

RESEARCH ARTICLE

Características de las lesiones de causa externa en mujeres en Hospital público de Cali entre 2012–2014 relacionadas con la aplicación de una política de equidad de género

¹Bryan Steven Urrea, ²María Juliana Chaves, ³Manuela Escobar, ⁴Karina Reyes, ⁵Mónica A Morales García
⁶Marisol Badiel, ⁷Carlos A Ordoñez

RESUMEN

Introducción: En el mundo la violencia contra la mujer y la muerte por causa de su género es un importante problema de salud pública y una violación a los derechos humanos, Haciéndola más vulnerable y afectando su integridad física y salud mental. Por ello se han establecido mecanismos que garanticen la equidad de género. Este estudio pretende describir las características de las lesiones de causa externa contra la mujer y el feminicidio, en un hospital público de Cali–Colombia entre 2012–2014 antes y después de la implementación de una política pública de equidad de género e inferir acerca del posible impacto sobre la incidencia de dichas lesiones.

Diseño y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectiva. Se utilizó el registro internacional de (ITR/SPT-ITSDP) trauma del Hospital Universitario del Valle, se incluyeron todos los registros de mujeres lesionadas entre 14–50 años, en el periodo 2012–2014. Se realizó análisis descriptivo según variables demográficas, clínicas y de mortalidad.

Resultados: Son un total de 23.945 registros, 3245(13,6%) fueron mujeres entre 14–50 años con algún tipo de trauma con edad promedio 29.3 ± 2 años. Lesiones asociadas con

intencionalidad se reportaron 542(16,7%). Entre ellas la mortalidad fue del 3,9%(n = 21). La tasa de mortalidad anual para el 2012, 2013 y 2014 fueron 1,2%, 0,8% y 0,3% respectivamente (p de tendencia $<0,0001$).

Conclusion: El feminicidio se presentó en el 3,9% en mayor frecuencia asociado a arma de fuego, sin embargo posterior a la implementación de la política pública a partir del año 2012, se observa que cada año el número por muertes disminuyen de manera significativa (1.2% vs 0.8% vs 0.3%, p de tendencia <0.0001), Es posible que la implementación de la política pública sobre equidad de género afecte esta tendencia positivamente.

Palabras clave: Feminicidio, Trauma, Violencia.

How to cite this article: Urrea BS, Chaves MJ, Escobar M, Reyes K, García MAM, Badiel M, Ordoñez C. Características de las lesiones de causa externa en mujeres en Hospital público de Cali entre 2012–2014 relacionadas con la aplicación de una política de equidad de género. Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg 2018;7(1):66-71.

Source of support: Nil

Conflict of interest: None

ABSTRACT

Introduction: In the world, the violence against women and femicide is an important public health problem and a violation of the human rights, making the women more vulnerable and affecting their physical integrity and mental health. In this way, mechanisms have been established to warrant the gender equality. This study aims to describe the characteristics of external cause of injuries against women and femicide in a first level public hospital of Cali, Colombia between 2012–2014 before and after the implementation of a national public policy of gender equality and deduce about the possible impact on the incidence of these injuries

Design and methods: Retrospective observational cohort study. The International Trauma Registry of the Hospital Universitario del Valle was used. It includes all records of women between 14 and 50 years, with trauma injury in the period 2012–2014. A descriptive analysis was performed according to demographic, clinical, and mortality variables.

Results: In total of 23,945 records, 3245 (13.6%) are women between 14 and 50 years age with some type of trauma, mean age 29.3 ± 2 years; 57.6% between 19 and 35 years. The

^{1,2}Estudiante de Medicina (5to año), ³Estudiante de Medicina (2do año), ⁴Estudiante de Medicina (4to año), ⁵Estadística
⁶Profesor, ⁷Profesor y Director

¹⁻⁴Universidad del Valle, Facultad de Salud –Grupo de investigación Hospital Universitario del Valle, Asociación Colombiana Medica Estudiantil –ACOME, Cali, Valle, Colombia

⁵Grupo de investigación Hospital Universitario del Valle, Grupo Epidemiología del Trauma y Lesiones. Cali, Valle, Colombia

⁶Grupo Epidemiología del Trauma y Lesiones Cali, Universidad del Valle, GRIEPIS, Universidad Libre – Seccional Cali, Valle Colombia

⁷Intensivista, Fundación Valle del Lili. Director Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia

Autor de Correspondencia: Bryan Steven Urrea, Estudiante de Medicina (5to año), Universidad del Valle, Facultad de Salud –Grupo de investigación Hospital Universitario del Valle, Asociación Colombiana Medica Estudiantil –ACOME, Cali Valle, Colombia, Phone: +573157074829, e-mail: bryan789b@hotmail.com

injuries associated with an intentionality have been reported in 542 (16.7%) cases. The mortality with intentionality was 3.9% (n = 21). The annual mortality rate for 2012, 2013 and 2014 was 1.2%, 0.8% and 0.3% respectively ($p < 0,0001$).

Conclusion: Femicide was present in 3.9% of cases, in a higher frequency associated to gunshot. However, after the implementation of public policy in 2012, a significant reduction of annual mortality (1.2% vs 0.8% vs 0.3%, $p < 0,0001$) has been observed. It allows to infer that the implementation of the public policy of gender equality facilitated this tendency

Keywords: Femicide, Trauma, Violence.

INTRODUCCION

Feminicidio es un término traducido del inglés "Femicide", que se define como el asesinato de una mujer por razón de su sexo.¹ La OMS la define en términos generales como el asesinato intencional de una mujer, en su mayoría perpetrado por hombres y asociado a múltiples causas según del contexto.²

Es importante definir la violencia contra la mujer, teniendo en cuenta que el feminicidio es una expresión de la misma. La declaración de la ONU sobre la eliminación de la violencia contra la mujer define que la 'violencia contra la mujer' como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, así como la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada."^{2,3}

Se han reconocido factores de riesgo como: desempleo, consumo de sustancias psicoactivas incluyendo alcohol, trastornos mentales, desigualdad de género, bajo nivel educativo, bajos ingresos, pobre legislación, sistemas de salud deficientes y antecedentes de maltrato previos.²

La mayor parte de las mujeres víctimas de violencia, lo son por daños no mortales, sin embargo y aunque las tasas de mortalidad femenina son menores a las masculinas, son de vital importancia.⁴ La violencia se puede clasificar como: mortal y no mortal.⁵ La violencia no mortal produce importantes consecuencias sobre la calidad de vida y sobre los sistemas de salud. Se encontró el doble de probabilidad que las mujeres violentadas tengan problemas de salud física y mental en comparación con las no violentadas.⁶ Muchas de las cuales pueden persistir en el tiempo convirtiéndose en problemas crónicos para la salud de la mujer, además estas generan aumento en los costos dados por la atención muy por encima del costo que tendrían las acciones preventivas.⁴

Se ha documentado que la tasa mundial de homicidios en hombres, es cuatro veces más que la tasa de mujeres, sin embargo hay que tener en cuenta que las mujeres tienen considerablemente más riesgo que los hombres. Se ha encontrado también que entre los 15–45 años, se

producen la mayor parte de los homicidios en el mundo, en el 41% por armas de fuego y el 24% por heridas de arma blanca.⁷ La prevalencia en el mundo muestra que una de cada tres mujeres ha sido víctima de alguna forma de violencia por un tercero en algún momento de su vida, en su mayoría infligidas por su pareja, quienes a su vez son responsables del 38% de los feminicidios. La OMS encontró en 2005 que la violencia contra la mujer es más prevalente en países de medios y bajos ingresos. Situaciones frente a las cuales la OMS ha buscado reforzar los procesos de investigación, orientaciones en prevención de la violencia de pareja, impulsar los derechos de la mujer y ayudar a gobiernos nacionales e internacionales a legislar para reducir la violencia contra la mujer.⁸

En 2012 Small Arms Survey informa que la mitad de los 25 países con mayor incidencia de feminicidio en el mundo se encontraban en Latinoamérica.⁹ Por otra parte se ha encontrado que países como Venezuela tienen la tasa de homicidio más alta, seguido por Colombia con 30.8 por 100.000 habitantes. En 2012, 6900 feminicidios de un total de 93.000 fueron en América, sin embargo esta prevalencia es mucho menor a la encontrada en África y Asia.⁷

En Colombia, el informe Forense, destaca que entre los años 2004–2008, 6603 mujeres fueron víctimas de homicidio; 238 fueron asesinadas como producto de la violencia económica; 437 por violencia intrafamiliar; 694 por violencia sociopolítica. De estas el 30,8% murió en sus propias viviendas. En el 71,6% de los casos en los que el agresor era un familiar, siendo el hogar el escenario más recurrente.¹⁰

Por otra parte en 2013 se presentaron 14.294 homicidios de los cuales 1.163 fueron mujeres. En cuanto a las lesiones no fatales, la violencia interpersonal presentó 158.798 casos, la violencia intrafamiliar tuvo 68.230 casos. En cuanto a la violencia de pareja en 2013 se tuvieron 44.743 víctimas de las cuales 39.020 fueron mujeres. En su mayoría entre los 25–29 años.¹¹ Estadísticas más recientes del año 2014 muestran que el mayor número de feminicidios fueron en las ciudades de Cali (133) y Bogotá (129). Persiste que el arma más utilizada es la de fuego, seguida del arma blanca. También analizaron prevalencias por días y encontraron que el mayor número de casos se presentó el domingo y el menor número el día jueves. Las causas principales fueron venganza, seguido de los conflictos amorosos.¹¹

En Colombia, entre los años 1996–2008, se expedieron tres legislaciones en contextos de difícil negociación que reflejaban la pugna entre los sectores tradicionalistas conservadores y progresistas, y en el trasfondo, el conflicto armado interno: la Ley 294 de 1996, la Ley 882 de 2004 y la Ley 1257 de 2008. Los cambios en un lapso tan corto obedecieron a los requerimientos de afinamientos conceptuales, que permitiesen precisiones lingüísticas

para obrar en consecuencia desde el orden jurídico en la violencia contra la mujer.¹² Pese a esas dificultades se han logrado promulgar leyes como la 1257 de 2008, que define la violencia contra la mujer en Colombia y la apropiada para las circunstancias legislativas.¹³ Por último esta necesidad tan sentida respecto a la violencia contra la mujer, se materializa en la ley 1761 de 2015 por la cual se crea el tipo penal de feminicidio como delito autónomo.¹⁴

En Cali es necesario valorar el funcionamiento de la política pública, así como el reconocimiento de la Equidad de Género e Igualdad de Oportunidades enmarcados en el contenido de la mencionada política. Dicha política se implementó en el año 2009, con vigencia hasta el 2020. Contiene 9 ejes programáticos y surge como un reconocimiento del estado de vulnerabilidad de género y la necesidad de otorgar vigencia a los derechos. Existen fallas en el seguimiento de la violencia de género y para el rastreo de los nuevos casos de violencia sexual,¹⁵ por ello se minimiza algunas otras formas de violencia como: psicológica, social, económica por falta de notificación de los episodios.¹⁶

El Hospital Universitario del Valle es uno de los centros más importantes del suroccidente colombiano, brinda servicios de salud de mediana y alta complejidad. En el año 2015 la consulta total de urgencias fue 21541. Es importante tener en cuenta que dado el carácter público del hospital a este consultan personas de bajos recursos. En Cali en un periodo de 4 años, el feminicidio fue del 8% del total de asesinatos. Entre 2005-2011 fueron asesinadas 106 mujeres cada año. Durante 2012 se presentaron 826 homicidios, de los cuales 92 fueron feminicidios.¹⁷

Para el año 2013, el Comité Interinstitucional de Hechos Violentos de Cali, registró 1974 casos de muertes violentas, 126 fueron mujeres, también registran con corte a 31 de octubre del 2014, 1256 muertes de las cuales 82 fueron feminicidios. Sin embargo es importante mencionar que dentro del análisis sistemático no se puede identificar si este tipo de muertes corresponde a la definición de feminicidio expuesta por la Ley 1761 de 2015 en Colombia.¹⁸

Teniendo en cuenta lo mencionado se considero era necesario valorar la funcionalidad de la política pública de la Equidad de Género e Igualdad de Oportunidades, la cual se implementó en el año 2009 con vigencia hasta el 2020, y de esa manera describir y analizar las características de las lesiones de causa externa en mujeres así como validar la funcionalidad de la aplicación de este tipo de leyes como mecanismos para disminuir la violencia contra la mujer y el feminicidio.¹⁹

MÉTODOS

A partir del Registro Internacional de Trauma de la Sociedad Panamericana de Trauma mediante el Programa Internacional de Sistemas de Trauma (ITR/SPT-ITSDP)

en el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” (HUV). Se incluyeron todos los casos consecutivos de lesiones en mujeres entre 14–50 años con lesión de causa externa entre enero 2012 a Diciembre 2014, se analizaron variables como mecanismo de trauma, datos sociodemográficos y variables clínicas. Este estudio fue aprobado por el IRB del HUV. Los datos fueron exportados a una base de datos en un archivo binario, se realiza el análisis en STATA TM12 (StataCorp, Texas, USA). Las variables categóricas se presentan en proporciones y para la comparación de variables el test chi cuadrado, para las variables continuas se estimaron medias y medianas con sus respectivas medidas de dispersión como son la desviación estándar y los percentiles 25 y 75, para las comparaciones de variables se utilizaron la prueba T de Student o la prueba de Wilcoxon según distribución de normalidad. Se considero $p < 0,05$ estadísticamente significativa.

RESULTADOS

Entre el año 2012–2014 se presentaron un total de 23.945 casos de los cuales 3245 (13,6%) fueron mujeres entre los 14–50 años que ingresaron a el HUV con algún tipo de trauma, con una edad promedio de $29,3 \pm 2$ años en mayor proporción entre los 19–35 años con 57,6% ($n = 1869$), los hechos se presentaron más frecuentemente en las vías públicas 62,34%, domicilio en un 19,2%. Las lesiones con intencionalidad del evento traumático se documentó en el 16,7% ($n = 542$) de los casos.

Las lesiones traumáticas fueron secundarias a instrumentos contusos en el 81,91% (incluye accidentes de tránsito), seguido de los penetrantes en el 14% de los casos, en este caso, más frecuentemente por arma blanca (cuchillo) en el 6,2% vs 4,9% por arma de fuego. En cuanto al lugar anatómico donde se presenta el trauma se encontró que en gran parte de los casos se encuentran politraumatizados y los lugares más comúnmente afectados son las extremidades y la cabeza (Tabla 1).

Se documentó consumo de alcohol en el 7,46% (242) y abuso de sustancias psicoactivas en el 1,63% (53). Se analizaron los grupos de edad encontrando que entre los 19–35 años se presenta mayor prevalencia. También se encontró que la mortalidad con intencionalidad es más prevalente en el mismo grupo etario.

Resultados clínicos

De la totalidad de los casos el 52,3% requirieron hospitalización, con una estancia hospitalaria promedio de $2,3 \pm 4,5$ días, y de los cuales requirieron algún tipo de intervención quirúrgica el 11,6%. El ISS al ingreso encontrado fue más alto entre las lesionadas que ingresan por accidentes de tránsito al compararlo con otros mecanismos, seguidos de las lesiones por arma de fuego.

Tabla 1: Características generales de las mujeres que sufrieron lesiones de causa externa entre los años 2012–2014. Fuente Registro ITR

Edad, promedio \pm SDDE*	29,3 \pm 2	
<i>Tipo de trauma, n. %</i>		
Contuso	2658	81,9%
Penetrante	455	14,0%
Quemaduras	99	3,1%
Otro	33	1,0%
<i>Mecanismo, n. %</i>		
Accidente de tránsito	1647	50,8%
Arma blanca	201	6,2%
Agresión	193	5,9%
Arma de fuego	158	4,9%
ISS al ingreso, Mediana (RIQ**)	1 (1–4)	
<i>Glasgow al ingreso, n. %</i>		
3–8	44	1,4%
9–13	76	2,3%
14–15	3125	96,3%
Tasa de Mortalidad. n. %	37	1,1%
Mortalidad por intencionalidad n. %	21	3,9%

*Desviación estándar; **Rango intercuartilico

Mortalidad

La mortalidad general entre las mujeres entre los años 2012 y el 2014 fue 2.4% a 0.6%. p de tendencia = 0.0006), igual comportamiento tiene la mortalidad por intencionalidad, 1.2% a 0.3% respectivamente ($P < 0.2915$). (Tabla 2)

Los casos asociados a intencionalidad entre 2012 y el 2014 fue 30,1% a 10,9%. $p < 0,0001$. El feminicidio es dado mas comunmente por heridas por falta de fuego las cuales causan mortalidad en el 80,5% del trauma con intencionalidad.

DISCUSION

Lesiones asociadas con alguna intencionalidad se reportó en 542 (16,7%) casos. La mortalidad general fue del 1,1% entre las mujeres, sin embargo la tasa anual de mortalidad entre las lesiones con intencionalidad cambió de 1.2% en el 2012, 0.8% en el 2013 y 0.3% en el 2014. Ningún estudio en Colombia ha descrito los cambios en la mortalidad por trauma feminicidio antes y después de la implementación

de una ley. Los resultados encontrados en cuanto a los posible detonantes de este tipo de lesiones en mujeres lo ha descrito la OMS² con los principales factores de riesgo relacionados con consumo de sustancias psicoactivas, el nivel socioeconómico y el consumo de alcohol. Al hacer una comparación en la mortalidad se encuentra un número menor en valores absolutos tomando como comparación la población general donde se encuentran tanto hombres como mujeres, se encuentran cifras elevadas de feminicidio en comparación con las encontradas en Latinoamérica y en nuestro país.^{9,10}

Al analizar la intencionalidad de los casos, se han encontrado cambios significativos desde el momento de la implementación de la política pública en el 2010 en la ciudad de Cali, sin embargo su mayor impacto es observado en los últimos dos años; llama la atención que los resultados muestran durante el último año incremento en el número de traumatismos intencionales dentro de la ciudad, pero sus consecuencias en términos de mortalidad han bajado, probablemente a que el tipo de lesiones son menos severas que en el pasado.

Ahora bien la prevalencia dada por edad se comporta de manera similar a lo encontrado previamente en la ciudad según los datos entregados por la Personería de Santiago de Cali, según las cuales los adolescentes y los adultos maduros son el grupo etario más afectado por los diferentes hechos violentos. El arma de fuego, arma blanca y las agresiones son los mecanismos, más prevalentes de violencia contra la mujer según nuestro estudio, lo cual no difiere del comportamiento encontrado previamente en la ciudad de Cali, las principales consecuencias dadas por estos mecanismos de trauma se reflejan en el aumento de la estancia hospitalaria y morbilidad individual; sin embargo estas variables han mostrado una disminución paulatina durante los años del estudio.

Es importante mencionar que en el reporte de la base de datos muestra un incremento en la mortalidad en general durante el último año, debido al ingreso de pacientes por el servicio SOAT, el cual cobija los accidentes de tránsito. Estas cifras fueron discriminadas dentro del

Tabla 2: Comparaciones por año de las principales características

	2012		2013		2014		General	Valor p
Mortalidad general. n. %	18	2,4%	10	1,0%	9	0,6%	37	0,0006
Mortalidad por intencionalidad. n	9	1,2%	8	0,8%	4	0,3%	21	0,2915
Trauma (Mujer) n. %	747	10,5%	1000	13,7%	1498	15,7%	3245	<0,0001
Trauma con intencionalidad. n. %	225	30,1%	153	15,3%	164	10,9%	542	<0,0001
Necesidad de hospitalización. n. %	385	51,5%	503	50,3%	808	53,9%	1696	0,1648
Días, Mediana (IQR)	1 (1–5)		1 (1–1)		1 (1–1)		1 (1–1)	0,9871
Requerimiento de UCI	20	2,7%	1	0,1%	2	0,1%	23	<0,0001
14 a 18	112	15,0%	139	13,9%	209	14,0%	460	0,7655
19 a 35	393	52,6%	590	59,0%	886	59,1%	1869	0,0071
36 a 50	242	32,4%	271	27,1%	403	26,9%	916	0,0155

análisis ya que el enfoque es en la política pública contra feminicidio.

Aunque las cifras son satisfactorias y muestran un impacto evidente posterior a la implementación de la política pública, las cifras siguen siendo altas y en comparación con la población Latinoamericana, aún sigue ocupando altas tasas de prevalencia en toda América, donde los hechos violentos contra la mujer no son penalizados ni seguidos con la rigurosidad esperada.

CONCLUSIONES

En la ciudad de Cali, en el seguimiento en el hospital público de primer nivel más importante de la región, El feminicidio se presentó en el 3,9% en mayor frecuencia asociado a arma de fuego, sin embargo posterior a la implementación de la política pública a partir del año 2012, se observa que cada año el número por muertes disminuyen de manera significativa (1.2% vs 0.8% vs 0.3%, p de tendencia <0.0001), Al parecer la implementación de la política pública sobre equidad de género tiene un impacto en esta tendencia.

REFERENCIAS

1. ASALE R. feminicidio [Internet]. Diccionario de la lengua española. [citado el 29 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Hjt6Vqr>.
2. OPS O. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Femicidio [Internet]. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado el 29 de marzo de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98828/1/WHO_RHR_12.38_spa.pdf?ua=1.
3. United Nations Department of Economic and Social Affairs. The World's women 2015. Trends and statistics [Internet]. New York: United Nations Publication; 2015 [cited on March 29, 2016]. Available from: un.org/publications.
4. OPS O. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. [Internet]. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado el 29 de marzo de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98862/1/WHO_RHR_12.43_spa.pdf?ua=1.
5. OPS O. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Panorama general. [Internet]. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado el 29 de marzo de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98788/1/WHO_RHR_12.35_spa.pdf?ua=1.
6. OPS O. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. [Internet]. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado el 29 de marzo de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?ua=1.
7. United Nations Office on Drugs and Crime. Global study on homicide. 2013 [Internet]. New York: United Nations Publication; 2014 [cited on March 29, 2016]. Available from: un.org/publications.
8. Organización Mundial de la Salud. OMS: Violencia contra la mujer [Internet]. WHO. 2016 [citado el 30 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>.
9. Instituto Superior de Estudios Internacionales y de Desarrollo de Ginebra. Small Arms Survey 2012: Moving targets [Internet]. Ginebra, Suiza; 2012 [cited on 29 March, 2016]. Disponible en: <http://www.smallarmssurvey.org/publications/by-type/yearbook/small-arms-survey-2012.html>
11. Vanegas B, Samir F. Femicide and criminal law. Rev Crim 2015 Jan;57(1):75–90.
10. Leiya D la P, Angélica A. A critical perspective of psychosocial practices in gender violence: case Barranquilla. Psicol Desde El Caribe 2015 Aug;32(2):327–342.
12. Ramírez-Rodríguez MH, Ariza-Sosa GR. The politic in the intimate partner violence as a public health problem. Rev Fac Med 2015 Jul;63(3):517–525.
13. Congreso de Colombia. Ley 1257 de 2008 [Internet]. Ley 1257. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34054>.
14. Congreso de Colombia. Ley 1761 de 2015 [Internet]. Ley 1761. Disponible en: <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/leyes/Documents/LEY%201761%20DEL%2006%20DE%20JULIO%20DE%202015.pdf>.
15. Londoño V, Andrea P. Challenges of gender-based violence information management within the framework of the armed conflict. The Case of Medellín. Rev Opinión Juríd 2014 Dec;13(26):49–68.
16. Pallitto CC, O'Campo P. Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective. Soc Sci Med 2005 May;60(10):2205–16.
17. Observatorio social, Santiago de Cali. Boletín informativo Nro.12. MUERTES VIOLENTAS. Santiago de Cali: Observatorio social; 2012 Diciembre. (VISION CALI ISSN1900-799X). Report No.: 12.
18. Personería Mucipal Santiago de Cali. IV INFORME ANUAL SOBRE LA SITUACIÓN DE DERECHOS HUMANOS EN SANTIAGO DE CALI 2015. "Por el Derecho a la Ciudad y por Transformar la Ciudad que Habitamos" [Internet]. Santiago de Cali: Personería Municipal Santiago de Cali; 2015 de Diciembre de. Disponible en: <http://www.personeriacali.gov.co/sites/default/files/informes/archivos/LIBRO%20DDHH%202015%20.pdf>.
19. OTC- Colombia1, América Latina Unidad de la AECID (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo). Apoyo a la institucionalización de la política pública de lucha contra la violencia contra las mujeres en la Alcaldía de Cali. 2010 [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.cali.gov.co/bienestar/publicaciones/que_es_el_proyecto_pub.

INVITED COMMENTARY

Characteristics of External Cause Injuries in Women in a Public Hospital of the First Level of the City of Cali between 2012 and 2014 related to the Application of a Public Policy of Gender Equity

This article is an important one. However, it is difficult to arrive at definite conclusions because the analysis only covers the period after the public health intervention in 2012. It would be much stronger if data could show that the rate of violence decreased significantly after 2012 as compared with before. It is an important topic, and I congratulate the authors, but these limitations must be addressed in their future research.

Tanya Zakrison

Ryder Trauma Center, Jackson Memorial Hospital
University of Miami, Miami, Florida, United States of America