Informe Técnico Consolidado

Evaluación de resultados de la aplicación de las Directrices de Atención Integral y de los procesos formativos para la respuesta a la violencia basada en género e intrafamiliar

Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina

Santo Domingo,
República Dominicana
Septiembre 2026

Informe Técnico Consolidado

Evaluación de resultados de la aplicación de las Directrices de Atención Integral y de los procesos formativos para la respuesta a la violencia basada en género e intrafamiliar

Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina

Informe Técnico Consolidado

Evaluación de resultados de la aplicación de las Directrices de Atención Integral y de los procesos formativos para la respuesta a la violencia basada en género e intrafamiliar

Proyecto "Fortaleciendo el marco de protección de derechos y respuesta integral a las violencias de género en República Dominicana", una iniciativa de Profamilia y la Asamblea de Cooperación por la Paz (ACPP) financiada por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Equipo responsable general

Stephanie Bayast

Claudia Saleta

Investigadora

Angélica Félix

Suleika Jiménez

Diagramación

Esteban Aquino García

Una publicación de Profamilia

www.profamilia.org.do

Tel.: 809-689-0141

@profamiliard

Santo Domingo, D.N.

República Dominicana, septiembre de 2026

Informe Técnico Consolidado: Evaluación de resultados de la aplicación de las Directrices de Atención Integral y de los procesos formativos para la respuesta a la violencia basada en género e intrafamiliar. esta publicación cuenta con la colaboración de la Cooperación Española a través de la Agencia Española de Cooperación (AECID). El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de Profamilia y no refleja, necesariamente, la postura de la AECID.

Informe Técnico Consolidado

Evaluación de resultados de la aplicación de las Directrices de Atención Integral y de los procesos formativos para la respuesta a la violencia basada en género e intrafamiliar

Santo Domingo, República Dominicana

Septiembre 2026

Contenido

Ficha técnica del documento. 8

Siglas y términos 8

1. Introducción 11

2. Descripción de la intervención y lógica de resultados 12

3. Objetivos y preguntas de evaluación13

3.1 Objetivo general 13

3.2 Objetivos específicos 13

4. Metodología 14

4.1 Diseño 14

4.2 Fuentes y muestra 14

4.3 Comparabilidad y tratamiento 14

4.4 Calidad de datos 14

4.5 Ética y protección 15

4.6 Alcance interpretativo 15

5. Caracterización de participantes . .16

5.1 Personal sanitario: muestra principal2 (n=36) . . .16

5.2 Personal administrativo y de apoyo: aporte complementario (n=12) 17

6. Resultados del personal de salud. .18

6.1 Alcance del proyecto y uso de materiales 18

6.2 Conocimientos y actitudes 19

6.3 Prácticas autoinformadas 20

6.4 Índice de Aplicación Autoinformada de las Directrices 20

6.5 Resolución de escenarios y procedimientos recientes 22

6.5 Barreras 22

7. Resultados complementarios del personal administrativo y de apoyo . 23

7.1 Alcance y apropiación de los materiales 23

7.2 Conocimientos, actitudes y resolución de escenarios 24

7.3 Barreras y aporte institucional 24

8. Experiencia de las usuarias . . . 25

8.1 Convergencia con el grupo focal de pacientes. . 26

9. Cambios institucionales y capacidades 27

9.1 Ruta y coordinación 27

9.2 Seguimiento y supervisión 27

9.3 Condiciones y recursos 27

9.4 Articulación externa 27

9.5 Perspectiva de Psicología 27

10. Triangulación de la evidencia . . 30

11. Análisis FODA 31

11.1 Aplicación de las Directrices 31

11.2 Aplicación de aprendizajes del Ciclo Formativo . .31

11.3 Aplicación del Módulo de Abordaje Integral . . .31

12. Hallazgos integrados 32

13. Conclusiones. 33

14. Recomendaciones y hoja de ruta 34

15. Lecciones aprendidas, sostenibilidad y replicabilidad 35

16. Limitaciones y aspectos para el cierre 36

Fuentes documentales revisadas . . 37

Anexo 1. Matriz resumida de indicadores38

Anexo 2. Nota sobre comparabilidad 39

Anexo 3. Criterios de interpretación. 40

FICHA TÉCNICA DEL DOCUMENTO

Elemento	Descripción
Entidad solicitante	PROFAMILIA
Centro de aplicación	Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina
Tipo de estudio	Evaluación mixta, comparativa y de corte transversal, con triangulación cuantitativa y cualitativa
Período de referencia	Línea base: agosto de 2024–abril de 2025. Evaluación final: 2026
Poblaciones	Personal sanitario; personal técnico-administrativo y de apoyo; autoridades y responsables; profesionales de Psicología; pacientes o usuarias
Fuentes consolidadas	36 encuestas a personal sanitario; aporte complementario de 12 encuestas administrativas; 3 entrevistas a autoridades; 20 entrevistas a usuarias; grupo focal con 5 pacientes; entrevista grupal con 2 profesionales de Psicología
Estado	Presentación de informe final.
Responsable	Angélica Félix

Siglas y términos

Sigla/término	Significado
VBG	Violencia basada en género
VIF	Violencia intrafamiliar
NNA	Niños, niñas y adolescentes
POA	Plan Operativo Anual
EPI-2	Informe Semanal de Enfermedades y Eventos No Transmisibles (Epi-2/2024)
Directrices	Directrices de Atención Integral en Salud a Mujeres en Situación de Violencia de Género
Módulo	Módulo para el Abordaje Integral de Sobrevivientes de Violencia Basada en Género desde los Servicios de Salud
P1-P8	Identifican las preguntas sobre conocimientos y actitudes en el Cuestionario al personal de salud.

Resumen ejecutivo

Este informe presenta la evaluación de los resultados alcanzados en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina después de la aprobación y socialización de las Directrices de Atención Integral, el desarrollo del Ciclo Formativo y la aplicación del Módulo para el Abordaje Integral de Sobrevivientes de Violencia Basada en Género desde los Servicios de Salud. La evaluación responde a los términos de referencia de PROFAMILIA y utiliza como punto de comparación el diagnóstico levantado entre agosto de 2024 y abril de 2025.

El diseño combina evidencia cuantitativa y cualitativa. La comparación central se realiza entre 36 integrantes del personal de salud encuestados en la línea base y 36 en la evaluación final. Las muestras son independientes y describen diferencias entre dos cortes institucionales, no cambios individuales. Los resultados del personal administrativo y de apoyo se presentan como un aporte complementario y separado. La evidencia cualitativa incluye 3 entrevistas a autoridades o responsables, 20 entrevistas individuales a usuarias, un grupo focal con 5 pacientes y una entrevista grupal con 2 profesionales de Psicología.

La evidencia muestra una mejora descriptiva más clara en las prácticas autoinformadas que en los conocimientos y actitudes. El promedio simple de respuestas favorables en ocho ítems comparables de conocimientos y actitudes aumentó de 75.2% a 80.9% (+5.7 puntos porcentuales). En nueve prácticas comparables pasó de 56.7% a 78.7% (+22.0 puntos). Mejoraron especialmente la detección, la confidencialidad, los referimientos y la protección del testimonio. Estos resultados se interpretan como prácticas declaradas y se contrastan con las entrevistas y los mecanismos institucionales reportados.

La brecha más crítica es la persistencia de estereotipos. Solo 19.4% del personal sanitario rechazó la afirmación que responsabiliza a las mujeres de evitar “actitudes provocadoras”. La detección no limitada a lesiones físicas alcanzó 66.7%, pero una de cada tres personas mantuvo una concepción restrictiva. El uso de las preguntas del protocolo se ubicó en 55.6% y el de los formularios de Detección y Registro en 58.3%. Estos resultados sugieren que el personal reconoce y aplica con mayor frecuencia los pasos generales de la ruta de atención —como la detección, el referimiento y la coordinación entre servicios— que las herramientas específicas establecidas para su implementación, particularmente las preguntas del protocolo y los formularios de Detección y Registro. La ruta general presenta un mayor nivel de apropiación que sus instrumentos específicos.

La transferencia de la formación a la práctica presenta señales mixtas. Entre el personal sanitario, 27 de 36 personas (75.0%) participaron en alguna actividad y 12 (33.3%) indicaron consultar o utilizar los materiales. El desconocimiento de las Directrices fue la barrera más mencionada, seguido por la sobrecarga, la falta de tiempo y la rotación. Como resultado complementario, las 12 personas administrativas participaron en actividades, pero solo 2 (16.7%) utilizaron los materiales. Este componente se analiza por separado porque no formó parte de la línea base.

Las autoridades reconocen mayor conciencia, mejor coordinación entre Medicina, Psicología y Trabajo Social, disponibilidad de formularios y una atención menos revictimizante. También señalan riesgos: rotación frecuente de residentes, dependencia de pocas personas, cobertura insuficiente de Trabajo Social durante fines de semana y ausencia de contrarreferencia oportuna desde las fiscalías.

Las usuarias valoran la comunicación y la confianza: 95% calificó las explicaciones como muy claras y suficientes, 75% expresó mucha confianza en la protección de su información y 70% reportó privacidad total. Solo 55% recibió información sobre dónde solicitar apoyo. Las mejoras solicitadas se concentran en orientación al ingreso, coordinación,

tiempos de espera, personal disponible, privacidad y trato en puntos administrativos.

La conclusión central es que la intervención contribuyó al fortalecimiento de la respuesta institucional y a la incorporación de prácticas más favorables para la atención de la violencia. El Índice de Aplicación Autoinformada de las Directrices pasó de 56.7 % en la línea base a 78.7 % en la evaluación final, equivalente a un incremento descriptivo de 22.0 puntos porcentuales. Este avance es relevante, aunque todavía frágil y desigual. La prioridad es convertir los aprendizajes en un estándar institucional mediante inducción obligatoria, actualización periódica, supervisión con indicadores, disponibilidad de instrumentos, cobertura interdisciplinaria, mecanismos de contrarreferencia y formación del personal de primer contacto.

1. INTRODUCCIÓN

La violencia basada en género y la violencia intrafamiliar constituyen problemas de derechos humanos y de salud pública que requieren respuestas oportunas, coordinadas y centradas en las necesidades de las sobrevivientes. Los servicios de salud ocupan una posición estratégica: pueden ser el primer espacio institucional en el que se reconocen señales de violencia, se ofrece atención clínica y emocional, se documenta el caso, se valora el riesgo y se activa una ruta de protección. La calidad de esa primera respuesta puede facilitar el acceso a derechos o, por el contrario, profundizar el silencio, la desconfianza y la revictimización.

En este marco, PROFAMILIA promovió en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina un conjunto de acciones orientadas a fortalecer las capacidades del personal y la respuesta institucional. Las acciones incluyeron la aprobación y socialización de Directrices de Atención Integral, un Ciclo Formativo dirigido a personal técnico-administrativo y de enfermería, y la elaboración y aplicación de un Módulo para el Abordaje Integral de Sobrevivientes de Violencia Basada en Género desde los Servicios de Salud. La intervención buscó ampliar conocimientos, transformar actitudes, mejorar prácticas y establecer condiciones institucionales que sostengan una atención integral, confidencial, coordinada y libre de discriminación.

La evaluación se diseñó para determinar qué cambió después de estas acciones y qué condiciones favorecen o limitan su continuidad. El punto de partida es el diagnóstico realizado entre agosto de 2024 y abril de 2025, que documentó conocimientos parciales del protocolo, prácticas heterogéneas, estereotipos de género y debilidades en el uso sistemático de instrumentos. La línea base también identificó recursos existentes: una ruta institucional, equipos con experiencia, disposición para mejorar espacios de articulación. Debido a vacíos de documentación y variaciones en algunos denominadores del informe original, esta evaluación reconstruye la comparabilidad ítem por ítem y evita presentar diferencias como cambios individuales o efectos causales.

El informe no se limita a reproducir porcentajes. Organiza la evidencia alrededor de una pregunta de gestión: ¿en qué medida la intervención logró que el hospital pasara de contar con esfuerzos y conocimientos dispersos a disponer de una respuesta institucional más coherente, verificable y sostenible? Para responderla se analizan cinco dimensiones: conocimientos y actitudes; prácticas reportadas; aplicación de instrumentos; experiencia de las usuarias; e institucionalización, seguimiento y articulación externa.

La lectura de resultados sigue un enfoque de género, derechos humanos, confidencialidad y no daño. Los testimonios se presentan de forma agregada y sin datos que permitan identificar casos o participantes. Las conclusiones se formulan a partir de convergencias entre fuentes y distinguen evidencia observada, percepción de actores e inferencias evaluativas. Esta distinción es esencial para no sobredimensionar los cambios y, al mismo tiempo, reconocer avances que tienen valor operativo para el hospital y para una eventual réplica en otros centros.

El documento integra las bases cuantitativas completas disponibles y la evidencia cualitativa levantada. El grupo focal previsto con personal de salud no pudo realizarse debido a las dificultades para compatibilizar la disponibilidad horaria del número de participantes requerido. Los temas contemplados en esta técnica fueron abordados mediante la encuesta al personal de salud y contrastados con las entrevistas a autoridades y profesionales de Psicología, lo que permitió incorporar al análisis la información relevante sobre conocimientos, prácticas, coordinación, barreras y aplicación de las Directrices.

2. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y LÓGICA DE RESULTADOS

La intervención parte de una secuencia lógica: los instrumentos normativos y los procesos formativos fortalecen conocimientos y criterios de actuación; esos aprendizajes se traducen en prácticas más seguras y coordinadas; las prácticas, cuando se acompañan de supervisión, recursos y responsabilidades claras, mejoran la experiencia de las usuarias y la capacidad institucional de responder a la violencia.

Nivel	Contenido	Indicadores de avance
Insumos	Directrices, ruta, protocolos, formularios, Ciclo Formativo, Módulo y asistencia técnica.	Disponibilidad, difusión, participación y comprensión.
Capacidades	Conocimientos, actitudes, identificación de señales, enfoque de derechos y competencias de referimiento.	Respuestas favorables y resolución de escenarios.
Prácticas	Detección, entrevista privada, registro, valoración de riesgo, referimiento y seguimiento.	Prácticas autoinformadas y evidencia documental.
Institucionalización	Roles, cobertura, inducción, supervisión, registros, coordinación y contrarreferencia.	Mecanismos regulares que no dependan de una persona.
Resultados en usuarias	Atención respetuosa, privacidad, información, confianza, orientación y acceso a apoyo.	Percepciones y experiencias reportadas.

Hipótesis evaluativa
Si las herramientas y aprendizajes se integran en rutinas, supervisión e inducción, el hospital podrá ofrecer una respuesta más homogénea y sostenible. Si permanecen ligados a personas clave o a actividades aisladas, los avances serán vulnerables a la rotación, la sobrecarga y las fallas de coordinación externa.

3. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

3.1 Objetivo general

Valorar los resultados de la implementación de las Directrices y de los procesos formativos en la respuesta institucional ante la violencia basada en género e intrafamiliar, tomando como referencia el diagnóstico de línea base.

3.2 Objetivos específicos

- Comparar conocimientos, actitudes y prácticas del personal sanitario entre la línea base y la evaluación final.
- Estimar el nivel de aplicación de las Directrices y documentar el uso de protocolos, rutas y formularios.
- Identificar cambios institucionales y de comportamiento asociados al Ciclo Formativo y al Módulo.
- Analizar la experiencia de pacientes o usuarias en materia de trato, privacidad, información, confianza y orientación.
- Reconocer fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para la sostenibilidad y la réplica.
- Formular recomendaciones priorizadas y factibles, con identificación de los actores institucionales vinculados a su implementación.3.3 Preguntas centrales

Dimensión	Pregunta
Pertinencia	¿La intervención respondió a las brechas identificadas en la línea base?
Cambio	¿Qué diferencias se observan en conocimientos, actitudes y prácticas?
Aplicación	¿Se utilizan las Directrices, preguntas, formularios, rutas y referimientos?
Experiencia	¿Qué cambios perciben las usuarias en trato, privacidad, información y apoyo?
Institucionalización	¿Existen condiciones, supervisión y recursos para sostener la respuesta?
Replicabilidad	¿Qué elementos pueden trasladarse a otros centros y bajo qué condiciones?

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Se utilizó un diseño mixto, comparativo y de corte transversal. El componente cuantitativo compara dos muestras independientes de personal sanitario. El componente cualitativo explora mecanismos de cambio, barreras, experiencia de usuarias, sostenibilidad y articulación. La integración se realiza mediante triangulación por convergencia, complementariedad y divergencia.

4.2 Fuentes y muestra

Fuente	Línea base	Evaluación final disponible	Uso analítico
Encuesta al personal sanitario	36 integrantes del personal sanitario.	36 integrantes del personal sanitario.	Comparación descriptiva pre y post.
Encuesta administrativa	No incluida.	12 integrantes de áreas administrativas y de apoyo.	Aporte complementario, presentado por separado.
Autoridades/ Responsables	Tres sesiones de entrevista; una incluyó director y subdirector.	3 entrevistas individuales.	Cambios institucionales, seguimiento, recursos y sostenibilidad.
Personal de salud	Grupo focal con 8 participantes.	No realizado por la limitada disponibilidad horaria del número de participantes requerido durante el período de levantamiento.	Los temas centrales fueron abordados mediante la encuesta al personal de salud y contrastados con las entrevistas a profesionales de Psicología. Esta triangulación permitió cubrir los contenidos previstos.
Psicología	Sesión grupal con 2 profesionales.	Entrevista grupal con dos profesionales, transcrita y analizada.	Detección, abordaje emocional y coordinación.
Pacientes/ Usuarias	Grupo focal con 5 pacientes seleccionadas por enfermería.	20 entrevistas individuales y grupo focal con 5 pacientes.	Experiencia, privacidad, información y recomendaciones.

4.3 Comparabilidad y tratamiento

La comparación se limita a preguntas con redacción y sentido conceptual equivalentes. En las afirmaciones redactadas en sentido negativo, se invirtió la interpretación de las respuestas para que un porcentaje más alto refleje, en todos los casos, conocimientos, actitudes o prácticas más favorables. Las diferencias entre la línea base y la evaluación final se expresan en puntos porcentuales. Por diseño, ambos levantamientos corresponden a cortes transversales independientes; por tanto, la comparación se realiza a nivel agregado y no como seguimiento individual de las mismas personas. Las diferencias se interpretan como cambios descriptivos del perfil institucional, no como un efecto causal aislado.

4.4 Calidad de datos

- Se verificó la integridad, consistencia y coherencia de los datos recopilados mediante los distintos instrumentos.
- Las encuestas al personal sanitario y administrativo se revisaron considerando las respuestas válidas de cada pregunta.
- Las entrevistas a autoridades, profesionales de Psicología y usuarias se organizaron por temas comunes para facilitar su análisis.
- Los hallazgos cuantitativos y cualitativos se contrastaron para identificar coincidencias, diferencias y aspectos complementarios.

- Todas las personas aceptaron participar. Los ítems analizados presentan una alta cobertura de respuesta; P6 cuenta con 35 respuestas válidas y una no respuesta. En la variable edad, una persona seleccionó “No quiero responder”, opción conservada como una respuesta válida de no divulgación.
- Los datos administrativos no se suman a la muestra del personal de salud ni se utilizan para calcular diferencias respecto de la línea base.
- La línea base contiene inconsistencias entre algunos textos, gráficos y denominadores; se priorizaron los valores que pueden reconstruirse del gráfico y se documentan las excepciones.

4.5 Ética y protección

La participación fue voluntaria. No se solicitaron nombres de pacientes ni detalles identificables de casos. La autorización para grabación se registró separadamente del consentimiento. Los resultados se presentan en forma agregada y los códigos de entrevistas se utilizan solo para la trazabilidad interna.

4.6 Alcance interpretativo

Regla de lectura
Una mejora porcentual indica una diferencia favorable entre dos cortes. Los resultados describen conocimientos, actitudes y prácticas autoinformadas y se triangulan con la evidencia cualitativa disponible.

5. CARACTERIZACIÓN DE PARTICIPANTES



Figura 1. Composición de la encuesta final.

La evaluación final contiene dos componentes que se presentan de manera diferenciada. La muestra principal comparable está constituida por 36 integrantes del personal sanitario: 22 residentes, 5 especialistas, 4 profesionales de Enfermería, 3 de Trabajo Social, 1 médico interno y 1 profesional de Psicología. El aporte complementario está compuesto por 12 personas de áreas legales, facturación, Recursos Humanos, secretaría, asistencia, supervisión y archivo. Estas 12 respuestas no se incorporan en los porcentajes comparativos con la línea base.

5.1 Personal sanitario: muestra principal2 (n=36)

Característica	Resultado
Cargo	22 residentes; 5 especialistas; 4 de Enfermería; 3 de Trabajo Social; 1 médico interno; 1 de Psicología.
Sexo	34 mujeres y 2 hombres.
Edad	36 respuestas; media 33.9 años, mediana 32, rango 25–54.
Turno	22 matutino y 14 rotativo.
Participación en el proyecto	27 sí (75.0%), 4 no (11.1%) y 5 no recuerdan (13.9%).
Uso de materiales	12 sí (33.3%), 11 no, 9 no recuerdan y 4 no aplica.

5.2 Personal administrativo y de apoyo: aporte complementario (n=12)

Característica	Resultado
Áreas	Legal, facturación, Recursos Humanos, secretaría, asistencia, supervisión y archivo.
Sexo	11 mujeres y 1 hombre.
Edad	11 personas informaron su edad: media 37.3 años, mediana 35, rango 27–56; una seleccionó “No quiero responder”.
Turno	12 en turno matutino.
Participación en el proyecto	12 sí (100.0%).
Uso de materiales	2 sí, 2 no, 1 no recuerda y 7 no aplica.

La composición final difiere de la línea base: aumenta el peso de residentes y se incorpora personal administrativo. Esta diferencia refuerza la decisión de comparar únicamente el componente sanitario y de interpretar los resultados en términos institucionales, no individuales. La presencia de 12 personas administrativas ofrece una lectura adicional sobre áreas de primer contacto que influyen en la experiencia de las usuarias.

6. RESULTADOS DEL PERSONAL DE SALUD

6.1 Alcance del proyecto y uso de materiales

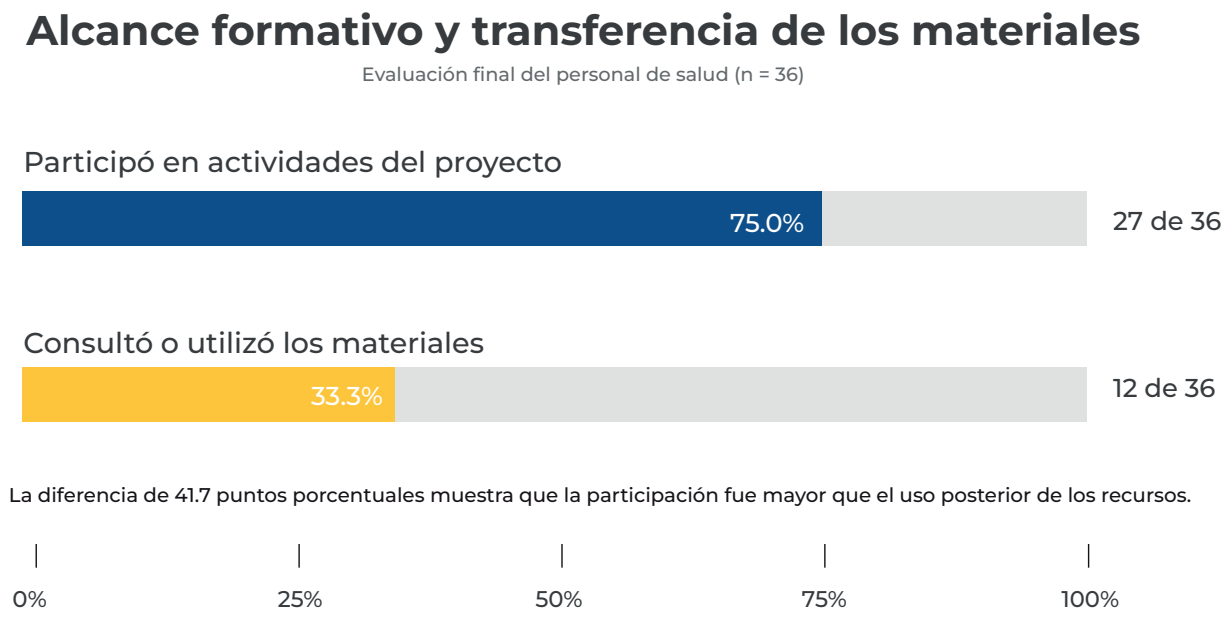


Figura 2. Participación en actividades del proyecto y uso declarado de materiales entre el personal sanitario (n=36).

Entre el personal de salud, 27 de 36 personas (75.0%) participaron en alguna actividad del proyecto. Doce de 36 (33.3%) indicaron haber consultado o utilizado las Directrices, protocolos o materiales promovidos. El Ciclo Formativo fue la actividad más mencionada, seguido por el Módulo y la socialización de las Directrices. La diferencia entre participación y uso muestra que la cobertura formativa fue mayor que la transferencia de los recursos a la práctica cotidiana.

6.2 Conocimientos y actitudes

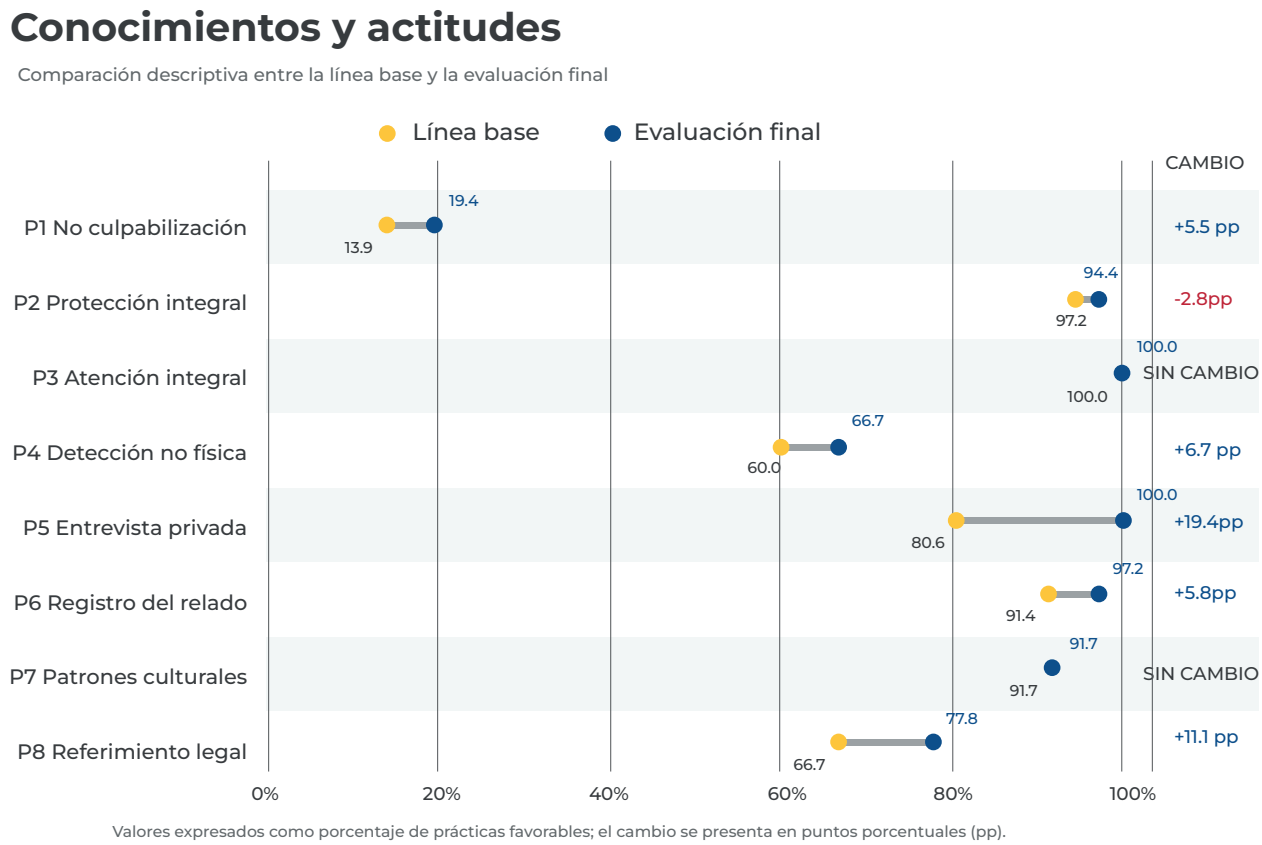


Figura 3. Porcentaje de respuestas favorables entre personal sanitario. Línea base: n=36. Evaluación final: n=36.

Ítem	Línea base	Final	Diferencia
P1. Rechazo a culpabilización	13.9%	19.4%	+5.5 pp
P2. Protección integral	97.2%	94.4%	−2.8 pp
P3. Concepto de atención integral	100.0%	100.0%	0.0 pp
P4. Detección no limitada a lesiones	60.0%	66.7%	+6.7 pp
P5. Entrevista sin familiar	80.6%	100.0%	+19.4 pp
P6. Registro del relato	91.4%	97.2%	+5.8 pp
P7. Abordaje de patrones culturales	91.7%	91.7%	0.0 pp
P8. Corresponsabilidad en referimiento legal	66.7%	77.8%	+11.1 pp

El resultado más sólido es la entrevista privada: las 36 personas del personal de salud rechazaron la presencia del familiar como garantía de veracidad. También se observa una mejora en la corresponsabilidad frente al referimiento legal. Sin embargo, el estereotipo de culpabilización permanece: 29 de 36 personas estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo con que se debe orientar a las mujeres para evitar actitudes provocadoras. Este patrón no es una brecha menor; afecta la calidad de la escucha, la autonomía y el riesgo de revictimización.

La detección muestra un avance moderado, pero incompleto. Doce de 36 personas todavía asociaron la detección exclusivamente con lesiones físicas. La respuesta institucional requiere reconocer señales emocionales, conductuales, sexuales, sociales y de control, además de indicadores clínicos visibles.

6.3 Prácticas autoinformadas

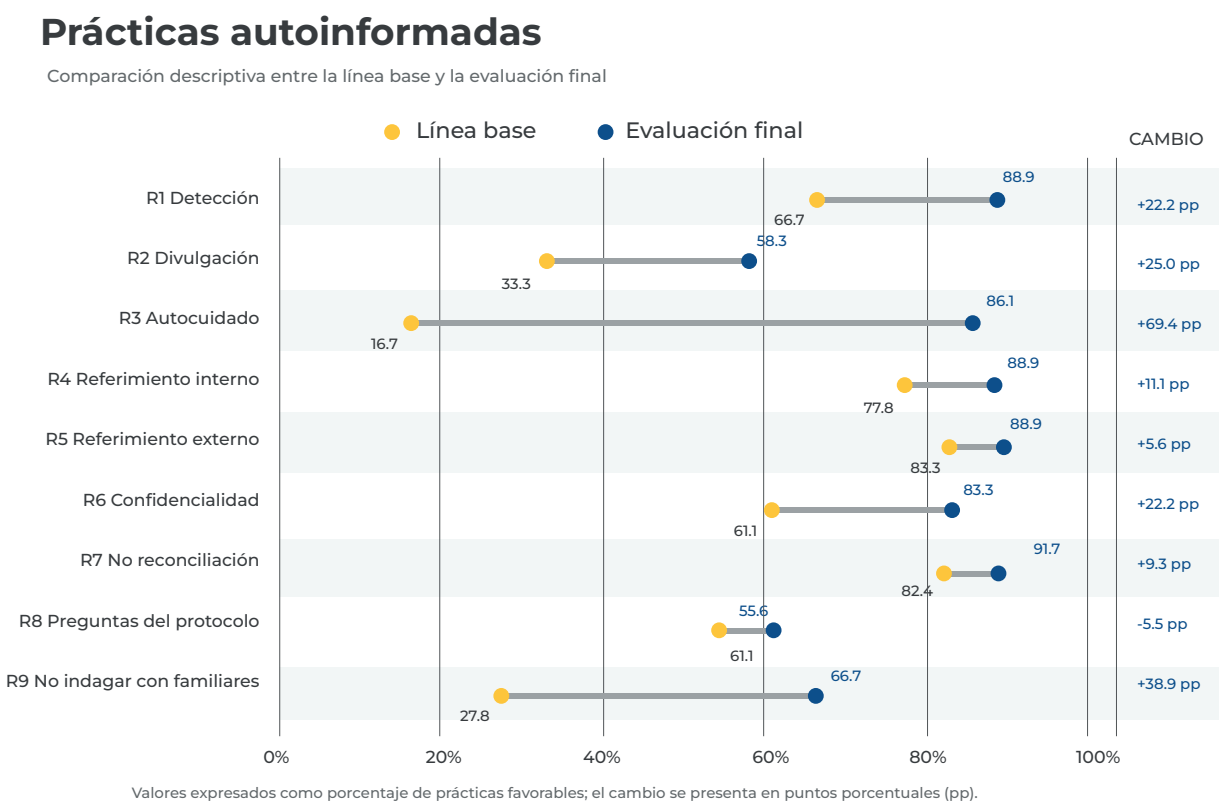


Figura 4. Prácticas favorables autoinformadas en ítems equivalentes. La línea base presenta denominadores variables en algunos ítems.

Ítem	Línea base	Final	Diferencia
R1. Incorpora detección	66.7%	88.9%	+22.2 pp
R2. Divulga información	33.3%	58.3%	+25.0 pp
R3. Espacios de autocuidado	16.7%	86.1%	+69.4 pp
R4. Referimiento interno	77.8%	88.9%	+11.1 pp
R5. Referimiento externo	83.3%	88.9%	+5.6 pp
R6. Espacio confidencial	61.1%	83.3%	+22.2 pp
R7. No promueve reconciliación	82.4%	91.7%	+9.3 pp
R8. Usa preguntas del protocolo	61.1%	55.6%	−5.5 pp
R9. No valida con familiares	27.8%	66.7%	+38.9 pp

La mayor mejora se reporta en autocuidado, seguida por la protección del testimonio frente a indagaciones con familiares, la divulgación y la detección. El único retroceso corresponde al uso de las preguntas indicadas en el protocolo. Además, 21 de 36 personas sanitarias (58.3%) dijeron utilizar los formularios de Detección y Registro de Casos. La combinación de estos resultados sugiere que la ruta general es más conocida que sus instrumentos específicos.

6.4 Índice de Aplicación Autoinformada de las Directrices

La línea base estableció entre sus propósitos conocer el índice de aplicación correcta del protocolo; sin embargo, no presentó un indicador agregado ni especificó una fórmula para su cálculo. Para posibilitar la comparación, la presente evaluación reconstruyó retrospectivamente un Índice de Aplicación Autoinformada, aplicando el mismo

procedimiento de cálculo a los datos disponibles en ambos levantamientos.

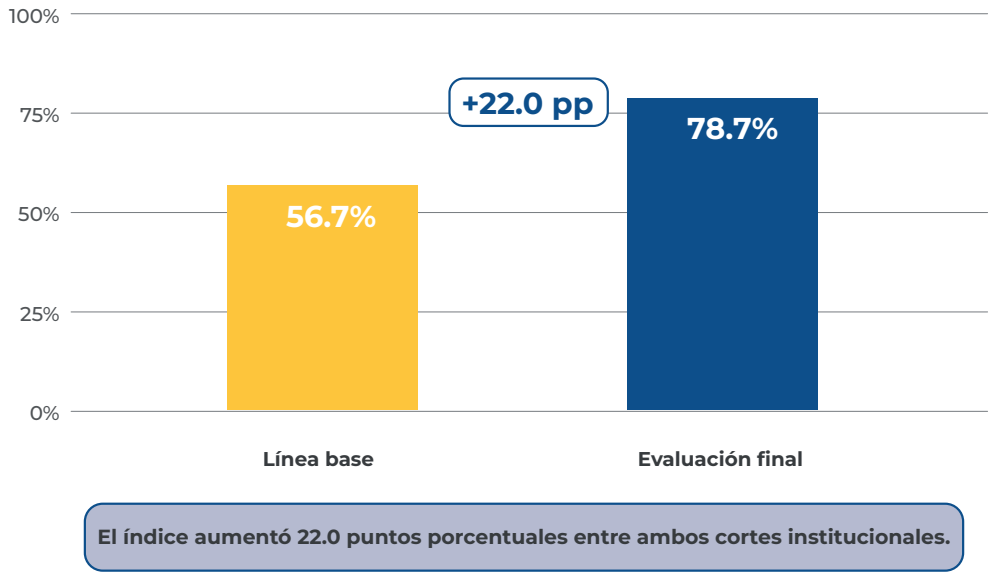
El índice se calculó mediante el promedio simple de las respuestas favorables correspondientes a nueve prácticas equivalentes incluidas tanto en la línea base como en la evaluación final. Estas prácticas comprenden la detección de posibles situaciones de violencia, la divulgación de información, los espacios de autocuidado, los referimientos internos y externos, la atención confidencial, la no promoción de la reconciliación, el uso de las preguntas del protocolo y la protección del testimonio frente a la validación con familiares.

$$\text{Índice de aplicación} = \frac{\sum \text{porcentajes de respuestas favorables en R1-R9}}{9}$$

El índice pasó de **56.7 % en la línea base a 78.7 % en la evaluación final**, lo que representa un incremento descriptivo de **22.0 puntos porcentuales**. Esto indica que, en la evaluación final, el promedio de respuestas favorables en las nueve prácticas analizadas alcanzó el 78.7%.

Índice de Aplicación Autoinformada de las Directrices

Promedio de respuestas favorables en nueve prácticas comparables



Nota: indicador basado en prácticas declaradas; no constituye una auditoría clínica de cumplimiento.

Fuente: Informe de línea base y encuesta de evaluación final, 2026.

El avance se explica principalmente por las mejoras observadas en la incorporación de procedimientos de detección, la divulgación de información, la protección del testimonio, la atención confidencial y los referimientos. No obstante, permanecen oportunidades de mejora en el uso de las preguntas específicas del protocolo, la apropiación de los formularios de Detección y Registro y algunas actitudes relacionadas con género, autonomía y violencia.

Este indicador debe interpretarse como una medida agregada de **prácticas autoinformadas**[1]. No constituye una auditoría clínica ni permite afirmar que las Directrices se aplican correctamente en la totalidad de las consultas. Sin embargo, ofrece una aproximación comparable y consistente al grado de incorporación de sus principales procedimientos entre la línea base y la evaluación final.

1 En este estudio, se denominan prácticas autoinformadas las acciones y procedimientos que el personal declara realizar en su ejercicio habitual, según sus respuestas al cuestionario. Esta información no fue verificada mediante observación directa, auditoría clínica o revisión sistemática de expedientes.

6.5 Resolución de escenarios y procedimientos recientes

En la muestra del personal de salud, las 36 personas seleccionaron correctamente que una paciente acompañada con señales de posible violencia debe ser entrevistada a solas, en un espacio privado y seguro. Frente a riesgo inmediato, 33 identificaron la valoración del riesgo, 28 la información sobre derechos, 27 la activación de la ruta y 23 el registro. Ninguna eligió contactar a la familia sin consentimiento o confrontar a la persona presuntamente agresora.

25 de las 36 personas indicaron no haber atendido casos durante los tres meses anteriores. Entre las 11 personas que sí reportaron actuaciones recientes, los procedimientos mencionados incluyeron preguntas de detección, referimiento interno, valoración de riesgo, formularios de Detección y Registro y referimiento externo. Estos resultados deben interpretarse considerando que la limitada exposición reciente a casos reduce las oportunidades de aplicar algunos procedimientos; por tanto, la ausencia de uso no implica necesariamente desconocimiento o incumplimiento.

6.5 Barreras

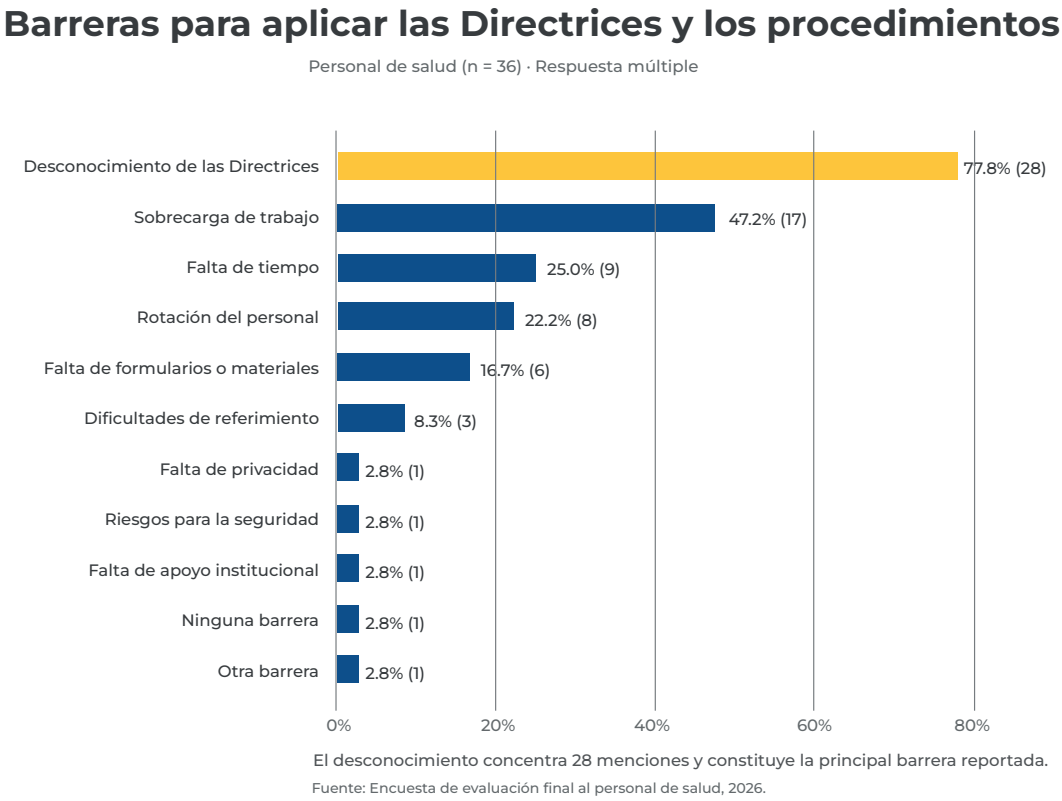


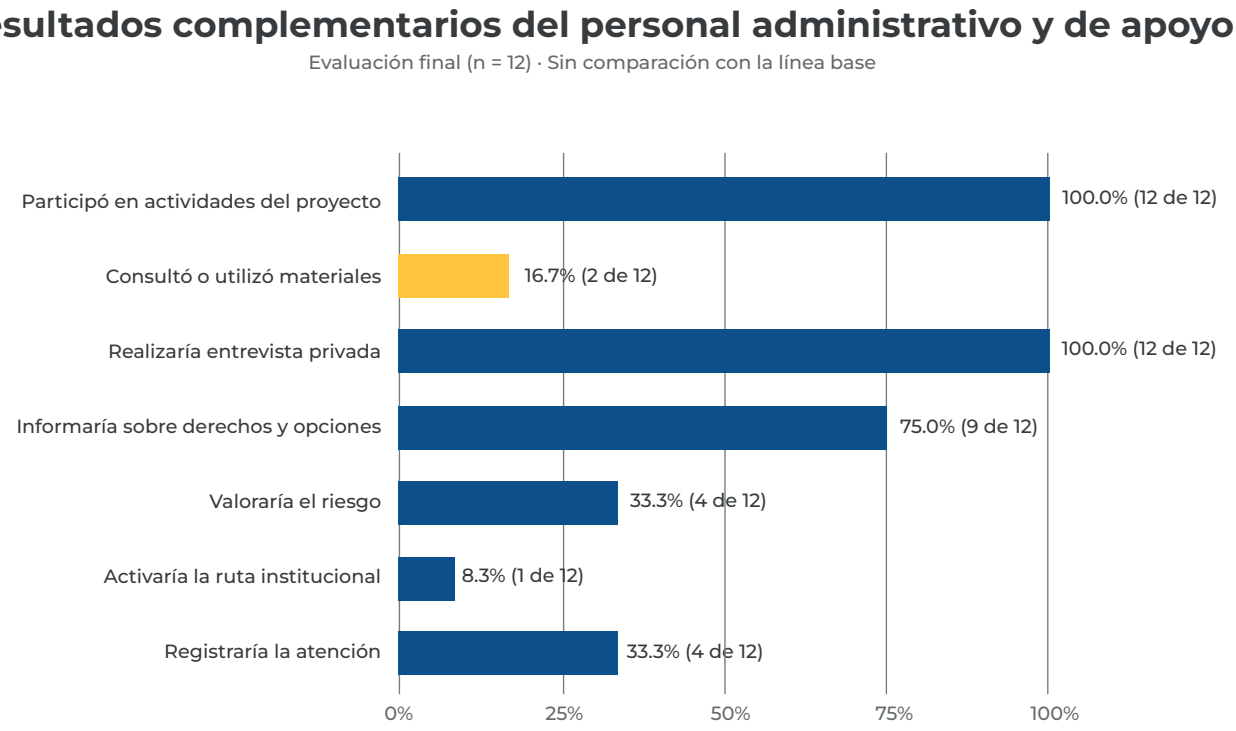
Figura 5. Barreras más mencionadas por el personal sanitario (n=36). Respuesta múltiple.

En el personal de salud, el desconocimiento de las Directrices fue la principal barrera (28 menciones), seguido por la sobrecarga de trabajo (17), la falta de tiempo (9), la rotación (8) y la falta de formularios o materiales (6). Los resultados indican que la formación debe acompañarse de recursos accesibles, recordatorios, práctica supervisada y orientación en el punto de atención. La sobrecarga y la rotación confirman que la sostenibilidad depende de integrar los procedimientos al flujo de trabajo, no de añadirlos como tareas paralelas.

7. RESULTADOS COMPLEMENTARIOS DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DE APOYO

Este componente incorpora las respuestas de 12 personas de áreas administrativas y de apoyo que participaron en actividades del proyecto. Se presenta de manera independiente porque esta población no formó parte de la línea base. En consecuencia, sus resultados no se suman a la muestra sanitaria ni se interpretan como variaciones pre y post. Su valor analítico consiste en mostrar el alcance de la intervención en áreas de primer contacto que influyen en la orientación, el trato y la experiencia institucional de las usuarias.

7.1 Alcance y apropiación de los materiales



La participación fue total, pero el uso posterior de los materiales alcanzó solo 16.7%.

Fuente: Encuesta de evaluación final al personal administrativo y de apoyo, 2026.

Figura 6. Indicadores seleccionados del personal administrativo y de apoyo (n=12). Resultados complementarios sin comparación con la línea base.

Las 12 personas reportaron haber participado en alguna actividad del proyecto, principalmente en el Ciclo Formativo. Sin embargo, solo 2 (16.7%) señalaron haber consultado o utilizado posteriormente las Directrices, protocolos o materiales; 7 indicaron que esta pregunta no aplicaba a sus funciones. La diferencia entre participación y uso sugiere que los contenidos necesitan adaptarse a las responsabilidades concretas de recepción, facturación, secretaría, archivo, Recursos Humanos y otras áreas de apoyo.

7.2 Conocimientos, actitudes y resolución de escenarios

Las respuestas muestran fortalezas en conceptos generales y brechas en contenidos específicos. Las 12 personas reconocieron la atención integral y la responsabilidad institucional de brindar información; 11 rechazaron realizar la entrevista frente a un familiar y 11 valoraron el abordaje de patrones culturales. Sin embargo, ninguna rechazó la afirmación que atribuye a las mujeres la responsabilidad de evitar “actitudes provocadoras”; solo 2 de 12 reconocieron que la detección no se limita a lesiones físicas y 2 rechazaron la idea de que el personal debe desvincularse del referimiento legal.

En el escenario práctico, las 12 personas identificaron correctamente la necesidad de entrevistar a la paciente a solas y en un espacio seguro. Nueve mencionaron informar sobre derechos y opciones, 4 valorar el riesgo, 4 registrar la atención y 1 activar la ruta. Estos resultados no deben evaluarse con el mismo criterio operativo aplicado al personal sanitario, porque la mayoría no atiende casos clínicos. Sí evidencian la necesidad de que cada área conozca las señales de alerta, la conducta inicial esperada y el punto institucional al que debe orientar o derivar.

7.3 Barreras y aporte institucional

Las barreras más mencionadas fueron la falta de tiempo (8), el desconocimiento de las Directrices (7), la sobrecarga de trabajo (4) y la rotación del personal (3). La participación de este grupo amplía el alcance de la intervención hacia el recorrido completo de las usuarias. Su incorporación es pertinente porque el trato, la privacidad, la información y la derivación también dependen de áreas no clínicas, aunque sus resultados constituyen un aporte complementario y no una extensión de la comparación con la línea base.

8. EXPERIENCIA DE LAS USUARIAS

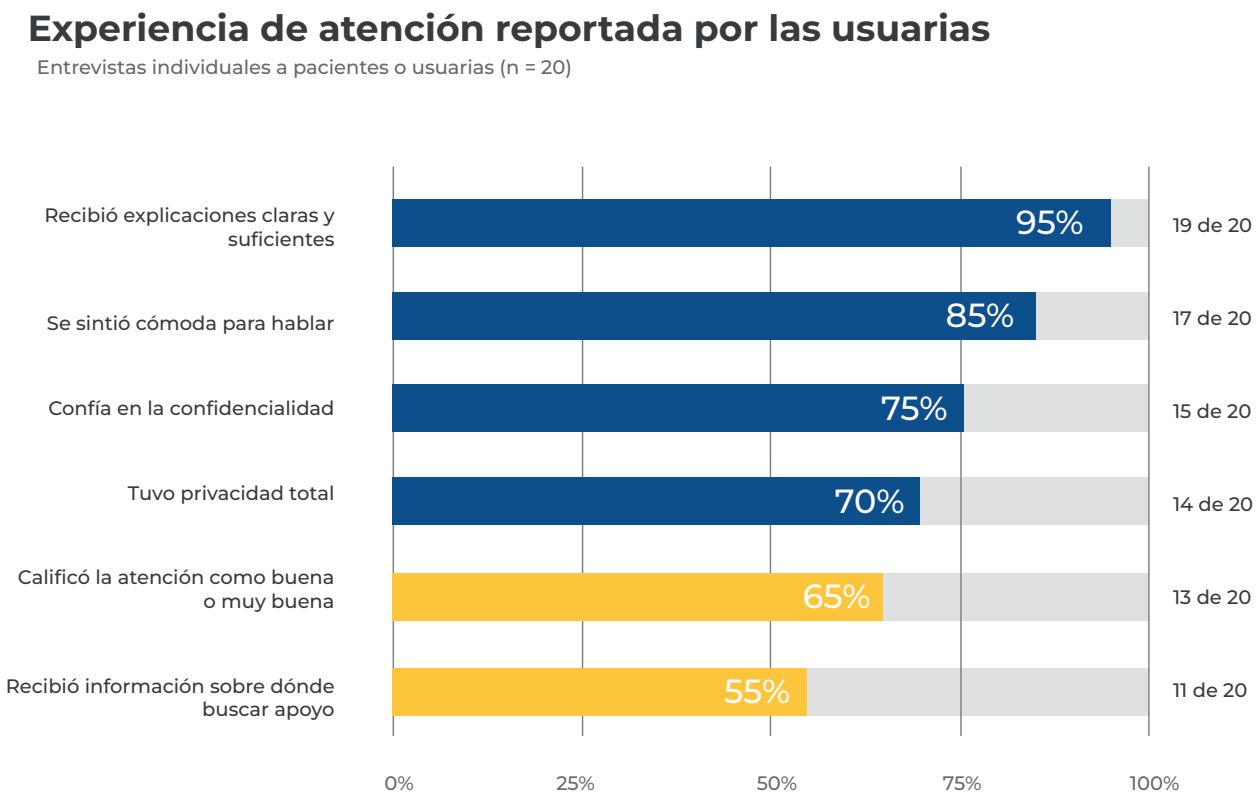


Figura 7. Indicadores seleccionados de 20 entrevistas individuales a usuarias.

La valoración de las usuarias es favorable en comunicación y confianza. Trece calificaron el trato como bueno o muy bueno; cinco como regular y dos como malo o muy malo. Diecinueve consideraron las explicaciones muy claras y suficientes. Quince expresaron mucha confianza en la protección de su información y 17 se sentirían cómodas o muy cómodas hablando de una preocupación delicada.

La privacidad y la orientación presentan oportunidades de mejora. Catorce reportaron privacidad total; cinco dijeron no haberla tenido y una no respondió. Once indicaron que el personal les informó dónde acudir si necesitaban apoyo, mientras ocho dijeron que no y una no lo recordaba. La información sobre apoyo es, por tanto, el indicador más débil de la experiencia reportada.

Doce de las 20 entrevistadas señalaron que la atención había mejorado; dos que seguía igual; una que había empeorado; una era usuaria por primera vez; y cuatro no sabían o prefirieron no responder. Las mejoras solicitadas se concentran en orientación al ingreso, coordinación de áreas, disponibilidad de personal, tiempos de facturación y emergencia, privacidad y trato del personal de apoyo.

8.1 Convergencia con el grupo focal de pacientes

Las cinco participantes del grupo focal describieron positivamente la profesionalidad del personal médico, la claridad de las explicaciones y la privacidad. Reconocieron mejoras en atención, citas, turnos y limpieza. Al mismo tiempo, distinguieron entre la experiencia clínica y otros puntos del recorrido: mencionaron trato poco respetuoso por parte de algunas secretarias o personal de apoyo, demoras en facturación y falta de papel, jabón o gel en los baños.

Existe una divergencia útil: en el grupo focal las participantes afirmaron que se conversa sobre seguridad y bienestar, pero también señalaron que no se les informa sobre los servicios de Psicología ni dónde buscar ayuda. Esta precisión coincide con el 40% de entrevistadas individuales que no recibió información sobre apoyo. La mejora de la orientación debe incluir servicios concretos, pasos y contactos, no solo mensajes generales de bienestar.

Lectura centrada en la experiencia
La calidad institucional se construye en todo el recorrido. Un abordaje clínico competente puede perder efectividad si el acceso, la facturación, la orientación o el trato administrativo generan desconfianza, exposición o abandono.

9. CAMBIOS INSTITUCIONALES Y CAPACIDADES

Las tres autoridades o responsables entrevistadas describen un cambio de conciencia: la violencia se reconoce con mayor claridad como parte de la respuesta sanitaria y el personal dispone de una ruta más visible. Se mencionan formularios, reportes, referimientos y coordinación entre Medicina, Psicología y Trabajo Social. Las capacitaciones se asocian con mayor humanización, reducción de la revictimización y comprensión de responsabilidades.

9.1 Ruta y coordinación

La ruta varía según la puerta de entrada. En Emergencia, la valoración médica precede la interconsulta con Psicología y el paso a Trabajo Social. En consulta, Psicología puede iniciar el abordaje y remitir a Trabajo Social, que revisa el caso, elabora el reporte y establece el enlace con la fiscalía. Las personas entrevistadas coinciden en que el personal identifica, registra, refiere y activa la ruta, aunque el dominio de documentos no es uniforme.

9.2 Seguimiento y supervisión

Las autoridades entrevistadas reportaron mecanismos de seguimiento basados en la revisión de expedientes y formularios, reuniones de coordinación, informes periódicos, reportes mensuales vinculados al POA, registros semanales en el EPI-2 y una plataforma de reporte diario para niñas, niños y adolescentes. No obstante, entre la documentación disponible para esta evaluación no se identificó una matriz integrada que articule los indicadores de seguimiento, las personas responsables, la frecuencia de revisión, los estándares esperados y las acciones correctivas. Por tanto, los mecanismos existentes constituyen una base relevante, pero requieren mayor integración para facilitar la supervisión sistemática y la toma de decisiones.

9.3 Condiciones y recursos

Las autoridades reconocen mejoras, pero señalan dependencia de personas clave, necesidad de fortalecer la cobertura de Trabajo Social en fines de semana y mayor apropiación por parte del personal médico, residentes y áreas administrativas. También proponen digitalizar la ruta y los instrumentos para facilitar el paso a paso y la trazabilidad.

9.4 Articulación externa

La relación con fiscalías y otras instituciones del sistema de protección es valorada como necesaria, pero la falta de respuesta y contrarreferencia genera interrupciones. El hospital puede completar su parte de la ruta sin conocer el estado posterior del caso. La creación de un mecanismo de retorno es una prioridad de gobernanza interinstitucional.

9.5 Perspectiva de Psicología

La entrevista grupal con dos profesionales de Psicología evidencia una valoración favorable de la coordinación interna y cambios positivos en la respuesta del personal ante posibles situaciones de violencia. Las participantes señalaron que actualmente reciben tanto casos que llegan directamente al servicio como referimientos realizados desde otras áreas del hospital, y destacaron que el personal médico y de enfermería muestra mayor atención a las señales de violencia y realiza los referimientos a Psicología de manera más oportuna. También perciben una mayor sensibilización y conocimiento sobre los aspectos que deben observarse para identificar posibles casos y sobre el protocolo que corresponde aplicar.

Ambas profesionales manifestaron que incorporan los aprendizajes de las capacitaciones mediante el seguimiento del protocolo, la consulta de procedimientos, el acompañamiento a los casos y la coordinación con fiscalías y otras instituciones. Asimismo, valoraron positivamente el funcionamiento de los referimientos internos y la comunicación entre Psicología y los demás servicios. Desde su perspectiva, los procesos formativos han fortalecido sus conocimientos y han contribuido a que el personal responda de manera más adecuada y brinde mayor acompañamiento a las mujeres.

No obstante, la aplicación sistemática de los instrumentos continúa enfrentando limitaciones operativas. Aunque se mencionaron registros de casos y formularios de referimiento, una de las participantes reconoció dificultades para utilizar correctamente estos recursos debido a la falta de equipos, el deterioro de la computadora disponible y el apoyo institucional insuficiente en períodos anteriores. Las entrevistadas consideran que la actual gestión muestra mayor disposición, pero todavía se requieren recursos, acompañamiento y una mayor difusión de los instrumentos para garantizar su uso regular.

Entre las principales barreras señalaron la insuficiencia de personal, la elevada demanda de atención, el tiempo limitado para escuchar adecuadamente a las pacientes y la falta de espacios físicos que aseguren privacidad, especialmente en las consultas médicas. También identificaron brechas de conocimiento entre parte del personal. Estos elementos pueden provocar que algunas señales de violencia pasen inadvertidas y dificultar una atención integral, confidencial y no revictimizante.

La entrevista también identificó aspectos actitudinales que requieren atención. Una participante expresó reservas de carácter religioso frente a uno de los procedimientos abordados durante la formación. Otra explicación vinculó las dificultades de detección con la disposición de las mujeres a denunciar o comunicar lo ocurrido. Estas expresiones muestran que, junto con el fortalecimiento técnico, es necesario continuar trabajando los enfoques de derechos, género, atención centrada en la sobreviviente y comprensión de las barreras emocionales, familiares y sociales que pueden dificultar la revelación de la violencia.

Para sostener los avances, las profesionales recomendaron que la respuesta a la violencia sea asumida como una prioridad institucional, con asignación de recursos, capacitación continua para todo el personal, campañas de sensibilización dirigidas a la población y disponibilidad de computadoras y equipos que permitan registrar, consultar y dar seguimiento a los casos. También destacaron la necesidad de garantizar que los instrumentos sean accesibles para las áreas involucradas.

Comparación con la línea base

La línea base ya identificaba al área de Psicología como un componente central de la ruta institucional. Los casos detectados en consulta o emergencia eran referidos a este servicio para realizar una evaluación más profunda, y se reportaba en coordinación con Trabajo Social, Ginecología y las instancias de justicia. En ese sentido, la evaluación final muestra una **continuidad de la ruta y de la coordinación interdisciplinaria**.

El principal cambio percibido es una mayor sensibilización del personal médico y de enfermería, acompañada de referimientos más oportunos y mayor conocimiento del protocolo. Este hallazgo es coherente con los avances observados en la encuesta final en detección, referimiento interno y protección de las pacientes.

Sin embargo, persisten algunas de las brechas documentadas en la línea base. En ambos momentos se identifican dificultades relacionadas con la privacidad, el conocimiento desigual del protocolo, la aplicación sistemática de los instrumentos y las condiciones institucionales para registrar y dar seguimiento a los casos. La evaluación final aporta mayor precisión sobre estas limitaciones al señalar falta de equipos funcionales, alta demanda, tiempo insuficiente y necesidad de mayor respaldo institucional.

En conjunto, la comparación sugiere que **la coordinación y la capacidad de respuesta han mejorado, pero la institucionalización todavía es incompleta**. La ruta es conocida y utilizada, aunque su sostenibilidad depende de fortalecer los recursos, los sistemas de registro, la disponibilidad de espacios privados, la capacitación continua y la supervisión de actitudes y prácticas coherentes con un enfoque de derechos y no revictimización.

10. TRIANGULACIÓN DE LA EVIDENCIA

Tema	Encuesta	Usuarias	Autoridades	Síntesis evaluativa
Privacidad	83.3% del personal sanitario reporta espacios confidenciales.	70% reporta privacidad total; el grupo focal la valora positivamente.	Se reconoce como criterio de atención.	Avance consistente, con brechas puntuales de infraestructura o flujo.
Información y orientación	94.4% reconoce la responsabilidad de informar.	95% valora explicaciones; solo 55% recibió orientación sobre apoyo.	Se reporta mayor humanización.	Explicación clínica fuerte; orientación sobre rutas y servicios aún incompleta.
Detección	88.9% dice incorporar procedimientos; 66.7% reconoce señales no físicas.	No se exploró detección directa por seguridad.	Mayor conciencia y menos casos inadvertidos.	Avance plausible, limitado por concepciones físicas y uso irregular de preguntas.
Instrumentos	55.6% usa preguntas; 58.3% usa formularios.	No aplica.	Existen formularios y reportes, pero el dominio es desigual.	Disponibilidad no equivale a aplicación uniforme.
Trato	El 88.9 % respaldó la idea de evitar "actitudes provocadoras" (P1) [2], lo que refleja culpabilización persistente; en contraste, el 91.7 % indicó que no promueve la reconciliación con la persona agresora.	65% califica bien/muy bien; se reportan problemas en primer contacto.	Se percibe mayor humanización, con diferencias entre áreas.	Cambio positivo pero heterogéneo; reforzar enfoque de género en toda la institución.

Conclusión de triangulación
Las fuentes convergen en una respuesta más organizada y consciente. También convergen en que la apropiación no es homogénea. La brecha principal ya no es la ausencia total de ruta o instrumentos, sino su uso desigual, la persistencia de estereotipos y la insuficiente institucionalización.

2 P1: Pregunta número 1 del cuestionario dirigido al personal de salud.

11. ANÁLISIS FODA

11.1 Aplicación de las Directrices

Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
Ruta conocida por actores clave; mejora en privacidad y referimientos; formularios disponibles.	Digitalizar el paso a paso; integrar tablero; formalizar contrarrefe-rencia.	Desconocimiento declarado; uso irregular de preguntas y formularios; dependencia de referentes.	Rotación, sobrecarga, falta de tiempo y respuesta externa tardía.

11.2 Aplicación de aprendizajes del Ciclo Formativo

Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
Alta participación; ma-yor sensibilidad, huma-nización y coordinación; alcance administrativo.	Convertir contenidos en in-ducción y micro aprendizajes; ampliar a primer contacto.	Baja utilización de los materia-les formativos entre las perso-nas participantes y persistencia de estereotipos de género.	Pérdida de capacidades por rotación; formación aislada sin supervisión.

11.3 Aplicación del Módulo de Abordaje Integral

Fortalezas	Oportunidades	Debilidades	Amenazas
Mayor claridad sobre atención integral, en-trevista privada, riesgo y referimiento.	Ejercicios prácticos con casos simulados en las capa-citaciones; acompañamiento entre profesionales de distin-tas disciplinas y revisión de expedientes para mejorar la calidad de la atención.	Conocimiento desigual de señales no físicas; aplicación parcial del registro y valora-ción.	Saturación asistencial; ausencia de cobertura continua; fallas de coordinación externa.

12. HALLAZGOS INTEGRADOS

1. La respuesta institucional avanzó más en prácticas que en actitudes: El incremento promedio fue de 22.0 puntos en prácticas comparables y de 5.7 puntos en conocimientos y actitudes.

2. La privacidad y la entrevista sin acompañantes se consolidan como fortalezas: La entrevista sin acompañantes constituye una fortaleza, pero la privacidad todavía no está garantizada de manera uniforme: cinco de las veinte usuarias entrevistadas reportaron no haber recibido atención en condiciones de privacidad.

3. La culpabilización de las víctimas permanece como la brecha más crítica: Solo 19.4% del personal sanitario rechazó el enunciado de "actitudes provocadoras"; en el personal administrativo ninguna persona lo rechazó.

4. La ruta es más visible que sus herramientas: Las autoridades describen procesos y documentos, pero el uso de preguntas y formularios se sitúa entre 55.6% y 58.3%.

5. La formación alcanzó a buena parte del personal sanitario, pero la transferencia al uso es limitada: 75.0% participó en acciones, mientras 33.3% declaró consultar o utilizar materiales. En el aporte administrativo, la participación fue de 100.0% y el uso de 16.7%.

6. La experiencia clínica es mejor valorada que el recorrido administrativo: Las explicaciones y la confianza son altas; orientación, tiempos y trato en puntos de acceso requieren mejora.

7. La sostenibilidad está expuesta a la rotación y a la dependencia de referentes: Residentes y personal nuevo requieren inducción sistemática; las áreas clave necesitan cobertura y respaldo institucional.

8. La contrarreferencia externa es el principal cuello de botella fuera del hospital: Las demoras y la ausencia de información de retorno desde las fiscalías dificultan la continuidad del seguimiento interinstitucional y limitan la capacidad del hospital para conocer el curso y cierre de los casos referidos. Por ello, se recomienda establecer un mecanismo formal de retorno o contrarreferencia entre el hospital y las instituciones receptoras.

9. La institucionalización debe reforzar la evidencia objetiva: La encuesta describe prácticas reportadas; el hospital puede fortalecer su seguimiento mediante revisión periódica de expedientes, formularios e indicadores de trazabilidad.

13. CONCLUSIONES

La intervención es pertinente y responde a brechas reales de la línea base. La evidencia disponible permite sostener que el hospital cuenta hoy con una respuesta más estructurada, mayor conciencia sobre su papel y mejores prácticas autoinformadas en detección, privacidad, referimiento y seguimiento. Las autoridades atribuyen a los procesos formativos una reducción de prácticas revictimizantes y una coordinación más clara.

En términos agregados, el Índice de Aplicación Autoinformada de las Directrices pasó de 56.7 % en la línea base a 78.7 % en la evaluación final, lo que representa un incremento descriptivo de 22.0 puntos porcentuales. Este resultado evidencia una mayor incorporación de las prácticas esperadas en materia de detección, información, confidencialidad, referimiento y protección de las usuarias. No obstante, por tratarse de prácticas declaradas, el índice constituye una aproximación al nivel de aplicación y no una verificación clínica directa del cumplimiento de las Directrices en todas las consultas.

El avance, sin embargo, es desigual. La persistencia de estereotipos culpabilizantes y la comprensión incompleta de la detección indican que la transformación actitudinal requiere más profundidad.

El dominio de las preguntas y formularios tampoco es universal. La respuesta se encuentra en una etapa de consolidación: ha superado la dispersión inicial, pero todavía no funciona como un estándar plenamente institucionalizado en todas las áreas y turnos.

La experiencia de las usuarias muestra resultados favorables en las explicaciones recibidas, la confianza y el trato clínico. No obstante, persisten brechas en la privacidad, la orientación sobre servicios y rutas de apoyo, los tiempos de espera y el trato en algunos puntos administrativos. La formación del personal administrativo y de primer contacto resulta necesaria para garantizar una atención coherente, confidencial y no revictimizante durante todo el recorrido institucional.

La sostenibilidad dependerá de cuatro decisiones: formalizar responsabilidades; instalar inducción y actualización continua; supervisar con indicadores y evidencia documental; y fortalecer la coordinación externa, incluida la contrarreferencia. Sin estas medidas, los avances seguirán expuestos a rotación, sobrecarga y dependencia de liderazgos individuales.

14. RECOMENDACIONES Y HOJA DE RUTA

La siguiente hoja de ruta organiza las recomendaciones técnicas derivadas de los hallazgos del estudio, según su prioridad, plazo e indicadores de seguimiento. Los actores señalados se proponen de acuerdo con sus competencias institucionales y no representan asignaciones formales de responsabilidad. La matriz busca orientar la planificación, coordinación y seguimiento de las acciones necesarias para consolidar la aplicación de las Directrices.

Prioridad	Recomendación	Actores propuestos	Plazo	Indicador
Alta	Implementar acciones formativas trimestrales para transformar estereotipos y actitudes culpabilizantes, mediante análisis de casos, reflexión crítica sobre prejuicios y relaciones de poder, consentimiento, señales no físicas y prevención de la revictimización.	Docencia; Psicología; Calidad; PROFAMILIA como apoyo técnico	0–6 meses	% del personal sanitario y administrativo que rechaza afirmaciones culpabilizantes y aplica adecuadamente el enfoque de género en casos simulados.
Alta	Implementar inducción obligatoria para residentes y personal de nuevo ingreso.	RR. HH.; Docencia; coordinaciones	0–3 meses	% de nuevos ingresos capacitados antes de 30 días.
Alta	Establecer tablero mensual de detección, registro, valoración, referimientos y cierre.	Calidad; Epidemiología; Trabajo Social	0–3 meses	Tablero revisado mensualmente con acciones correctivas.
Alta	Formalizar mecanismo de contrarreferencia con fiscalías y red de protección.	Dirección; Trabajo Social; enlaces externos	0–6 meses	% de referimientos con retorno documentado.
Media	Capacitar al personal de recepción, secretaría, facturación, seguridad y servicios generales en trato digno, comunicación no revictimizante, confidencialidad, orientación sobre rutas de apoyo y actuación adecuada ante revelaciones de violencia.	RR. HH.; Atención al Usuario; Psicología; Trabajo Social	0–6 meses	% del personal de primer contacto capacitado y reducción de quejas relacionadas con el trato y la orientación.
Alta	Garantizar condiciones de privacidad durante la atención, mediante espacios adecuados, control de interrupciones y presencia exclusiva del personal indispensable.	Dirección; áreas clínicas; Calidad; Atención al Usuario	0–3 meses	% de usuarias que reporta haber recibido atención en condiciones de privacidad.
Media	Digitalizar los formularios y la guía de actuación, incorporando controles de acceso y protección de la información.	TI; Calidad; áreas usuarias	6–12 meses	Sistema piloto implementado, seguro y auditado.
Alta	Estandarizar la orientación a las usuarias sobre los servicios de Psicología y Trabajo Social y las rutas internas y externas de apoyo.	Atención al Usuario; Psicología; Trabajo Social; áreas clínicas	0–3 meses	% de usuarias que identifica dónde solicitar apoyo y los servicios disponibles.
Media	Mantener espacios de autocuidado con frecuencia y propósito definidos.	Dirección; Psicología	Trimestral	Número de sesiones y participación por área.

15. LECCIONES APRENDIDAS, SOSTENIBILIDAD Y REPLICABILIDAD

- La capacitación produce mayor valor cuando se vincula con instrumentos, práctica supervisada y decisiones de gestión.
- La ruta debe estar diseñada para sobrevivir a la rotación: inducción, ayudas de trabajo y responsabilidades por cargo son indispensables.
- La experiencia de la usuaria incluye todos los puntos de contacto; la humanización no puede limitarse al personal clínico.
- La coordinación interna puede fortalecerse desde el hospital, pero el cierre de casos requiere acuerdos interinstitucionales.
- Los indicadores cuantitativos necesitan evidencia documental y relatos cualitativos para explicar por qué una práctica se aplica o no.
- La réplica en otros centros debe comenzar con diagnóstico de flujo, mapeo de actores, adaptación de ruta, formación interdisciplinaria y un mecanismo de seguimiento desde el inicio.

Condiciones mínimas para replicar
Compromiso directivo; equipo interdisciplinario; ruta y formularios adaptados; formación inicial y continua; supervisión con indicadores; cobertura por turnos; directorio de servicios; acuerdos de referencia y contrarreferencia; y mecanismos de escucha a las usuarias.

16. LIMITACIONES Y ASPECTOS PARA EL CIERRE

- Las muestras de línea base y evaluación final son independientes y no reproducen exactamente la misma composición por cargo.
- La línea base no documenta con precisión el solapamiento entre participantes de técnicas ni mantiene un denominador uniforme en todos los gráficos.
- Las prácticas se basan principalmente en autorreporte y están sujetas a deseabilidad social.
- El grupo focal previsto con ocho integrantes del personal sanitario no pudo realizarse debido a las dificultades para compatibilizar la disponibilidad horaria de las personas participantes. Sus temas centrales fueron abordados mediante la encuesta al personal de salud y contrastados con las entrevistas a autoridades y profesionales de Psicología. Esta triangulación permitió incorporar las perspectivas relevantes para la evaluación, aunque no reproduce la interacción y construcción colectiva propias de un grupo focal.
- La entrevista grupal con dos profesionales de Psicología fue realizada.
- La ampliación a 20 entrevistas de usuarias mejora la diversidad de experiencias, pero no es metodológicamente equivalente al grupo focal de cinco pacientes de la línea base. La comparación cualitativa se realiza por temas, no por frecuencias directas.

FUENTES DOCUMENTALES REVISADAS

- Términos de referencia de la consultoría.
- Propuesta técnica de análisis de impacto.
- Informe y base de línea base del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina.
- Exportaciones de KoboToolbox: encuesta al personal, entrevistas a autoridades y entrevistas a usuarias.
- Registro del grupo focal con pacientes.
- Reporte escrito de la entrevista grupal con dos profesionales de Psicología.
- Instrumentos finales de recolección.

ANEXO 1. MATRIZ RESUMIDA DE INDICADORES

Indicador	Definición	Fuente	Estado
Conocimientos/ Actitudes	% de respuestas favorables en las ocho preguntas del bloque de conocimientos y actitudes (P1–P8), con recodificación de los ítems formulados en sentido negativo.	Cuestionario al personal de salud	Calculado para personal sanitario.
Prácticas autoinformadas	% de respuestas favorables en las diez preguntas del bloque de prácticas autoinformadas (R1–R10).	Cuestionario al personal de salud	La comparación entre la línea base y la evaluación final utiliza R1–R9; R10 se analiza únicamente en la evaluación final porque no tiene una pregunta equivalente en la línea base.
Alcance	% que participó en acciones del proyecto.	Cuestionario al personal de salud	Calculado y presentado por población.
Transferencia	% que consultó o utilizó materiales.	Cuestionario al personal de salud	Calculado y presentado por población.
Experiencia usuaria	Trato, privacidad, claridad, comodidad, apoyo, confidencialidad y cambio.	Entrevistas y grupo focal	Calculado y sistematizado.
Institucionalización	Roles, cobertura, supervisión, registros y coordinación.	Entrevistas a autoridades	Sistematizado.
Sostenibilidad	Capacitación, recursos, rotación y contrarreferencia.	Fuentes mixtas	Sistematizado.

ANEXO 2. NOTA SOBRE COMPARABILIDAD

Los porcentajes de línea base fueron reconstruidos a partir del informe original. En algunos ítems el texto y el gráfico no coinciden o el porcentaje no corresponde a un denominador de 36. En esos casos se mantuvo el valor gráfico que permite interpretar la dirección general y se evitó realizar pruebas inferenciales.

ANEXO 3. CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN

Tipo de afirmación	Criterio
Descriptiva	Se apoya directamente en frecuencias o porcentajes.
Comparativa	Contrasta ítems equivalentes entre cortes y reporta puntos porcentuales.
Cualitativa	Se sustenta en temas recurrentes y convergencia entre actores.
Evaluativa	Integra varias fuentes y explicita condiciones o limitaciones.
Causal	No se formula como conclusión, porque el diseño no incluye grupo de comparación.


PAZ
Asamblea de
Cooperación
por la Paz


aecid
Agencia Española
de Cooperación
Internacional
para el Desarrollo


profamilia