

Conocimientos, barreras y facilitadores para atención de violencia en área metropolitana de El Salvador, 2018

Knowledge, barriers and facilitators for attention to violence in the metropolitan area of El Salvador, 2018

Jandres, Mireya; Hernández Ávila, Carlos E.; Castro, Marta

Mireya Jandres

mireyagutierrez72@gmail.com

Instituto Nacional de Salud, El Salvador

Carlos E. Hernández Ávila

Instituto Nacional de Salud, El Salvador

Marta Castro

Instituto de Medicina Tropical, Cuba

Alerta

Ministerio de Salud, El Salvador

ISSN-e: 2617-5274

Periodicidad: Semestral

vol. 2, núm. 1, 2019

ralerta@salud.gob.sv

Recepción: 01 Febrero 2019

Aprobación: 22 Febrero 2019

Publicación: 07 Junio 2019

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/419/4191907006/>

DOI: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7527>

Citación Recomendada: Jandres M, Hernández C, Castro M. Conocimientos, barreras y facilitadores para atención de violencia en área metropolitana de El Salvador, 2018. Alerta. 2019;2(1):51-59. DOI: 10.5377/alerta.v2i1.7527

Resumen: Introducción. En El Salvador, desde hace siete años, se ejecutan lineamientos y normativas para la atención a todas las formas de violencia. **Objetivo.** Identificar conocimientos, barreras y facilitadores del personal del área metropolitana de San Salvador que atiende víctimas de violencia para el cumplimiento de normativa y lineamiento vigente. **Metodología.** Diseño cualitativo de triangulación de datos recopilados en el área metropolitana de San Salvador, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar. Se aplicó una entrevista semiestructurada a 36 profesionales del Ministerio de Salud que atienden a personas violentadas. **Resultados.** El 69 % del personal ha recibido capacitación en lineamientos y el 58 % en normativa de atención a todas las formas de violencia. De 10 pasos para la atención se reconocen: consulta médica (94 %), entrevista (92 %), soporte emocional, intervención en crisis (89 %), referencia, retorno e interconsulta (81 %), evitar barreras culturales y religiosas (47 %). El 39 % del personal de salud identificó señales de alerta de violencia contra mujeres. El 56 % no dio aviso por seguridad de la paciente. Barreras identificadas: capacitación y recursos materiales insuficientes, inadecuado espacio físico. Facilitadores identificados: capacitaciones, trabajo en equipo e idoneidad del personal. **Conclusión.** El conocimiento sobre lineamientos y normativas entre el recurso de salud, en general, es moderado. Principales factores para su ejecución son la presencia de personal capacitado y el trabajo en equipo. Las barreras son la falta capacitación en normativas, leyes y género, la falta de personal y saturación del trabajo, pocos recursos materiales para información y educación en prevención de violencia de género.

Palabras clave: violencia sexual, violencia de género, violencia social, violencia contra las mujeres, San Salvador.

Abstract: Introduction. In El Salvador, guidelines and regulations for the attention to all forms of violence have been in place for seven years; in this context, the present investigation was carried out. **Objective.** Identify the knowledge, barriers and facilitators, within the metropolitan area health personnel who attend violence victims, complying with the current guidelines and regulations. **Methodology.** Qualitative design of triangulation of data collected in the family community health units of the Metropolitan Area of San Salvador. A semi-structured interview was applied to 36 health resources of the Ministry of Health that attend violence victims. **Results.** 69

% of the staff has received training in guidelines and 58 % in regulations on how to deal with all forms of violence. Physical space, legal orientation, emotional approach and diagnosis according to ICD-10, were scarcely visible. Of the 10 attention steps, the following were recognized: medical consultation 94 %, interview 92 %, emotional support and intervention in crisis 89 %, referral, return and interconsultation 81 %, avoiding cultural and religious barriers 47 %. Only 39 % identified warning signs of violence against women. More than 50 % had difficulty giving notice for patient safety. Barriers: training and insufficient material resources, inadequate physical space. Facilitators: training, teamwork and suitability of staff. **Conclusion.** The training, human and material resources, received during the implementation of the current guidelines and regulations, did not reach all health personnel and health establishments, facilitating confusion in the classification of violence, weakening the care route of its integral management, and producing barriers during the whole process.

Keywords: sexual violence, gender violence, social violence, violence against women, San Salvador.

INTRODUCCIÓN

La primera vez que se visualizó la violencia como un problema de salud pública fue en la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de Salud (OPS), en 1993¹. Para 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud *declara que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo*^{2,3}.

A partir de las directrices internacionales se crea en El Salvador la Norma de atención integral e integrada a todas las formas de violencia (2011)⁴ y los Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia (2012), para garantizar el acceso a la salud a personas violentadas, así como orientar la coordinación interinstitucional e intersectorial. El fin de estos instrumentos es promover la atención integral a escala nacional en un contexto y situación específicos, con ideales de ruta de atención a personas víctimas de violencia, para tratar, rehabilitar y prevenir la violencia en todas sus formas⁵.

Las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) reportaron 38 037 casos de violencia en el año 2014. De estos, el 61,6 % fue por lesiones de causa externa. El 21 % fue por violencia física; el 9,4 % por violencia psicológica. El 2,4 % fue violencia sexual y el 2,4 % restante, violencia autoinfligida⁶. La tasa de homicidios fue de 68,07 por 100 000 habitantes; la mayoría entre 15 y 44 años, lo cual representa el 14 % de las defunciones en hombres y 7 % en mujeres⁷.

El informe sobre la situación de violencia contra las mujeres 2018 del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (Isdemu) menciona que una de cada tres mujeres ha sufrido violencia en el último año y siete de cada diez mujeres han sufrido violencia en su vida⁸. Sin embargo, no existen investigaciones que caractericen al personal prestador de salud, las barreras y facilitadores para implementar los lineamientos y normativas vigentes en el contexto actual.

El objetivo fue identificar conocimientos, barreras y facilitadores del personal del área metropolitana que atiende víctimas de violencia, para el cumplimiento de normativa y lineamiento vigentes. Esta información podría ser útil a las personas tomadoras de decisión para mejorar la atención de salud brindada por su personal en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF).

METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo a través de un diseño cualitativo de triangulación de datos recopilados en el área metropolitana de San Salvador en las UCSF. El universo del estudio fue un grupo de 36 integrantes del personal de salud autorizado por el Ministerio de Salud (Minsal) para atender a víctimas de violencia. Entre los profesionales se entrevistaron las siguientes disciplinas: medicina, enfermería, psicología, psiquiatría, trabajo social y promoción de la salud, que laboran en unidades comunitarias especializada, intermedia y básica. Se estudiaron las variables siguientes: lugar de trabajo, profesional, sexo, edad, tiempo de llevar programa de violencia, capacitaciones recibidas. En conocimiento, se utilizaron variables referidas al lineamiento y normativa para la atención a todas las formas de violencia; así como la ruta de atención ejecutada, barrera y facilitadores para su implementación.

La técnica que se utilizó fue la entrevista semiestructurada a través de una encuesta, la cual incluyó tres partes: 1) datos generales; 2) conocimiento sobre las normativas y lineamientos de atención en violencia en todas sus formas; y 3) barreras y facilitadores para atención a víctimas de violencia. Se negoció tiempo y día de entrevista con la dirección del área metropolitana de salud.

Con los datos recolectados sobre información general y conocimiento del participante se elaboraron tablas de frecuencias y porcentajes. Con la finalidad de tener una valoración de conjunto de las respuestas de conocimiento, a consideración de la investigadora, se realizó una escala donde el conocimiento menor del 50 % se consideró baja; de 50 % a 80 %, conocimiento moderado y 90 % a 100 %, conocimiento adecuado. Con las preguntas abiertas se hizo un análisis de contenido en el programa Nvivo versión 10. Se clasificó la información de ruta de atención, barreras y facilitadores. Se crearon códigos inductivos para identificar las tipologías para las variables encontradas de manera sistemática a todas las transcripciones. Se construyeron matrices que visualizan lo expresado por el personal de salud. Asimismo, se facilitó el análisis de triangulación entre lo normado en lineamiento y normativa vigente, el conocimiento y la práctica de los actores entrevistados. El estudio contó con el aval del Comité de Nacional Ética de Investigación en Salud (CNEIS) y el Instituto IPK de Cuba.

RESULTADOS

Del personal de salud entrevistado, el 92 % correspondió a mujeres y el 8% a hombres. El grupo etario al cual pertenece el 53 % de trabajadores es de 30 a 50 años. El 69 % de entrevistados forma parte de Unidades Comunitarias de Salud Intermedias (UCSFI). El 47 % del personal tenía más de tres años de experiencia en atención a víctimas de violencia (Tabla 1).

Conocimiento

El 69 % del personal de salud ha recibido capacitación en lineamientos y el 58 % en normativa de atención a todas las formas de violencia. En leyes nacionales, el 64 % se ha capacitado en Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (Lepina) y el 39 % en Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (LEIV); el 61 % en género y el 8 % no ha recibido capacitación.

Solamente el 33 % del personal de salud mencionó con claridad que la subdivisión de la atención es violencia intrafamiliar y violencia comunitaria; el 42 % confundió las clasificaciones de violencia.

De los aspectos tomados en cuenta en la atención, el personal de salud mencionó: identificación de la persona violentada (83 %), práctica de principios éticos (75 %), finalidad de restablecer la salud (78 %) y el 58 % consideró las formas de violencia individual o combinada.

El espacio físico, orientación legal, abordaje emocional y diagnóstico según CIE-10 fueron poco visibilizados. De los 10 pasos para la atención, los más reconocidos fueron los siguientes: consulta médica (94 %), entrevista (92 %), soporte emocional con detección de nivel de riesgo e intervención en crisis (89 %), referencia, retorno e interconsulta (81 %); el menos reconocido fue evitar barreras culturales y religiosas (47 %).

De la clasificación de tipos de violencia para la atención de niñas, niños y adolescentes, el 100 % del personal reconoció el maltrato emocional, la violencia sexual, la situación de negligencia y abandono; seguida del maltrato físico (94 %) y la situación de dependencia de calle (36 %). En cuanto a las mujeres, el 56 % reconoció principales tipos de violencia (física, psicológica y sexual) y el 44 % los individualizó. De los instrumentos como evidencia de violencia reconocidos fueron mencionados los siguientes: el expediente (94 %), la historia clínica (80 %), las hojas de registro específico (75 %), la hoja de registro de morbilidad y atenciones específicas (64 %) y la ficha familiar (33 %). La hoja de tamizaje no está como un instrumento de evidencia en la normativa, pero el 42 % del personal de salud lo tomó en cuenta.

De las intervenciones de las RIISS, el 14 % del personal reconoció que las atenciones preventivas y diferenciadas se daban a mujeres y hombres adultos violentados y agresores. Un 52 % manifestó que se daban intervenciones a niñas y niños violentados. El 64 % del personal mencionó que la RIISS debe brindar procesos educativos sobre violencia a todas las poblaciones en el ciclo de la vida.

El personal de salud que brinda el aviso fue identificado del siguiente modo: el personal médico de mayor jerarquía (78 %), personal médico consultante (17 %) y personal de enfermería (6 %). El 92 % del personal promueve la participación de las personas violentadas en grupos de autoayuda y el 8 % no. En manejo de evidencias forenses, el 50 % mencionó que no es prioritario en el momento de la consulta, justificando su respuesta: la primera *“el riesgo de la vida de la paciente”*; la segunda *“es responsabilidad de medicina forense”*. En cuanto al momento de brindar profilaxis para ITS, VIH y embarazo, el 58 % mencionó que debe realizarse antes de las 72 horas.

La coordinación interinstitucional para notificación y apoyo se identificó del siguiente modo: Policía Nacional Civil (86 %), Fiscalía General de la República (58 %) e Instituto Salvadoreño de Desarrollo de la Mujer (41 %). El 83 % del personal de salud informó a la persona responsable del paciente sobre el derecho de denunciar el hecho delictivo a la PNC y la FGR; el restante 17 % algunas veces lo hace o no lo realiza. Para el traslado de víctimas, el 64 % se apoyó en la PNC, el 22 % con personal de salud y un 14 % se hizo acompañar de otra entidad.

El 56 % reconoció la ruta de atención en caso de tener a un infante en situación de abandono y el 44 % reconoció una acción: refiere, atiende o avisa. Ante hallazgo de un infante con abandono de familiares, falta de atención en salud, depresión o conducta agresiva, solamente el 3 % identificó el tipo de violencia (situación de calle) (Tabla 2).

Ante la señal de alerta de violencia hacia las mujeres. El 39 % identificó las tres situaciones presentadas: pareja acompaña y responde a todas las preguntas; celos de pareja y culpa exagerada de paciente. Ante sospecha de violencia psicológica, el 42 % del personal de salud identifica situaciones de alerta que tiene que ver con el ejercicio del poder de la pareja sobre ellas. Un 11 % identifica a través del *“llanto espontáneo”* (labilidad emocional) y *“vista baja”* de la paciente.

Desde la percepción del personal de salud los tipos de violencia más comunes en niñas, niños y adolescentes son los siguientes: la violencia física, el abuso sexual y el emocional son ubicados en un mismo plano con 50 % cada uno y el abandono 6 %.

En el caso de mujeres, se identificó la violencia física en un 50 %; violencia psicológica un 42 % y violencia sexual, 22 %; más de un tipo de violencia representó el 8 %. El 75 % contaba con el conocimiento sobre el momento de profilaxis para infecciones de transmisión sexual (ITS) y prevención de embarazo. El espacio físico fue identificado como inadecuado por el 61 % del personal de salud.

Los lineamientos y normativas responden al actual contexto donde laboran solamente un 58 % de personal de salud. La disposición de los documentos estaba accesible para 64 % del recurso. El aviso de violencia a PNC y FGR se dificultó por la seguridad de las víctimas en un 56 %. El 53 % entrevistado refirió dificultad para realizar el aviso debido a vulneración en seguridad del personal de salud. Aunque se refirió a la paciente con personal de salud mental, solo un 56 % de casos son atendidos por estos; mientras un 41 % no. El 89 % del personal de salud manifestó que existen grupos de autoayuda en los establecimientos de salud.

Ruta de atención: barreras y facilitadores

Sobre la ruta de atención, 24 personas hicieron referencia ordenada de la ruta de atención a personas violentadas; 16 personas no conocían suficientemente la ruta de atención. Así, 26 personas hacen alusión a la referencia que se da a la paciente; 20 al manejo de la urgencia; 14 personas a orientación sobre procesos legales y otros apoyos de instituciones; 12 a la recepción; 11 al retorno e interconsulta; seis a los grupos de autoayuda; tres a actividades preventivas y a la prevención de la revictimización y una persona mencionó modificación de la ruta de atención en su lugar de trabajo.

Los facilitadores para la implementación de los lineamientos desde la visión del personal de salud son los siguientes: las capacitaciones recibidas (20 personas), el trabajo en equipo (11 personas) y normativas para el trabajo (ocho personas). En cuanto a recursos humanos: la idoneidad del personal (ocho personas), capacidades para la tarea (siete personas), existencia de promotores comunitarios y grupos de apoyo (siete personas). Los recursos materiales, el espacio físico de la atención, la visión de la atención como actividad de prioridad administrativa y la sensibilización ante la temática de violencia los manifestaron pocas personas.

Las barreras para la aplicación de los lineamientos aparecen en el siguiente orden: capacitación insuficiente (19 personas), recursos materiales insuficientes (14 personas), inadecuado espacio físico para la atención y poco tiempo para esta actividad (11 personas), no denuncia de la violencia: *“la misma violencia de la comunidad, esa es una barrera bastante grande, porque si la persona ha sido víctima de violencia, y por denunciar llegue a una violencia peor, hasta perder su vida, no tiene sentido. Por eso, cuando hay más que todo maltrato físico o hay amenazas de muerte no consultan”* [entrevista 0030], la cual se da por miedo de la víctima y por no poner en riesgo a la persona violentada.

Otras barreras encontradas: normativa para el trabajo (nueve personas), percepción de violencia (ocho personas), violencia social, carencia de material educativo y saturación de trabajo (siete personas), pérdidas en el seguimiento (cinco personas), no anticoncepción de emergencia (tres personas) y mejorar la legalidad (una persona).

DISCUSIÓN

Más de la mitad de los profesionales ha recibido capacitación en lineamientos y en normativas, considerando que responden al actual contexto donde laboran. Lo anterior contrasta con lo investigado en Nicaragua, donde las capacitaciones en normativas nacionales solamente lo había recibido un 36 % del personal de salud y el 85 % la consideró adecuada⁹. Sin embargo, la existencia de personal de salud no capacitado y que no consulta los documentos institucionales normados da cabida a la posibilidad de no aplicar adecuadamente una ruta de atención abriendo brechas para intervenir a víctimas de violencia.

De los vacíos encontrados en el conocimiento de la atención a víctimas de violencia en todas sus formas, se encuentran: los relacionados a la subdivisión y clasificación de violencia; poco reconocimiento de barreras culturales y religiosas; la ficha familiar como instrumento de evidencia y del trabajo normado para las RIISS en atención a víctimas de violencia.

Hay personal con inadecuado manejo sobre evidencia forense y la profilaxis para ITS, VIH y embarazo. Esta falta en los procedimientos sugiere más una falta de conocimiento. Este resultado difiere con el estudio colombiano, donde el personal omite la detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y la prevención de VIH y embarazo¹⁰.

El aviso de la violencia a instituciones como PNC y FGR se ve afectado por la seguridad de la víctima, contrastando con lo expresado por Contreras J.M. *et. al* en su análisis secundario¹¹, donde menciona que uno de los motivos por el cual niñas y mujeres no quieren denunciar es el miedo a sufrir represalias por quienes las violentan. Además, existe miedo por parte del personal de salud, situación similar a lo descrito por Guevara Díaz *et. al* en su estudio, donde el personal de salud reconocía su miedo debido a la situación de violencia¹². Por tanto, se produce una ruptura en la ruta y en el acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia.

Existe una brecha de atención en salud integral al no contar con el acceso al componente de salud mental y grupos de autoayuda para el proceso de soporte emocional que cubra la totalidad. Esto coincide con el informe de la OPS, donde se menciona que solo el 49 % de los países indicaron brindar servicio de salud mental, siendo de disponibilidad limitada¹³.

Existe personal que no visualiza situaciones de alerta que insinúan uso del ejercicio del poder sobre las víctimas. Esto podría deberse a problemas personales de violencia de género y a patrones culturales y religiosos que se asumen como normales en las relaciones de pareja, intrafamiliares y de trabajo. Estos deberán explorarse con más profundidad por medio de otros estudios.

De los tipos de violencia percibidos por el personal de salud en niñas, niños y adolescentes, violencia física, sexual y emocional son puestas en un mismo plano, traslapándose. Esto es diferente en el caso de las mujeres adultas, donde el personal percibió un orden de ocurrencia: violencia física, psicológica y sexual. Lo anterior está cercano a la realidad planteada en el informe 2018 del Isdemu, donde los tipos de violencia que más reportan las mujeres en orden son: psicológica, sexual y física⁸. Adicionalmente, el dato de mujeres adultas coincide con lo encontrado en otros estudios latinoamericanos¹⁴.

Dentro de las variantes en la práctica de la normativa se encuentran las siguientes: utilización de la hoja de tamizaje, la cual es reconocida por el personal de salud como instrumento de evidencia dentro del expediente y no solo para detectar casos, como se maneja en el lineamiento⁵. En las intervenciones preventivas y diferenciadas de la RIIS, se han incluido niñas, niños y adolescentes, diferente a lo dispuesto en su artículo 15, que toma solamente personas adultas violentadas y agresores⁴. La persona que brinda el aviso a las instituciones no siempre es el personal de mayor jerarquía, como lo estipula el artículo 27⁴. La coordinación interinstitucional para notificación y apoyo en los contextos de alta violencia se realiza con instituciones diferentes a las normadas en artículo 35⁴, para protección tanto de la víctima como del personal de salud.

El orden lógico de la atención, tomando en cuenta los lineamientos, es limitado. Esto se constata desde las consideraciones y los pasos a tomar en cuenta para la atención a víctimas de violencia hasta la forma de describir la ruta de atención, donde se saltan pasos importantes para una atención integral a las víctimas⁵. Así, la ruta de atención para atender víctimas de violencia en la práctica del personal de salud visualiza en mayor medida la referencia y el manejo de urgencia. La orientación legal, el proceso de recepción y el retorno e interconsulta fueron visibilizados por un tercio del personal de salud. Esta información sugiere que se mantiene un manejo de las pacientes con la lógica curativa para restablecer la salud. Situación similar fue visualizada por García C. en Colombia, cuyo estudio pone de manifiesto que el sistema de salud en su accionar se limita al daño físico¹⁰, persistiendo una visión medicalizada de la atención.

En cuanto a las barreras expresadas por el personal de salud, se enlistan: la falta de recursos multidisciplinario capacitado, tanto en las directrices de atención como en leyes y sensibilización de género para la aplicación del lineamiento. Además, resaltan otros factores institucionales como el espacio de atención inadecuado, la falta de recursos materiales y educativos, la saturación del trabajo y el poco tiempo para la

atención. Esto coincide con lo expresado en otro estudio cubano, donde el poco conocimiento del tema, la poca privacidad y el tiempo de consulta fueron barreras institucionales para el personal¹².

En cuanto a barreras personales para la implementación de los lineamientos vigentes, se encuentra la no denuncia de la violencia, que tiene que ver con la situación de violencia social al ser amenazados o vulnerados en sus entornos laborales, situación similar a lo manifestado por personal de salud en Cuba¹².

La formación del personal de salud con una visión aún medicalizada, con poca capacidad para analizar la violencia desde un enfoque de género en la consulta y en su entorno, hace posible que las brechas en la identificación de los casos aún persistan. Esta situación deberá ahondarse en futuras investigaciones.

CONCLUSIÓN

El conocimiento sobre lineamientos y normativas entre el personal de salud, en general, es moderado. Esto se evidencia en la capacidad de tomar en cuenta las consideraciones y los pasos necesarios para la atención a las víctimas de violencia, en la confusión entre las subdivisiones de la atención y los tipos de violencia existentes y sobre el conocimiento de la intervención de las RIISS dispuesto desde la normativa.

La ruta de atención ejecutada por los profesionales de la salud se ve afectada por varios factores: conocimiento actualizado, visión mayoritariamente curativa, dificultad para identificar la violencia de género, dificultad para brindar el aviso correspondiente, no contar con personal de salud mental suficiente para la rehabilitación, poco material para la prevención y seguimiento de las pacientes.

Las principales barreras para la ejecución de los lineamientos y normativas vigentes pueden resumirse en tres grandes áreas: capacitación continua y actualizada en normativas nacionales, leyes y formación en género; recursos humanos: falta de personal y saturación de trabajo; y falta de recursos materiales para la información y educación para la prevención de violencia de género.

Los facilitadores que hacen posible su implementación tienen que ver con las tres áreas en mención, destacando dos: la capacitación y el trabajo en equipo.

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección Regional de Salud Metropolitana y a la Región Central por la facilidad tanto para la recolección de datos como para la validación del instrumento. Al personal de salud participante en la investigación en las diferentes UCSF donde se efectuó el estudio.

FINANCIAMIENTO

Fondos del Instituto Nacional de Salud y la Agencia Andaluza de Cooperación (AACID), a través de Medicus Mundi.

CONFLICTO DE INTERÉS

El equipo de investigación expresa no tener conflictos de interés.

TABLA 1
Características de población entrevistada

Características	Médico	Porcentaje	Enfermera	Porcentaje	Salud mental	Porcentaje	Promotor de salud	Porcentaje	Porcentaje Total
Femenino	14	38.89	12	33.33	4	11.11	3	8.33	91.67
Masculino	1	2.78	1	2.78	1	2.78	0.00	0.00	8.33
Grupos de edad									
18-30 años	1	2.78	2	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	8.33
30-50 años	7	19.44	8	22.22	3	8.33	1	2.78	52.78
50 años a más	7	19.44	3	8.33	2	5.56	2	5.56	38.89
Establecimiento donde labora									
UCSFB ^a	3	8.33	1	2.78	1	2.78	1	2.78	16.67
UCSFE ^b	0.00	0.00	3	8.33	2	5.56	0.00	0.00	13.89
UCSFI ^c	12	33.33	9	25.00	2	5.56	2	5.56	69.44
Tiempo de llevar programa de violencia									
Menos de un año	2	5.56	4	11.11	1	2.78	1	2.78	22.22
Uno a dos años	3	8.33	4	11.11	0.00	0.00	1	2.78	22.22
Dos a tres años	2	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	1	2.78	8.33
Tres años a más	8	22.22	5	13.89	4	11.11	0.00	0.00	47.22

elaboración propia, a partir de la base de datos de entrevistas a personal de salud.

* Salud mental: incluye especialidades de psicología, psiquiatría y trabajo social

^a UCSFB -Unidad comunitaria de salud familiar básica.

^b UCSFE - Unidad comunitaria de salud familiar especializada.

^c UCSFI - Unidad comunitaria de salud familiar intermedia.

TABLA 2
Diagnóstico e identificación de tipo de violencia por profesional de salud

Sospecha diagnóstica	Médico	Enfermera	Salud mental*	Promotor de salud	Total	Porcentaje
Violencia comunitaria	1	2	0	0	3	8.33
Situación de calle	0	0	1	0	1	2.78
Trabajo infantil	0	1	0	0	1	2.78
Explotación sexual comercial	0	1	0	0	1	2.78
Violencia intrafamiliar (violentados por padres)	7	0	0	1	8	22.22
Seleccionaron más de un tipo de violencia	7	9	4	2	22	61.11

Base de datos entrevista a personal de salud.

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

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe anual del presidente del Comité Ejecutivo [Internet]. Washington D.C.: OPS; 20 agosto 1993 p. 28. Report n.º.: CD37/5 (Es). Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7020/15693.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la violencia y la salud 2003 [Internet]. 1.a Washington D.C.: OMS; 2003. 355 p. Disponible en: <https://bit.ly/2xuRxPk>
3. Organización Mundial de la Salud. 49.a Asamblea Mundial de la Salud WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública [Internet]. Washington, D.C: OMS; 25 mayo2016. (WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública). Report n.º: Man. res., vol. III (3a ed.), 1.11. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
4. Ministerio de Salud. Diario Oficial. Acuerdo n.º 1147. Norma de Atención Integral e Integrada a Todas las Formas de Violencia. San Salvador: Minsal. 4 de octubre 2011. [Internet] Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/norma/norma_atencion_formas_violencia.pdf
5. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. “Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia” 1.a Edición. San Salvador: Minsal. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_todas_formas_violencia.pdf
6. Ministerio de Salud. Informe de labores 2014-2015. (Salud y Equidad. Hasta el último rincón de El Salvador) [Internet]. San Salvador: Minsal; 2015 may, p. 81. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_todas_formas_violencia.pdf
7. Ministerio de Salud. Informe de labores 2015-2016 [Internet]. (La salud es un derecho y un MINSAL fuerte su mejor garantía). San Salvador: Minsal; 2016 may p. 160.. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/download/informe-de-labores-2015-2016/>
8. Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer. Informe sobre el estado y situación de la violencia contra las mujeres en El Salvador 2018 [Internet]. San Salvador: Isdemu. Disponible en: <https://isdemu.gob.sv/>
9. Rodríguez R, Márquez M, Kagueyama M. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Pública Mex* 2005; 47:134-144. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000200007&lng=es
10. García C, Méndez A. Violencia de género en el departamento del Meta [Colombia] 2015. *Hacia promoc. salud.* 2017; 22(2): 26-37. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n2/0121-7577-hpsal-22-02-00026.pdf>
11. Contreras JM, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. *Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual. Respuesta de las niñas y mujeres a la violencia sexual*, pág.40 (2010). Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/documentos/violencia-sexual-latinoamerica-caribe-analisis-datos-secundarios>
12. Guevara Díaz EL, Ferrer Lozano DM, Prada Mier A, Fernández Castillo E. Preparación de los Equipos Básicos de Salud para enfrentar la violencia de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [revista en Internet]. 2016 [citado 2019 Feb 15];32(3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/articulo/view/166>
13. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Washington, DC: OPS, 2016. Parte III. Resultados. pág.42. ISBN 978-92-75-31892-8
14. De Ferrante, FG, Santos MA, Vieira EM. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, n.º 31, p.287-99, out./dez. 2009.