuarias que suman en la subjetividad de la misma para el enriquecimiento de la psicología social al abordar su objeto mismo de estudio.
- El conocimiento de las políticas y normas sobre las violencias contra las mujeres que tienen las mismas usuarias está relacionado directamente con sus propias experiencias previas, con las de personas que consultan las instituciones de salud y que comparten sus experiencias al respecto con ellas y con la información que generan los medios masivos de comunicación.
- En tal conocimiento, las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud tienen una baja o nula inferencia aun cuando las normativas así lo exigen, particularmente a través de la estrategia de atención primaria del Ministerio de Salud. Es sabido que al conocer acerca de las rutas y protocolos previo a la victimización por violencia se podría generar un factor protector que disminuiría los niveles de daño y protegería incluso contra la re victimización que opera en las mismas instituciones de salud.

- Las usuarias del sistema de atención primaria en salud por eventos de violencia familiar asumen en gran manera una posición crítica frente a tal atención; hacen uso de inferencias allí donde la atención requiere de conocimientos previos para la emisión de un juicio, bastándole con formas básicas de pensamiento que les permite posicionarse frente a él. Frente a procedimientos y la ruta en general se operan aspectos subjetivos desde las experiencias personales de las usuarias, pero hay un descontento generalizado desde el ingreso que hacen a los servicios de salud, donde se dilatan atenciones que requerirían oportunidad dadas las condiciones de vulnerabilidad que se opera en sus casos como en cualquier problemática de interés en salud pública, status que de recibirse facilitaría condiciones especiales para su manejo.

- El contacto inicial que hacen las mujeres usuarias en las infraestructuras no diseñadas para la atención de las violencias contra las mujeres junto al contacto que hacen con operarios del servicio desde el personal de seguridad hasta profesionales de la salud, el tipo de relaciones que se operan entre las víctimas y ellos, la ausencia de confidencialidad, de trato equitativo, el impedimento para acceso a información, a insumos y medicinas, a recursos humanos suficientes y especializados son un corolario de situaciones que dan cuenta de un diseño de atención desintegrado que responde a voluntades aisladas especialmente de profesionales de ciencias sociales pero que no logra articular resoluciones nacionales e internacionales que se han definido para la garantía de derechos humanos de las mujeres víctimas en la respuesta institucional por su vulneración de derechos a todo nivel.

- La ruta de enlace de las instituciones de salud con otras instituciones de atención por eventos de violencia generada en el contexto de la familia es inoperante. La orientación dada en los servicios de salud para hacer un enlace o consultar con otras instituciones de salud y otros organismos del Estado responde a esfuerzos aislados pero no a programas instalados, lo cual genera que muchos casos pasen desapercibidos para el sistema sin que tengan una cobertura interinstitucional como lo amerita el fenómeno de la violencia contra la mujer por su carácter multidimensional además para el cumplimiento de los protocolos de atención y de la política pública.

|11. RECOMENDACIONES

A continuación se presentan algunas recomendaciones fundamentadas en los resultados y en las conclusiones con las que se espera contribuir de algún modo al ejercicio garantista de la política pública para la reparación de mujeres víctimas de violencia en el contexto específico de la prestación de salud con los estándares de calidad requeridos en la legislación nacional.

1. Se debe advertir los factores estructurales que han mediado en la inoperancia de la ruta de atención en salud para mujeres víctimas, por lo que se requiere trabajar localmente en el desarrollo de políticas públicas que integren el problema a la luz de las dolientes, de sus necesidades y requerimientos, en lo cual ha habido un vacío al proponerse la política desde saberes técnicos y generados por profesionales que no han considerado las realidades directas de las usuarias. Se requiere de comunicación asertiva entre los formuladores de la política, los ejecutores y las beneficiadas de manera tanto directa como indirecta.

2. Es necesario integrar los factores específicos de la cultura que también permean las acciones de las mujeres consultantes, en cuanto a advertir las prácticas y formas de relacionamiento en general que operan a la hora de ellas consultar los servicios de salud; esto, para transmitir confianza y credibilidad en una política, donde se constate que ella realmente les representa.

3. Se debe hacer uso de todo el material y pedagogía necesaria para la alfabetización del mayor número de mujeres que necesitan ser acogidas por la

estrategia política para la prevención, atención y reparación integralmente de las mujeres frente a las violencias, lo cual daría respuesta a la propuesta de Información, educación y comunicación de la OMS para su masificación a través de carteleras, prensa, cartillas, comunicación alternativa y digitalizada, entre otras formas. Todos estos recursos se hacen necesarios para que la intangibilidad de las políticas sea eliminada del imaginario colectivo. Además, se hace necesario crear espacios de contacto permanente entre formuladores de políticas y mujeres en general o al menos potenciales demandantes de los servicios por sus situaciones de riesgo, para que la política se vuelva común y de fácil dominio comunitario y no quede sólo en las manos de quienes las formulan y decretan.

4. Es necesario ponderar estrategias de prevención sobre las de atención de formas de victimización de violencias en las instituciones de atención básica en salud. Si es sabido que al conocer acerca de factores de protección frente al fenómeno y de lógicas que median para la proclividad al problema e incluso acerca de las rutas y protocolos previo a la victimización por violencia se evita de manera importante la afectación, allí deben orientarse las estrategias políticas y se debe concretar la respuesta institucional.

5. La estrategia de Inspección, Vigilancia y Control de salud pública debe ser una de las alternativas para la garantía del cumplimiento del protocolo de atención en salud de mujeres víctimas de violencias. Se ha comprobado como lo revelaron las mujeres que junto a desconocimiento de las normativas por parte de funcionarios de las instituciones a pesar de estar contemplada en la política suficiencia en la información y rutas, y que la no disposición de las infraestructuras y recursos para la atención al no tener la problemática el status de urgencia, entre otras situaciones

que constatan inoperancia de la ruta de atención, no puede quedar a discreción de personas ni de instituciones su ejecución, debe haber un sistema integrado pero que de manera independiente constate su cumplimiento

12. REFERENCIAS

- Antoni, C. & Koller, S. H. (2007). Risk and protection indicators in physically abusive families/Indicadores de risco e de protecao em familias fisicamente abusivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (2).
- Archenti, N., Marradi, A., & Piovani, J. I. (2007). *Metodologia de Las Ciencias Sociales*. EMECE ARGENTINA. Recuperado en: <http://books.google.com.ar/books?id=vgVUGQAACAAJ> (3/1/2014)
- Atkinson, S. (1993). Anthropology in research on the quality of health services. *Cad Saúde Públ.* 9 (3): 283-99.
- Atkinson, S. (2005). Individual and district scale determinants of user's satisfaction with primary health care in developing countries. *Social Science and Medicine*; 60: 501-13.
- ATLAS.ti® The Knowledge Workbench, Version 7.5.4. Autor: Thomas Muhr; editor: ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH; Berlín; 2010 ff. (actualización periódica)
- Beneyto, J. (1961). *Teoría y técnica de la opinión pública*, Madrid. Tercer mundo.
- Blanco, Ruiz-Jarabo, García de Vinuesa y Martín-García. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*. V. 18 supl. 1 Barcelona mayo 2004. Recuperada en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029 (23/11/2015)
- Calnan, M. (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Soc Sci Med*; 27: 927-33.
- Coll, B. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*, v. 22 n.1 Barcelona. Versión

electrónica. Recuperada en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000100002&script=sci_arttext (12/11/12)

Cubero, M. (2005). Un análisis cultural de los procesos perceptivos. Anuario de Psicología, vol. 36, nº 3, 261-280. Recuperado en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61818/76170> (16/11/12)

Decreto 3039 de 2007, Ministerio de la Protección Social, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

Delgado, M.E. (2009). Percepción de la calidad en los servicios de salud desde la visión de los diferentes actores sociales en Colombia y Brasil: Un estudio cualitativo. DEA. Universidad Autónoma de Barcelona.

Delgado, M.E. (2013). Evolution of awareness and of factors that influence awareness of the General System of Social Security in Health and of Healthcare Rights of Colombian population between 2000 and 2010. Rev Gac Sanit. 2013;27(5):398–40

Delgado, M.E. (2013). Evolución del conocimiento del sistema de salud, derechos en salud, de la política de participación y de las experiencias de participación de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: una comparación entre 2000 y 2010. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona

Delgado, M.E. Vázquez, M.L., De Moraes-Vanderlei, L. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Rev. salud pública, 12 (4), 533-545.

Delgado, M.E. Vargas, I., Vázquez, M.L. (2011). Introducción a las Técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Cali: Programa editorial Universidad del Valle.

Echabarria, A. (1991). Psicología social sociocognitiva. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer. S.A.

Gilson, Alilio y Heggenhougen (1994). Community Satisfaction with Primary Health Care Services: an evaluation undertaken in Mongoro region of Tanzania. Soc Sci Med; 39(6):767-80.

Guzmán, O. (2002). Reflexiones sobre la esencia y evolución de la violencia social. Referencias al caso de la violencia familiar. Santiago. Recuperado en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/14502306/615> (26/06/11)

Heider, F. (1982) La percepción del otro. En: Torregosa JR, Crespo E, compiladores. Estudios básicos en psicología social. Barcelona: Editorial Hora

Ibáñez, T. (1988). Factores sociales de la percepción. Hacia una picosociología del significado. Recuperado en: <http://ddd.uab.cat/pub/quapsi/02113481v1n7p71.pdf> (12/11/12)

Justicia, J. M. (2005). Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS. ti 5. Espanha: Universidade Autônoma de Barcelona. Recuperado en http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/Atlas5_manual.pdf

Ley 1257 de 2008. Congreso de la República. Diario oficial.

Loaiza, L. Memoria técnica sobre recursos informáticos en análisis cualitativo de sociología. Facultad de Ciencias sociales y Económicas. Universidad del Valle. Cali. 2000.

Loaiza, L. Métodos informáticos para la investigación cualitativa en sociología [tesis]. Cali (Valle del Cauca): Universidad del Valle. Cali. 2000.

- Maciel y Lima S. (2004). Acolhimento solidário ou atropelamento?. A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. Cad Saúde Públ; 20 (2): 502-11.
- Ministerio de Salud, Colombia. (1993.) Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, éticas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D.C.
- Myers, D. (2000). Psicología Social. McGraw Hill. Bogotá. Nanda, S. (1980) Antropología cultural, México.
- Ovretveit J. (1992). Health service quality: an introduction to quality methods for health services. Oxford.
- Papalia, D. (1993). Psicología. Mexico, McGraw Hill.
- Penalva C. Postcodificación y análisis de datos textuales. Análisis cualitativo con Atlas ti. Instituto Universitario de desarrollo social y paz. Working Paper Numero 5. Madrid; 2003.
- Rincón, V., Salazar, T., & Torres Rivas, E. (2005). Aproximación estadística a la violencia familiar en la ciudad de Merida. Economía. No. 21 Enero-diciembre, pp. 9-38. Recuperado en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/19312/1/articulo1.pdf> (6/06/11)
- Ruiz, J. (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Segunda edición. España.
- Toennies, (1976), citada por Diaz (1987), en “Estudio de las opiniones sobre el consumo de drogas en el barrio El Troncal” de Cali.
- Ugalde, A. (2005) Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. Rev Panam Salud Pública; 17(3): 2002-209.

Varguillas, C. (2006). El uso de atlas. ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo de contenido upel. Instituto pedagógico rural el mácaro. Laurus Revista de Educación, 12, 73–87. Recuperado en: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Varguillas.pdf

Vázquez, M.L., da Silva, M.R., Fernández de Sanmamed, M.J, Mogollón, A., Delgado, M.E & Vargas, I. (2011). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Cali: Universidad del Valle

Villareal, A. (2001). Relaciones de poder en la sociedad patriarcal. *Revista Electrónica “Actualidades Investigativas en Educación”*, enero-junio, año/vol. 1, número 001. Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica

http://www.medicinalegal.gov.co/el-instituto/-/asset_publisher/4Of1Zx8ChtVP/content/cifras-estadisticas-de-violencia-contra-la-mujer-en-2015

ANEXO 1

Categorías de análisis

Nº	Nombre de la categoría	Definición	Subcategoría	
0	Percepción de la calidad de la atención en salud por mujeres que consultan por situaciones de violencias	Aquí se incluyen las siguientes subcategorías para dar cuenta de los procesos de atención en el sector salud en que participaron las mujeres cuando consultaron por eventos de violencias: Contacto directo que establecieron con el sistema de atención en salud, información recibida para el cumplimiento de protocolos y rutas de atención, opiniones que tienen acerca de la atención recibida, atribuciones o disposiciones personales dadas al respecto, esto, para dar respuesta a la percepción que ellas, las mujeres hacen del sistema de salud, entendiendo la percepción de acuerdo a Heider (2000) como el comportamiento, sus creencias, actitudes, valores, estilos de vida y modos de representarse e interpretar la realidad, moldeados por las condiciones de los contextos culturales e históricos en el que se encuentran las participantes		
1	Proceso de contacto que establecen las mujeres maltratadas con el sistema de atención	Esta categoría propone como referente de sistema de atención en salud uno basado en las conceptualizaciones de calidad de Donabedian, definido como una propiedad de, y un juicio sobre, alguna unidad definible de la atención, la cual se puede dividir por lo menos en dos	1.1	Técnico (Ciencia, tecnología e instalaciones físicas)
			1.2	Interpersonal /Asistencial

		partes: Técnica e interpersonal, donde la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios (1984)		
2	Conocimiento acerca de normas o leyes de protección a la mujer		2.1	Conocimientos previos
3	Información recibida por las mujeres sobre los protocolos y rutas de atención en salud por eventos de violencia	Refiere a tipos de información que tienen las entrevistadas sobre sus derechos y aquella que recibieron o no para el cumplimiento de la atención en salud con calidad por eventos de violencia (incluye consentimientos informados, explicación sobre la medicación y otros procedimientos, seguimientos); esta categoría se sustenta en las aplicaciones y fallos estatales concertados en las Resoluciones 412 y 459 de 2000 y 2012 del Ministerio de Salud y de Protección Social principalmente, así como de la Ley 1257 del 2008	3.1	Información recibida durante la atención
4	Opiniones que tienen las mujeres sobre la atención recibida en las instituciones de salud por eventos de violencia	Aquí, se hace uso de las opiniones de las entrevistadas, entendiendo estas de acuerdo a Beneyto (1961) como una toma de posición a partir de una convicción o creencia frente a un fenómeno, fundamentada en una realidad objetiva y como reflejo de la personalidad; el autor le atribuye relación con la información o	4.1	En relación con aspectos infraestructurales
			4.2	Respecto a aspectos relacionales

		conocimiento del tema, con interés, raciocinio, emotividad y con las actitudes, aquí, válido para el contexto de la atención en salud frente a las violencias		
5	Atribuciones dadas por las mujeres a la calidad de la atención recibida por eventos de violencia	De acuerdo a Heider (2000), que definió las atribuciones como un método para evaluar cómo la gente percibe su propio comportamiento y el de los demás, en esta categoría se intenta describir las impresiones relacionadas con la atención en el sistema de salud; para Heider, tendemos a atribuir la conducta de los demás a una de entre dos causas posibles: Una causa interna (rasgos de personalidad, inteligencia, motivación, etc...) o una causa externa (suerte, situación, acciones de terceras personas...)	5.1	Causa interna
			5.2	Causa externa
6	Percepción que tienen las mujeres sobre la integralidad de la atención, enlace del sistema de salud con otros organismos del Estado cuando consultan por eventos de violencia.	Esta categoría retoma de manera concreta la percepción que hacen las entrevistadas sobre la atención recibida en las instituciones de salud y suma la mirada frente a la percepción por la articulación del sistema de salud con otras instituciones de este sector y organismos de justicia y protección		

ANEXO 2

Diseño de una guía de entrevista o de preguntas

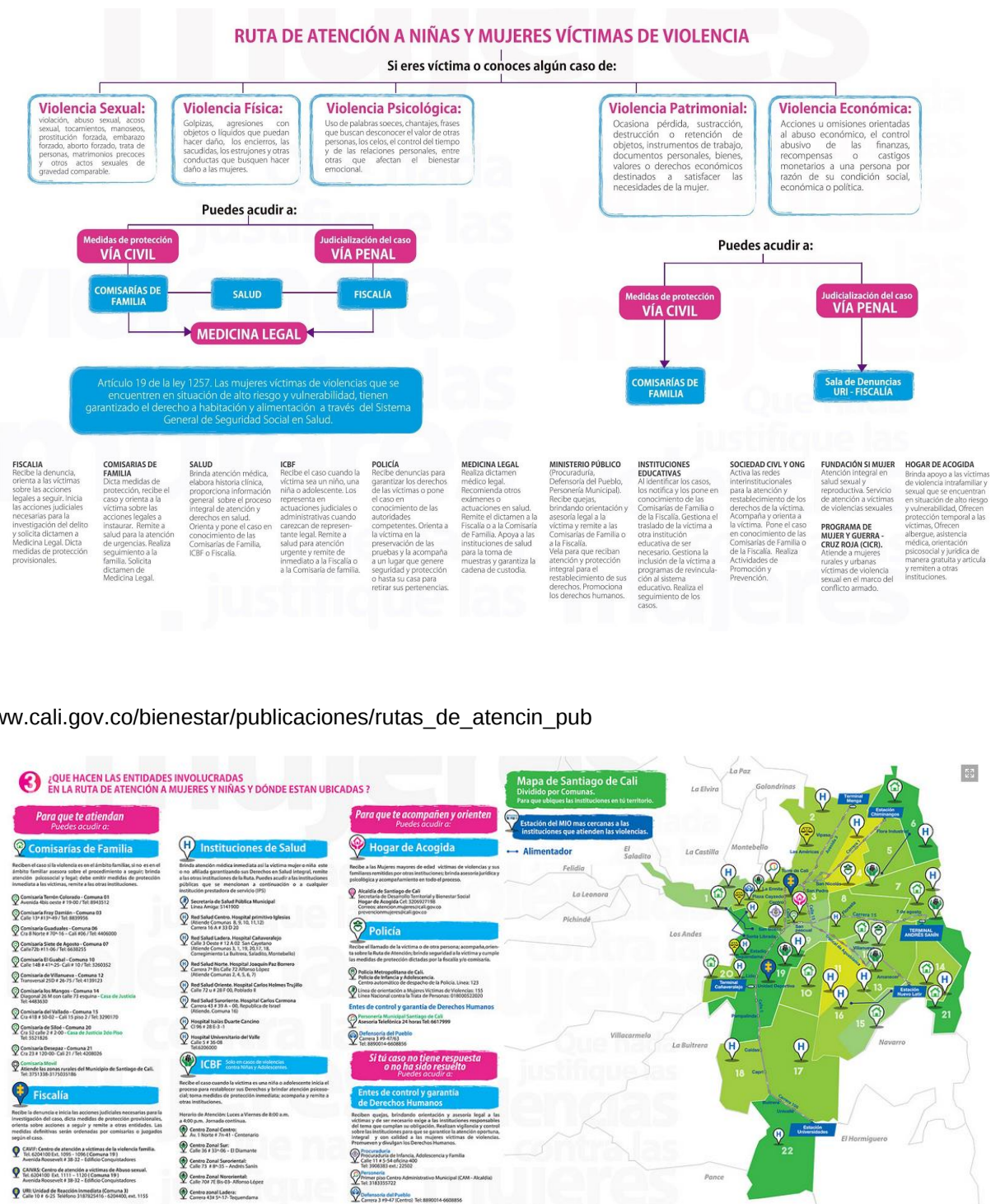
• ¿Pudo acceder fácilmente al servicio, en términos de tiempo de espera y trámite con remisiones, autorizaciones, carnet, etc.? • ¿Se garantizó la privacidad? • ¿Puedo elegir al profesional? • ¿Usted cree que las personas que la atendieron estaban capacitadas? • ¿El personal de salud fue respetuoso? • ¿Le prestaron atención y una escucha atenta? • ¿Fueron cálidos y amables? • ¿Los funcionarios fueron sensibles a su necesidad? • ¿Considera que hubo trabajo integrado entre todos los funcionarios de la institución?, incluyendo al portero, auxiliares, profesionales • ¿Puede identificar los profesionales que participaron de la atención? • ¿Las instalaciones fueron adecuadas?
• ¿Sabe si existe alguna norma o Ley que proteja a la mujer y que garantice una atención en salud de calidad por situaciones de violencias
• ¿Le dieron información clara y suficiente? • ¿El personal administrativo que la atendió le dio información clara, la asesoró bien, pudo acceder a más información? • ¿Se le consultó frente algunos procedimientos (pruebas de laboratorio, formulación de medicamentos)?
• ¿Usted considera que la ayudaron a resolver su problema de salud (física y psicológica)? • ¿Qué opina sobre a la atención recibida? • ¿Qué cree usted se debe hacer para mejorar y garantizar una atención de buena calidad en las instalaciones para una mujer que consulta por violencias?
-¿Cómo se explica la atención recibida (conocimientos y experiencias previas,

información relacionada, ideas, conceptos)?

- ¿Se le invitó a hacer denuncia a organismos de justicia y de protección o consultar otro tipo de servicios fuera de la institución de salud? Describa cuáles

ANEXO 3

Ruta de atención a mujeres víctimas de violencia



http://www.cali.gov.co/bienestar/publicaciones/rutas_de_atencion_pub

http://www.cali.gov.co/publicaciones/ruta_de_atencion_a_ninas_y_mujeres_victimas_de_violencias_p
ub