



Derecho a la salud de las mujeres
víctimas de violencia: Supervisión a
establecimientos de salud de Lima y
Callao

Defensoría del Pueblo

Jirón Ucayali N° 388

Lima-Perú

Teléfono: (511) 311-0300

Fax: (511) 426 7889

E-mail: defensoria@defensoria.gob.pe

Internet: <http://www.defensoria.gob.pe>

Línea gratuita: 0800-15170

Primera edición: Lima, Perú, octubre del 2010

Este Informe de Adjuntía ha sido elaborado por la comisionada de la Adjuntía para los Derechos de las Mujeres Melissa Bustamante Gutiérrez, bajo la dirección de Eugenia Fernán-Zegarra, Adjunta para los Derechos de la Mujer. En la elaboración y organización de la base de datos se contó con la asistencia de María del Rosario Gonzáles. Asimismo, para la sistematización de la información se contó con el apoyo de María Antonieta Cruz Huayan. Los aspectos logísticos y administrativos estuvieron a cargo de Mónica Preciado.

La edición del texto fue realizada por Mario Razzeto y Felipe Paredes.

Índice

Presentación

Introducción

1. Competencia de la Defensoría del Pueblo
2. Aspectos Metodológicos
 - 2.1. Objetivos del informe
 - 2.2. Metodología empleada
 - 2.3. Universo de estudio
 - 2.3.1. Servicios de salud visitados
 - 2.3.2. *Categoría de los establecimientos de salud visitados*

CAPITULO I

PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD CON RELACIÓN A LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINSA

1. El rol del sector salud en la atención de los casos de violencia contra la mujer
2. Violencia contra la mujer: un problema de salud pública:
3. Grupos poblacionales afectados por la violencia familiar y/o sexual:
4. Otras percepciones sobre la violencia contra la mujer

CAPITULO II

ASPECTOS GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, Y EMERGENCIA DEL MINSA

1. Registro especial para la atención de casos de violencia
 - 1.1. Uso de la ficha de tamizaje para registrar información
 - 1.2. Uso de historia clínica para registrar información
 - 1.3. Información disponible en los registros especiales
 - 1.4. Interconexión del registro especial de atención
2. Ambiente para la atención
3. Capacitación y sensibilización del personal a cargo de la atención

CAPÍTULO III

IDENTIFICACIÓN, ATENCIÓN Y REFERENCIA DE LOS CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LOS SERVICIOS DE SALUD VISITADOS

1. Identificación
 - 1.1. Indagaciones para detectar casos de violencia contra la mujer
 - 1.2. Presencia de la pareja o familiar en la consulta
2. Atención
 - 2.1. Indagaciones para detectar casos de violencia contra la mujer
 - 2.2. Atención de la salud de las víctimas de violación sexual

3. Referencia a servicios complementarios

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

Percepciones del personal de salud con relación a la atención de la violencia contra la mujer en los servicios de salud del MINSA

CAPITULO V

RECOMENDACIONES

ANEXO I

Presentación

A lo largo de su vida institucional, la Defensoría del Pueblo ha dedicado especiales esfuerzos a asegurar el respeto de los derechos de las mujeres, sobre todo de aquellas que se encuentran en una situación que merece especial atención y protección, como es el caso de las mujeres víctimas de violencia.

Durante las primeras intervenciones en esta materia, la labor de la institución se centró en garantizar el derecho de las mujeres víctimas de violencia al acceso a la justicia. A este respecto se elaboraron dos Informes Defensoriales: **Informe Defensorial N° 95, La protección penal frente a la violencia familiar en el Perú** (2005) y el **Informe Defensorial N° 110, Violencia Familiar: Un análisis desde el Derecho Penal** (2006). Ambos estudios incluyen una detallada evaluación de la respuesta del sistema penal con relación al procesamiento de las denuncias de faltas contra la persona por violencia familiar y, además, proponen recomendaciones para garantizar que se proteja a la víctima y se sancione al agresor.

Considerando que la adecuada atención de las víctimas de violencia requiere una respuesta multisectorial e interdisciplinaria de la administración estatal, la Defensoría del Pueblo consideró pertinente incorporar el amplio tema de la evaluación de los principales servicios estatales que brindan atención a las mujeres víctimas de violencia en el trabajo de la Adjuntía para los Derechos de la Mujer. En ese sentido, la institución dispuso la elaboración del **Informe Defensorial N° 144, Centros Emergencia Mujer: Supervisión de los servicios especializados en la atención de víctimas de violencia familiar sexual** (2009), que da cuenta de las condiciones de funcionamiento de estos centros de atención a la luz del proceso de transferencia de funciones a los Gobiernos Regionales.

Como se puede apreciar, la labor de la institución en materia de protección de los derechos de las mujeres víctimas de violencia data de varios años, lo que ha permitido posicionar a la Defensoría del Pueblo como un referente en la materia, así como abordar diferentes aspectos de esta problemática con el propósito de contribuir a elaborar un diagnóstico general sobre la respuesta estatal frente a la violencia contra la mujer.

En esta línea, para el año 2010 se proyectó el primer acercamiento de la labor defensorial al tema de la violencia contra la mujer desde la perspectiva de la salud pública. Como resultado de este proceso, siento una especial satisfacción al presentar el **Informe de Adjuntía N° 003–2010/DP–ADM, “Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: Supervisión a establecimientos de salud de Lima y Callao”**, un documento que contiene un análisis del proceso de identificación, atención y referencia que reciben las mujeres víctimas de violencia en los servicios de salud. El informe examina especialmente los servicios vinculados a la atención de la salud de las mujeres, como son el servicio de ginecología y obstetricia y de planificación familiar del Ministerio de Salud (Minsa).

A partir de la visita que se realizó a 37 establecimientos de salud y de la entrevista a 93 responsables de los servicios, el estudio advierte la necesidad de que el Minsa asuma como una prioridad sectorial la adopción de las medidas necesarias para asegurar la adecuada atención de la salud física y mental de las mujeres víctimas de violencia. En razón de ello, se recomienda fortalecer su rol de rectoría en esta materia y aprobar un Plan Sectorial para la atención de la violencia contra la mujer, que permita planificar y evaluar las acciones del Sector en esta

materia, así como enmarcarlas en el Plan Nacional contra la Violencia Hacia la Mujer 2009–2015.

Adicionalmente, en la Defensoría del Pueblo se deberá establecer un programa de capacitación y sensibilización del personal de salud, a fin de que realicen, como una tarea de carácter imprescindible, la detección y atención de los casos de violencia contra la mujer en los servicios de salud del país. Además, es igualmente importante garantizar el trato amable, respetuoso y confidencial a las víctimas, a fin de acercarlas a los servicios de salud y consolidar a estos como los espacios en donde las mujeres víctimas de violencia puedan encontrar atención calificada para su salud física y mental, así como el soporte emocional necesario.

De igual modo, para estructurar una respuesta adecuada en lo referente a la atención de la salud de las mujeres víctimas de violencia en el ámbito nacional, se requiere el compromiso de los Gobiernos Regionales. Éstos deberán asumir un rol protagónico en la respuesta multisectorial regional frente a esta problemática y, asimismo, acompañar las acciones del nivel central con la adecuada y oportuna asignación presupuestal que permita el cumplimiento de las funciones asumidas en salud, en particular las referidas a la atención de las mujeres víctimas de violencia.

La gravedad de los efectos de la violencia contra la mujer en la salud de las víctimas, así como en el desarrollo de los países, ha sido ampliamente estudiada y comprobada. Cifras recientes, presentadas por la Dirección General de Epidemiología del Minsa, señalan que, durante el 2009, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de violencia familiar reportó 3.023 casos de mujeres agredidas y atendidas en los servicios de salud de las regiones en las que funcionó el sistema durante ese año.¹

La adecuada atención de la salud de las mujeres víctimas de violencia en los servicios de salud constituye un presupuesto indispensable para garantizar el derecho a una vida libre de violencia a las mujeres que acuden al sistema público de salud en búsqueda de atención. Sin la respuesta oportuna de este Sector, así como de los otros Sectores de la administración pública con competencia para atender casos de violencia contra la mujer, para las víctimas será una tarea muy compleja romper con la dinámica de la violencia en la que se encuentran inmersas junto con sus familias.

Mediante esta investigación, la Defensoría del Pueblo renueva su compromiso de lucha contra cualquier forma de violencia hacia la mujer, y recuerda a los sectores de la administración pública, en particular al Minsa, al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (Mimdes) y a los Gobiernos Regionales de Lima y Callao, que el mejoramiento de la salud de las mujeres contribuye a propiciar las condiciones adecuadas para el ejercicio de sus derechos fundamentales.

No se debe olvidar que la grave situación que afecta a la salud de gran parte de las mujeres del país merece la especial atención del Estado y de toda la ciudadanía. Una sociedad equitativa y justa descansa sobre la base del respeto de los derechos de todos los ciudadanos y todas las ciudadanas que la integran.

Beatriz Merino
Defensora del Pueblo

¹ Oficio N° 436-2010-DGE-DVE-DSVSP/MINSA del 17 de septiembre del 2010.

Introducción

De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2009, el 38,8% de las mujeres alguna vez unidas manifestó haber sufrido violencia física por parte de su esposo o compañero, como empujones, golpes, patadas, ataques o amenazas con cuchillo u otra arma, entre otras formas de violencia.² Adicionalmente, con relación a la violencia psicológica, la misma encuesta señaló que el 68,4% de las mujeres alguna vez unidas -y que fueron entrevistadas- afirmaron que su esposo o compañero ejerció alguna forma de control sobre ellas, situación que se presentó en mayor proporción en el grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad (75,1%) y en las mujeres divorciadas, separadas o viudas (83,3%).³

Como se aprecia, en el país, la violencia contra la mujer continúa siendo un problema de salud pública, que requiere la inmediata respuesta estatal. Cabe precisar que la erradicación de la violencia contra la mujer demanda una respuesta multisectorial del Estado a fin de asegurar el adecuado diseño e implementación de las políticas públicas en esta materia, y es que “los Estados deben abordar este tema a partir de su relación con otros problemas, como el VIH/SIDA, la erradicación de la pobreza y la atención de la salud de las víctimas”⁴.

En efecto, los Estados tienen la obligación de desarrollar sistemas públicos de salud sensibles a los problemas de género. En ese sentido, es necesario promover que los establecimientos de salud se consoliden como un espacio en el que las víctimas de violencia puedan recibir atención integral de su salud física y mental⁵. La detección y tratamiento oportuno de los casos de violencia contra la mujer debe ser un procedimiento de rutina en los distintos servicios de los establecimientos de salud.

Como lo señalan diversas investigaciones sobre la materia, en el caso específico de los servicios de salud sexual y reproductiva, la atención de la violencia de género es determinante, debido a su impacto en las condiciones de vida y salud de las mujeres.⁶ En estos servicios, las normas de atención permiten articular a la violencia de género con otros aspectos como el uso de anticonceptivos, la reducción de conductas sexuales riesgosas, la protección contra las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos de alto riesgo, entre otros problemas ginecológicos.⁷

Asimismo, resulta relevante mencionar que la intervención del sector salud en la atención de las mujeres víctimas de violencia no debe limitarse al tratamiento de la víctima. Debe contribuir con la información que dispone para llamar la atención sobre el riesgo que supone la violencia para la salud de las personas, así como realizar un trabajo coordinado con otros

² Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2009. Lima: INEI, 2010, p. 270.

³ Ídem. Página 266.

⁴ Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. “Informe sobre el 53° periodo de sesiones”. Párrafo 15, literal K), marzo del 2009. En: <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/284/00/PDF/N0928400.pdf?OpenElement>. (Consulta: 30 de julio del 2009).

⁵ Organización Panamericana de la Salud. “Informe mundial sobre la violencia y salud”. Página 268. En: http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia_2003.htm. (Consulta: 3 de agosto del 2009).

⁶ Organización Panamericana de la Salud, UNIFEM, UNFPA y Otros. *Simposio 2001: Violencia de género, salud y derechos en las Américas*. Informe Final. Página 14. En: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/Symposium2001FinalReportsp.pdf>.

⁷ Organización Panamericana de la Salud, UNIFEM, UNFPA y Otros. *Simposio 2001: Violencia de género, salud y derechos en las Américas*. Informe Final. Página 19. En: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/Symposium2001FinalReportsp.pdf>.

servicios e instituciones a fin de asegurar el tratamiento, protección y seguimiento de la víctima⁸. Por ello, en el presente estudio se identifican y analizan los avances y desafíos que presentan los servicios de planificación familiar, ginecología y obstetricia, y de emergencia del MINSA en la atención de las mujeres víctimas de violencia; así como su vinculación con otros servicios de atención especializados en la materia, a fin de evaluar la disponibilidad del componente multidisciplinario e intersectorial que estos casos requieren.

1. Competencia de la Defensoría del Pueblo

De conformidad con los artículos 161° y 162° de la Constitución y con el artículo 1° de la Ley N° 26520, la Defensoría del Pueblo es el organismo constitucional autónomo encargado de defender los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y de la comunidad, supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración estatal, así como la adecuada prestación de los servicios públicos.

En ese sentido, la Defensoría del Pueblo realiza investigaciones conducentes a determinar si la omisión o actuación de la administración estatal afecta el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas. Este mandato se ejerce con especial incidencia respecto de los derechos de los grupos sociales mayoritarios y/o en situación de vulnerabilidad, como es el caso de las mujeres.

Al respecto, el artículo 25° de la Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, Ley N° 26520, faculta a esta institución a emitir resoluciones con ocasión de sus investigaciones, a efectos de formular –a las autoridades, funcionarios y servidores de la administración del Estado– advertencias, recomendaciones, recordatorios de sus deberes legales y sugerencias respecto de la adopción de nuevas medidas.

Así, corresponde a la Defensoría del Pueblo contribuir a asegurar una respuesta integral de la administración estatal con relación a la atención de la salud física y psicológica de las mujeres víctimas de violencia. En particular, atañe a la Defensoría del Pueblo impulsar la incorporación de los enfoques de derechos humanos y género en el funcionamiento de los servicios, así como promover la consolidación del rol de los establecimientos de salud en la atención de las mujeres víctimas de violencia, sobre todo, en los servicios de salud que atienden principalmente a mujeres, como es el caso de los servicios de planificación familiar y de ginecología y obstetricia.

En atención a ello, durante los meses de septiembre y octubre del 2009, así como durante el mes de junio del 2010, la Defensoría del Pueblo realizó una supervisión a algunos de los servicios de ginecología y obstetricia, planificación familiar y emergencia de las regiones de Lima y Callao, a fin de evaluar la atención que reciben las mujeres víctimas de violencia que acuden a estos servicios. Los resultados de esta supervisión se dan a conocer en el presente informe y sobre la base de éstos se han formulado recomendaciones orientadas a asegurar una atención integral y de calidad a las mujeres víctimas de violencia. De esta manera, la Defensoría del Pueblo busca contribuir a asegurar el respeto de los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia y al más alto nivel de salud física y mental.

⁸Organización Panamericana de la Salud. "Informe mundial sobre la violencia y salud". Página 271. En: http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia_2003.htm. (Consulta: 3 de agosto del 2009).

2. Aspectos Metodológicos

2.1. Objetivos del informe

- Analizar las políticas públicas que regulan la atención de la salud de las mujeres víctimas de violencia en los establecimientos de salud del MINSA.
- Evaluar la atención que reciben las mujeres víctimas de violencia en los servicios de salud del MINSA (Ginecología y Obstetricia, Planificación Familiar y Emergencia).
- Proponer la adopción de medidas destinadas a garantizar los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia y a la salud física y mental.

2.2. Metodología empleada

Durante los meses de septiembre y octubre del 2009, contando con el valioso apoyo de las Oficinas Defensoriales ubicadas en Lima y Callao⁹, la Adjuntía para los Derechos de la Mujer realizó la primera supervisión de los servicios de ginecología y obstetricia, planificación familiar y emergencia del MINSA con el objeto de evaluar la atención que se brinda a las mujeres víctimas de violencia en estos servicios.

Con este propósito, los (y las) comisionados de las Oficinas Defensoriales antes mencionadas visitaron un grupo de establecimientos de salud y aplicaron tres instrumentos de recojo de información dirigidos al responsable de los servicios de salud seleccionados. Los instrumentos aplicados fueron los siguientes:

- **Ficha “A”:** Cuestionario de entrevista destinado a identificar las percepciones del personal de salud con relación al rol de los establecimientos frente a la violencia contra la mujer.
- **Ficha “B”:** Cuestionario de entrevista orientado a evaluar las condiciones de infraestructura y equipamiento del establecimiento de salud.
- **Ficha “C”:** Cuestionario de entrevista sobre la disponibilidad, conocimiento e implementación de los principales protocolos de atención que regulan la atención de la salud de las mujeres víctimas de violencia.

Cabe precisar que, si bien son varios los protocolos que regulan la atención de las víctimas de violencia en los servicios de salud del MINSA¹⁰, en el presente informe se han evaluado y

⁹ La supervisión a los establecimientos de salud seleccionados estuvo a cargo de los (y las) siguientes comisionados/as: Aissa Tejada, Patricia Sarmiento, Jessica Ruiz Cruz, Carla Ventura Broncales, Marlen Nizama Ramos, Marisol Gutiérrez, Estela Lozano Reyes, Rosalind Ramírez Salas, Cristobal Ayala, Nilton Velazco, Néida Ramírez Gutiérrez, Yeline Arce, Alejandro Mejía, Zhara Murga Siguan, Mariana Tirado, Liliana Rodríguez Flores, Carlos de la Torre, Mariella Soto, Lily Ku, Jorge Cauti de la Cruz.

¹⁰ Las Guías Nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, aprobadas mediante Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA; la Norma Técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA; la Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 141-2007/MINSA, la Norma Técnica de Salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno-neonatal, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA del 17 de marzo del 2008; y las Normas y procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 455-2001-SA/DM del 27 de julio del 2001.

analizado algunos de los principales aspectos de la identificación, atención y referencia de estos casos, los mismos que se encuentran regulados en los cinco protocolos de atención aprobados por el MINSA. En determinados aspectos, con algunas diferencias y/o precisiones.

En el Anexo I del presente trabajo se presenta la relación de estos documentos técnicos; así como sus objetivos generales y específicos, a fin de mostrar, de manera general, el estado actual de la reglamentación de este tipo de atención que, como veremos más adelante, requiere ser sistematizada y homogeneizada, a fin de facilitar su implementación y difusión entre el personal de salud.

2.3. Universo de estudio

2.3.1. Servicios de salud visitados: Debido a que, como hemos advertido, las mujeres son uno de los grupos poblacionales más afectados por la violencia, se consideró conveniente realizar esta evaluación en tres servicios que atienden principalmente la demanda de salud de las mujeres. Este es el caso de los servicios de planificación familiar, y de ginecología y obstetricia. De igual modo, habida cuenta de algunas características de los actos de violencia, muchas de las víctimas podrían acudir al servicio de emergencia a solicitar atención, por lo que también se consideró conveniente entrevistar al responsable de este servicio.

2.3.2. Categoría de los establecimientos de salud visitados: En esta oportunidad, se ha priorizado la visita a los establecimientos de salud de categorías I-4, II y III, debido a que por su capacidad resolutive cuentan con servicios de ginecología y obstetricia, planificación familiar y emergencia diferenciados¹¹. De esta manera, sería posible entrevistar a cada uno de los responsables de estos servicios a fin de identificar las características particulares de la atención que reciben las víctimas de violencia en cada uno de los servicios.

2.3.3. Número de establecimientos visitados :

a) Institutos: En Lima provincia, se visitaron todos los Institutos que realizan atención ginecológica, de planificación familiar y/o de emergencia. Es decir, el Instituto Materno Perinatal y el Instituto de Salud del Niño. En el Callao, no se visitaron Institutos en razón de que el único existente está dedicado a realizar atenciones de rehabilitación física.

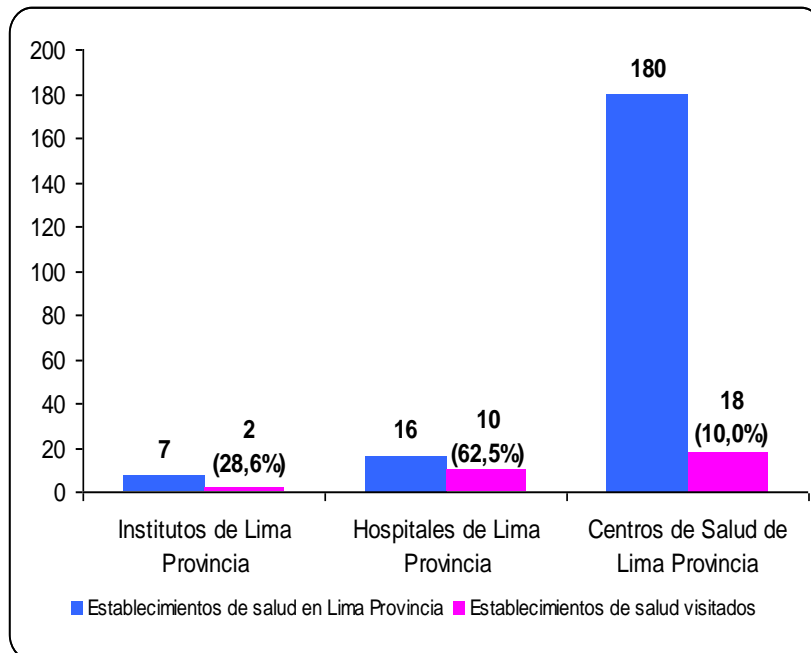
b) Hospitales: Se estableció como criterio la visita de, por lo menos el 60% de los Hospitales en cada una de las regiones seleccionadas. Así, en Lima Provincia se visitó el 62.5% de hospitales existentes, mientras que en el Callao, se visitó el 100% de los hospitales.

¹¹ Para mayor detalle sobre las funciones de los establecimientos de salud según sus categorías, revisar la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.0. *Categoría de los Establecimientos del Sector Salud*, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA, del 26 de julio del 2004.

c) Centros de salud: En el caso de los centros de salud, se asumió como criterio la visita del 10% de éstos o la totalidad de centros de salud de categoría I-4 en Lima provincia y en el Callao, respectivamente.

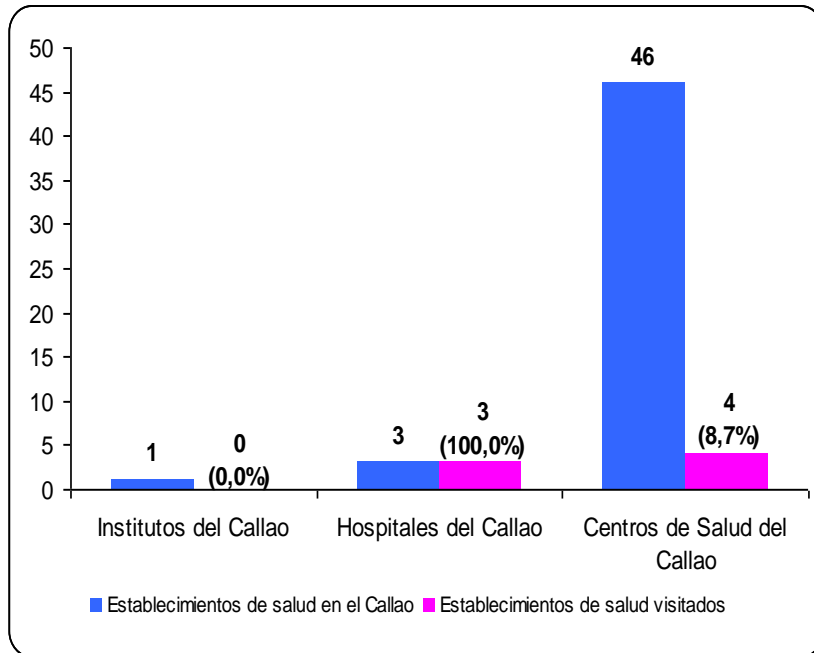
De tal forma que, en Lima provincia se visitó el 10% de los centros de salud, mientras que en el Callao, se visitaron la totalidad de centros de salud de categoría I-4, lo que representa el 8,7% del universo total de centros de salud en dicha provincia.

Gráfico N° 1
Establecimientos de salud en Lima Provincia y establecimientos de salud visitados en la presente supervisión



Fuente: Ficha A, B y C.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

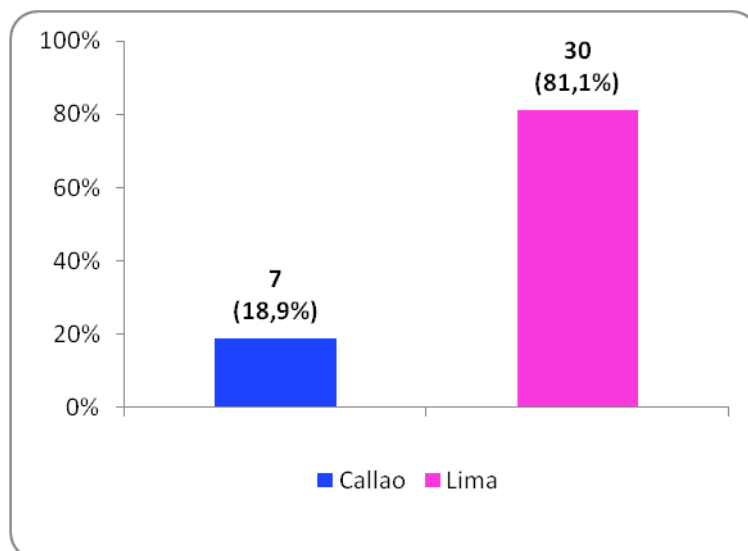
Gráfico N° 2
Establecimientos de salud en el Callao y establecimientos de salud visitados en la presente supervisión



Fuente: Ficha A, B y C.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Así, de manera general, en la presente supervisión, se visitaron 37 establecimientos de salud en Lima provincia y Callao (22 centros de salud, 13 hospitales y 2 institutos especializados).

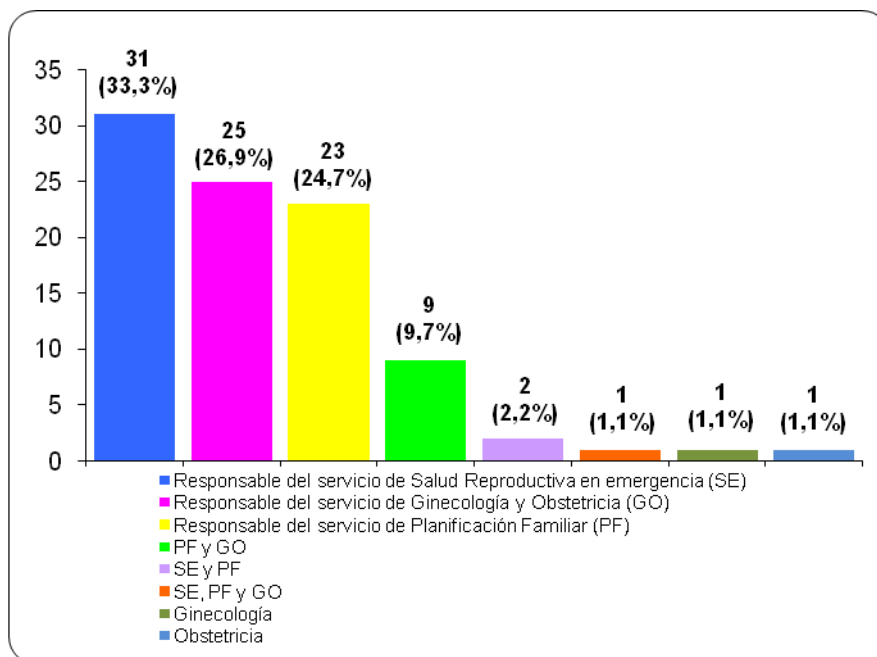
Gráfico N° 3
Establecimientos de salud visitados en Lima y Callao
(Total: 37 establecimientos)



Fuente: Ficha A, B y C.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Asimismo, se entrevistó a 93 profesionales de la salud, responsables de los servicios visitados. Tal como aparece en el gráfico N° 4, la mayoría de los establecimientos de salud visitados cuentan con servicios diferenciados de planificación familiar, ginecología y obstetricia, y emergencia.

Gráfico N° 4
Personal de salud entrevistado, según servicio de atención
(Total: 93 entrevistados/as)



Fuente: Ficha A.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Así, en 20 establecimientos de salud se cuenta con un responsable para cada servicio¹². Únicamente en 9 establecimientos de salud, el/la entrevistado/a realiza funciones de responsable de los servicios de planificación familiar y de ginecología y obstetricia.¹³ A nivel de hospitales, sólo el Hospital de Apoyo María Auxiliadora y el Hospital de San Juan de Lurigancho tienen un responsable para ambos servicios.

¹² En el caso del Instituto Materno Perinatal se entrevistó a cuatro profesionales de la salud, debido a que por la elevada categoría de este establecimiento, así como por su alta capacidad resolutoria, además de contar con servicio de PF y de emergencia, cuenta con servicios de ginecología y de obstetricia independientes.

¹³ De acuerdo a la supervisión realizada, los centros de salud que cuentan con un solo responsable para los servicios de PF y G y O son:

- Centro de Salud Acapulco (I-4).
- Centro de Salud Buenos Aires de Villa (I-4).
- Centro de Salud Manuel Barreto (I-4).
- Centro Materno Infantil Pachacútec Perú-Corea (I-4).
- Centro de Salud Santa Anita (I-4).
- Centro de Salud Surquillo (I-4).
- Centro Materno Infantil Miguel Grau (I-4).

CAPITULO I

PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD CON RELACIÓN A LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINSA

Durante las entrevistas realizadas a los responsables de los servicios visitados, el personal de la Defensoría del Pueblo indagó sobre las percepciones de los profesionales de la salud con relación a la violencia contra la mujer, así como respecto del rol que, en su opinión, deben desempeñar los servicios de salud frente a esta problemática.

En ese sentido, el objetivo de este primer acápite del informe es identificar las percepciones, creencias y costumbres arraigadas en el personal de salud respecto de la violencia contra la mujer y determinar si éstas favorecen u obstaculizan la atención de estos casos en el sistema público de salud.

1. El rol del sector salud en la atención de los casos de violencia contra la mujer:

A nivel internacional, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece que los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.¹⁴ Al respecto, el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha manifestado que, para eliminar la discriminación contra la mujer, se debe desarrollar y aplicar una estrategia nacional integral para la promoción del derecho de la mujer a la salud durante toda su vida. Dicha estrategia debe incluir intervenciones dirigidas a la prevención y tratamiento de las enfermedades que afectan a las mujeres. En particular, la protección de las mujeres contra la violencia en el hogar.¹⁵

En el ámbito específico de los instrumentos internacionales de protección de los derechos de las mujeres, el literal d) del artículo 8° de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belem do Para), señala que los Estados Parte se encuentran obligados a adoptar -en forma progresiva- medidas para suministrar los servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, por medio de entidades de los sectores público y privado.

Por su parte, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) establece que los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de salud.¹⁶ En esa misma línea, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha señalado que “los Estados Parte deberían ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluirá intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, al igual que respuestas a la violencia contra la mujer, y a garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y genésica”.¹⁷

¹⁴ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 12° numeral 1).

¹⁵ Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. **Observación General N° 14, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud**, del 25 de abril del 2000, párrafo 21.

¹⁶ Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Artículo 12° numeral 1).

¹⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, **Recomendación General N° 24, sobre la mujer y la salud**, del 2 de febrero de 1999, párrafo 29.

Estos compromisos internacionales han sido trasladados al ámbito interno. Así, de acuerdo con la Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657, el MINSA, como integrante del Poder Ejecutivo, es el ente rector en materia de salud y, como tal, conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana mediante la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y de un entorno favorable.¹⁸

En esa misma línea, la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (LIO) establece- como uno de los mandatos del Poder Ejecutivo- desarrollar políticas, planes y programas para la prevención, atención y eliminación de la violencia en todas sus formas y en, todos los espacios, en especial la ejercida contra las mujeres. Asimismo, consagra la obligación de garantizar el derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad a los servicios, así como de asegurar que los programas de salud den cobertura integral a la población en situación de pobreza y de extrema pobreza, en los riesgos de enfermedad y maternidad, sin discriminación alguna.¹⁹

Adicionalmente, el objetivo estratégico 3, del lineamiento 3 del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades 2006-2010 (PIO 2006-2010) establece como una obligación de la administración estatal “garantizar el acceso equitativo de mujeres y varones a servicios sociales y culturales de calidad”. Específicamente, establece como uno de los resultados esperados de dicho plan el acceso oportuno y equitativo de mujeres y hombres a los servicios de salud. Algunas de las acciones estratégicas que el MINSA debe llevar a cabo para el cumplimiento de estos objetivos se refieren a la incorporación de la perspectiva de género en los servicios de salud y, a mejorar la cobertura de servicios de salud diferenciados para hombres y mujeres.²⁰

Por su parte, el Plan Nacional contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015 (PNCVHM) prevé como uno de sus objetivos estratégicos, garantizar el acceso al sistema de salud de las mujeres afectadas por la violencia basada en el género. Para ello, designa al MINSA como responsable de implementar un conjunto de actividades destinadas a atender a las víctimas de violencia en los servicios de salud.²¹

A nivel sectorial, con el objeto de dar cumplimiento a estas políticas públicas, el MINSA ha aprobado un conjunto de protocolos que regulan la atención de la salud física y mental de las mujeres víctimas de violencia, con el propósito de establecer como un procedimiento de rutina la detección y atención de los casos de violencia contra la mujer. De esta manera, los establecimientos de salud en el país, cualquiera sea su categoría (institutos, hospitales, centros y puestos), tienen el encargo de garantizar, en coordinación con otros sectores²², una atención de calidad a las mujeres víctimas de violencia.

Tal como ha señalado la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la mayoría de las mujeres establecen contacto con el sistema de salud en algún momento de sus vidas: por

¹⁸ Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud. Artículo 2.

¹⁹ Ley N° 28983, Ley de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Artículo 6° Literales c), i), j).

²⁰ Para mayor detalle, se sugiere revisar el contenido del Objetivo Estratégico N° 3 del PIO 2006-2010.

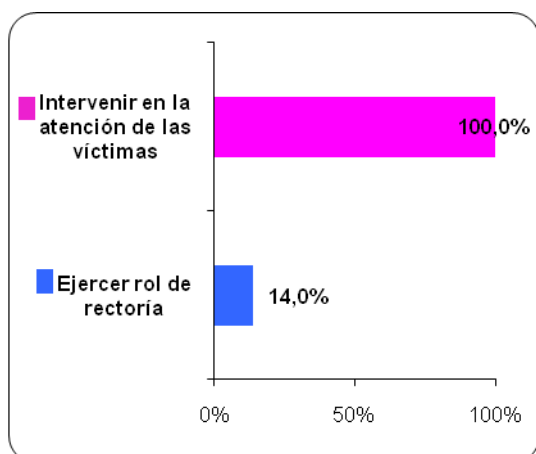
²¹ Para mayor detalle, se puede revisar el desarrollo del Objetivo Estratégico N° 2 del PNCVHM. Al respecto, cabe precisar que actualmente el Ministerio de Salud se encuentra elaborando, a partir de un trabajo con otros sectores involucrados en esta materia, así como con organizaciones e instituciones especializadas en la atención de mujeres víctimas de violencia, el proyecto del Plan Estratégico del Sector Salud para la atención de la violencia contra la mujer.

²² Como por ejemplo el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, con relación a las obligaciones contenidas en la Ley de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

ejemplo, cuando solicitan métodos anticonceptivos, dan a luz o buscan atención para sus hijos. Por ello, los centros de atención de la salud son un lugar importante para detectar a las mujeres maltratadas, brindarles apoyo y enviarlas, si fuera necesario, a los servicios especializados.²³

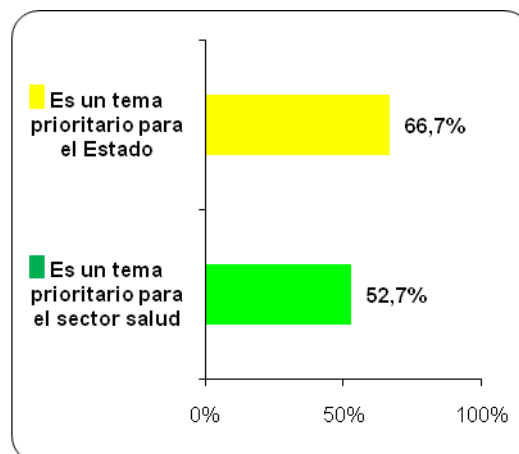
Sobre el rol del Estado con relación a la violencia contra la mujer, el 66,7% del universo de entrevistados/as refirió que la violencia contra la mujer debe consolidarse como un tema prioritario para el Estado, lo que hace suponer que aún es necesario fortalecer la participación del MINSA en la prevención y atención de la violencia contra la mujer. Respecto del rol específico del sector salud, el 52,7% señaló que la violencia contra la mujer debe ser un tema prioritario para este sector. Ambas cifras se complementan con el alto índice de entrevistados/as (100%) que refieren que el sector salud es competente para intervenir en la atención de la salud de las víctimas de violencia.

Gráfico N° 5
El rol del sector salud en la detección y atención de los casos de violencia contra la mujer según los/as profesionales de salud entrevistados/as
(Total: 93 entrevistados/as)



Fuente: Ficha A.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Gráfico N° 6
Percepción de los/as profesionales de salud entrevistados/as sobre violencia contra la mujer
(Total: 93 entrevistados/as)



Fuente: Ficha A.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

No obstante, estas cifras contrastan con el escaso porcentaje de entrevistados/as (14%) que refiere que el MINSA debe desempeñar el rol de ente rector en esta materia y consolidarse como la entidad del Poder Ejecutivo responsable de liderar las políticas públicas nacionales orientadas a garantizar la salud de las mujeres víctimas de violencia. Así, para los/as entrevistados/as, la participación del sector salud con relación a la violencia contra la mujer, se centraría fundamentalmente en la atención de la víctima en los servicios de salud, mientras que muy pocos perciben que el MINSA debe liderar el diseño e implementación de la política nacional en esta materia.

Como ha mencionado la OPS, existen tres razones que explican por qué la violencia contra la mujer debe ser un tema prioritario para los trabajadores de salud: a) la violencia produce considerable padecimiento y consecuencias negativas para la salud a una proporción significativa de la población femenina; b) la violencia tiene un impacto negativo directo sobre varios temas importantes de salud, como la maternidad sin riesgo, la planificación familiar y la

²³ Organización Panamericana de la Salud. "Informe mundial sobre la violencia y la salud". Resumen 2003. Capítulo 4, página 22. En: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

prevención de las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA; c) para muchas mujeres que han sido maltratadas, los trabajadores de salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecer apoyo e información.²⁴

Por ello, resultaría necesario consolidar el rol de rectoría que tiene que desarrollar el MINSA en la atención de la salud de las mujeres víctimas de violencia, así como garantizar, a través de sus funciones de asesoría técnica y fiscalización, la adecuada intervención de los establecimientos de salud en esta materia. Esta tarea debe realizarse de manera coordinada con los sectores de la administración pública y de la sociedad civil especializados en este tipo de atención. Sobre todo, debido a que el problema de la violencia contra la mujer requiere de una respuesta multisectorial e interdisciplinaria para asegurar la salud mental y física de la víctima y su entorno.

2. Violencia contra la mujer: un problema de salud pública:

Un presupuesto indispensable para fortalecer el rol del sistema público de salud en materia de prevención, detección y atención de la violencia contra la mujer es consolidar el reconocimiento, a nivel político, operativo y de gestión pública, de que nos encontramos frente a un problema de salud pública y que -como tal- su erradicación debe constituir una prioridad estatal.

El enfoque de la violencia de género como un problema de salud pública permite desarrollar intervenciones desde un enfoque multidimensional, colectivo -no como problema individual- focalizando en los determinantes, los factores de riesgo y las consecuencias para la salud y el desarrollo. Esto favorece la ruptura de los mitos sobre la inevitabilidad de la violencia y su establecimiento como una realidad que podemos cambiar.²⁵

La vinculación entre la violencia y la afectación a la salud física y mental de las personas que la padecen ha sido analizada a profundidad en diversos estudios. Al respecto, la OPS ha identificado que los daños ocasionados por la violencia pueden afectar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, alterar su comportamiento, generar depresión, abuso de alcohol y otras drogas, motivar el suicidio u homicidio, así como generar lesiones leves y graves, entre otras serias consecuencias.²⁶ Por tanto, los proveedores de servicios de salud pueden desempeñar una función esencial al detectar y atender a las mujeres que viven con violencia.²⁷ Sus intervenciones pueden mitigar los efectos- tanto a corto como a largo plazo- de la violencia basada en el género en las mujeres y sus familias.²⁸

Así lo reconocen el 69,9% de los/as entrevistados/as, que han manifestado que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública. Este reconocimiento, en definitiva, contribuye a posicionar la atención de la violencia contra la mujer como una prioridad en los servicios de salud, pues para garantizar la calidad de la atención es imprescindible que el personal de salud se encuentre convencido de que este tema merece la especial atención del sector y, en particular, del servicio a su cargo.

No obstante, esta aparente prioridad que el personal de salud le habría otorgado al tema de la violencia contra la mujer se diluye parcialmente cuando se indaga sobre la adopción de medidas más concretas,

²⁴ Organización Panamericana de la Salud. "Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario". Página 5. En: http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf.

²⁵ Organización Panamericana de la Salud, UNIFEM, UNFPA y Otros. Simposio 2001: Violencia de género, salud y derechos en las Américas, Informe Final, página 14. En: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/Symposium2001FinalReportsp.pdf>.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud. "Informe mundial sobre la violencia y la salud". Resumen 2003. Capítulo 4, Cuadro N°4.6, página 15. En: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf.

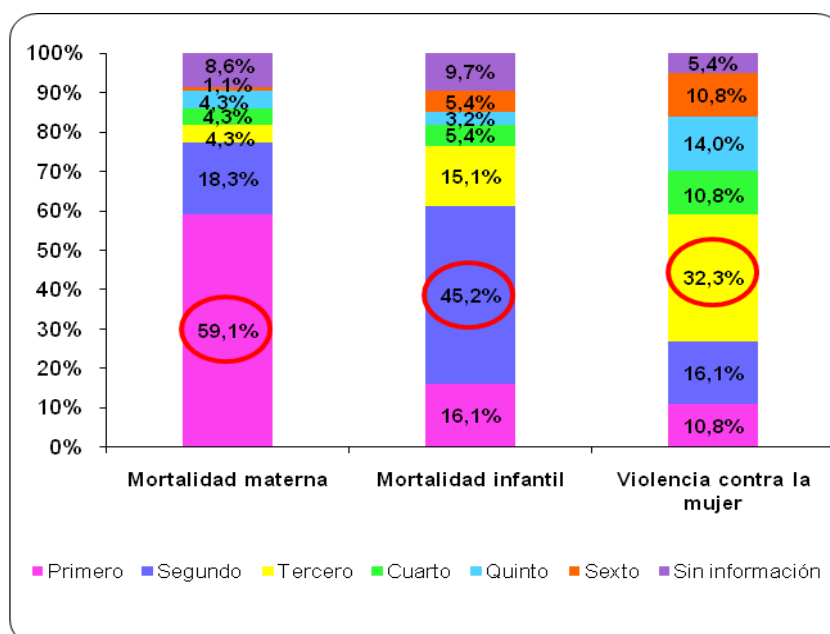
²⁷ Organización Panamericana de la Salud. "La violencia contra las mujeres: responde el sector salud". Página 7.

²⁸ *Ibid.*

como la asignación presupuestal, con relación a la atención de la salud de las víctimas de violencia en el servicio a su cargo. Sobre el particular, un elevado porcentaje de entrevistados/as considera como primera opción otorgar prioridad presupuestal a la atención de la mortalidad materna (59,1%). En ese mismo sentido, el 45,2% de los/as entrevistados/as sugiere establecer como la segunda prioridad del servicio la atención de la mortalidad infantil, mientras que como tercera prioridad, para el 32,3% de los/las entrevistados/as, se debería atender la salud de las mujeres víctimas de violencia.

Como se aprecia, el grado de intención de los y las entrevistadas con relación a la asignación presupuestal para la atención de la violencia contra la mujer aparece en el tercer lugar de los resultados aun cuando, al igual que la mortalidad materna e infantil, esta práctica puede ocasionar la muerte de las mujeres que la sufren. Así, por ejemplo, el feminicidio se encuentra al final de la cadena de violencia contra las mujeres, el cual incluye una gran variedad de abusos verbales y físicos, como la violación, la tortura, la esclavitud sexual, e incesto, el abuso sexual, entre otras formas de violencia contra la mujer.²⁹

Gráfico N° 7
¿A qué tema le asignaría prioridad presupuestal en el servicio a su cargo?
(Total: 93 entrevistados/as)



Fuente: Ficha A.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

3. Grupos poblacionales afectados por la violencia familiar y/o sexual:

Como se ha mencionado, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009 (ENDES 2009), el 38,8% de las mujeres alguna vez unidas manifestó haber sufrido violencia física por

²⁹ Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Ana Elena Badilla, "Femicidio: más allá de la violación del derecho a la vida. Análisis de los derechos violados y las responsabilidades estatales en los casos de femicidio de Ciudad Juárez". San José, C.R., 2008, página 15.

parte de su esposo o compañero.³⁰ Las mayores proporciones de violencia física se presentaron entre las mujeres de 45 a 49 años de edad (44,2%). Asimismo, el 68,4% de las mujeres alguna vez unidas y entrevistadas afirmaron que su esposo o compañero ejerció alguna forma de control sobre ellas. El 22,8% respondió que habían atravesado situaciones de violencia verbal³¹. De igual modo, la mayor proporción de este tipo de actos se produjo entre las mujeres de 45 a 49 años de edad (28%).³²

Como se aprecia líneas arriba, la violencia física, psicológica y/o sexual-sobre las que hemos indagado en la presente investigación- es una de las prácticas lesivas de los derechos humanos que afecta principalmente a las mujeres. Sobre el particular, la OPS ha mencionado que la violencia en la pareja es soportada en proporción abrumadora por las mujeres e infligida por los hombres.³³

Dados los efectos de la violencia en la salud de las mujeres, aquellas que han sido maltratadas tienen mayores probabilidades de ser usuarias- a largo plazo- de los servicios de salud. Las víctimas de maltrato presentan más operaciones quirúrgicas, visitas médicas, estancias hospitalarias, visitas a farmacias y consultas de salud mental a lo largo de sus vidas que las no maltratadas.³⁴ Sobre el particular, el 62,4% de los/as entrevistados/as reconoció que, efectivamente, las mujeres son uno de los grupos poblacionales más afectados por la violencia. En segundo lugar, los/as entrevistados/as mencionaron como principales afectados a los niños y las niñas (41,9%) y en tercer lugar, el 34,4% consideró que la violencia afecta a todos los grupos poblacionales por igual.

³⁰ Los tipos de violencia física que se mencionan son los siguientes: empujones, golpes, patadas, ataques, amenazas con cuchillos u otra arma, forzarla a tener relaciones sexuales. Al respecto, cabe mencionar que este dato corresponde al cuadro 12.2 de la ENDES 2009, en la que se preguntó por la violencia física por parte del cónyuge alguna vez desde los 15 años.

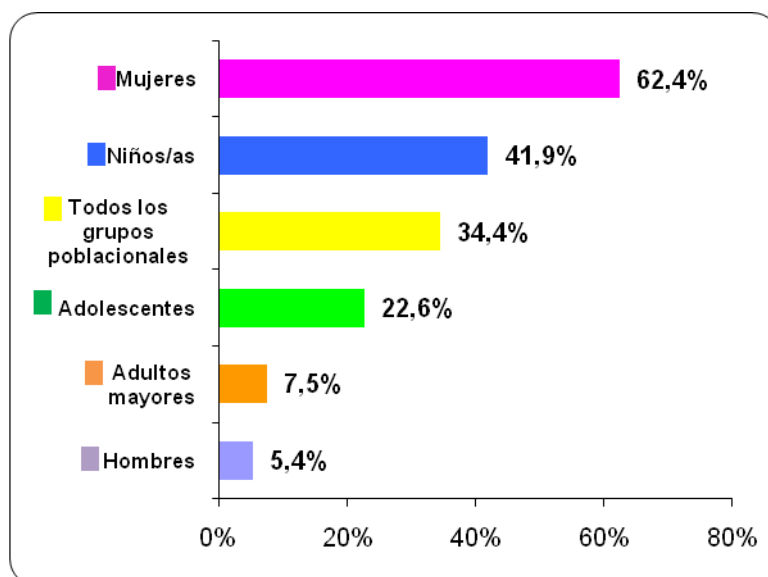
³¹ Por ejemplo, habrían recibido expresiones humillantes.

³² Además, una de cada cinco mujeres entrevistadas (19%) señaló que había sido amenazada por su esposo/compañero con irse de la casa o quitarle a los hijos o la ayuda económica. En este caso, los mayores niveles de incidencia se registran entre las mujeres de 40 a 44 años (22.9%) y de 45 a 49 años de edad (21.4%).

³³ Organización Panamericana de la Salud. "Informe mundial sobre la violencia y la salud". Resumen 2003. Capítulo 4, página 2. En: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf.

³⁴ Organización Panamericana de la Salud. "Informe mundial sobre la violencia y la salud". Resumen 2003. Capítulo 4, Cuadro N°4.6, página 17. En: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf.

Gráfico N° 8
Grupo poblacional más afectado por la violencia familiar y/o sexual
(Total: 93 entrevistados/as)



Fuente: Ficha A.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Este último dato merece especial atención debido a que, tal como demuestran las estadísticas oficiales sobre la materia, así como diferentes estudios sobre violencia familiar y/o sexual, las mujeres, los niños y las niñas, los y las adolescentes son grupos poblacionales que se encuentran, por lo menos, en situación de mayor vulnerabilidad respecto de la violencia. Así, resulta indispensable que el diseño e implementación de las políticas públicas sobre la salud de las mujeres tome en cuenta esta realidad y se implementen medidas para asegurar que los servicios de salud que atienden principalmente a mujeres pongan especial atención en realizar los procesos de detección y atención de la violencia contra la mujer.

En definitiva, una mayor predisposición del personal de salud para detectar actos de violencia puede contribuir a proteger la salud y la vida de los/las afectadas por esta práctica. Por el contrario, su omisión puede colocar a la mujer -en general a cualquier víctima de violencia- y su entorno en una situación de grave riesgo.

4. Otras percepciones sobre la violencia contra la mujer:

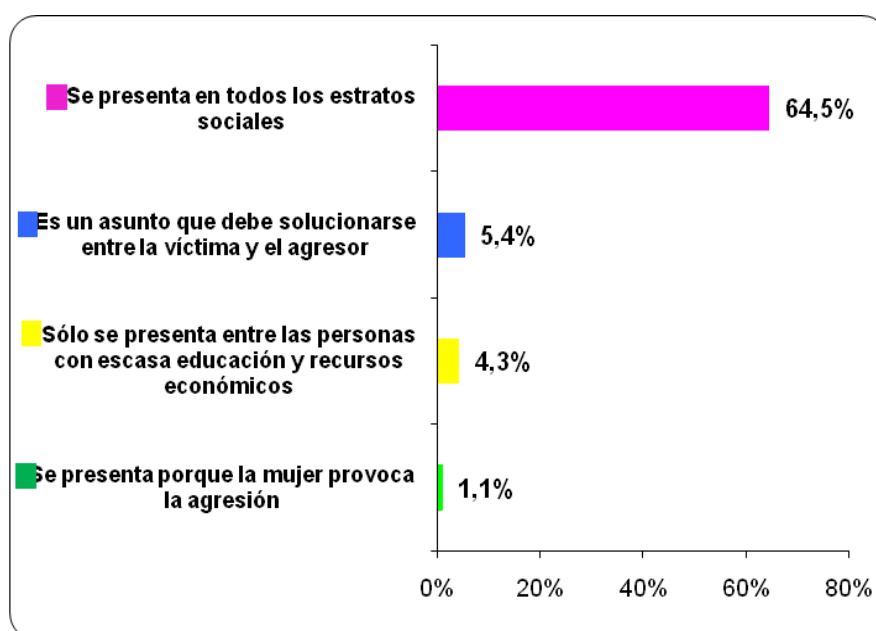
Los proveedores de servicios de salud reproductiva pueden tener conceptos erróneos y estereotipos comunes acerca de las mujeres que han sufrido violencia doméstica, tales como la suposición de que la mujer debe haber hecho “algo” para merecer esa reacción o que la violencia no es una cuestión seria.³⁵ Existen estudios que refieren que los proveedores de salud presentan cierto apego a las pautas patriarcales y tradicionales según las cuales la violencia basada en el género era un asunto privado, en muchos casos justificado y que, con frecuencia, las mujeres eran las culpables de la situación de violencia.³⁶

³⁵ Watts Charlotte y Mayhew Susannah. Los servicios de salud reproductiva y la violencia contra la mujer. Formulación de una respuesta pragmática en el África subsahariana. Página 63. En: <http://www.gutmacher.org/pubs/journals/3006006S.pdf>.

³⁶ Organización Panamericana de la Salud. *La violencia contra las mujeres: responde el sector salud*. Página 16.

En la práctica, estas percepciones erradas sobre la violencia contra la mujer constituyen obstáculos que las víctimas tienen que enfrentar cuando deciden acudir al sistema público de salud. En la supervisión realizada encontramos que solo en un reducido número de entrevistados/as registran estas percepciones. En efecto, únicamente el 1,1% de los/as encuestados/as opina que los hechos de violencia se presentaron porque la mujer provocó la agresión³⁷, mientras que el 5,4% de los/as entrevistados/as señalaron que es un asunto que debe solucionarse entre la víctima y el agresor³⁸. De igual manera, con relación a la situación económica de las partes involucradas en los hechos de violencia, si bien el 64,5% refiere que la violencia contra la mujer se puede presentar en cualquier estrato social, el 4,3% de entrevistados/as mencionó que ésta se presenta entre personas con escasa educación y recursos económicos.³⁹

Gráfico N° 9
Algunas percepciones sobre la violencia contra la mujer
(Total: 93 entrevistados/as)



Fuente: Ficha A.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Al respecto, si bien- como hemos mencionado- las cifras registradas son bajas, la presencia de estas percepciones -aún en porcentajes mínimos- podrían significar un obstáculo para el acceso de las víctimas de violencia a una atención de la más alta calidad, por lo que lo ideal es erradicar esas percepciones de los servicios de salud y fortalecer el proceso de revisión de actitudes y percepciones del personal a cargo de la atención de la salud de las mujeres víctimas de violencia en los establecimientos de salud.

³⁷ Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en Puente Piedra (1 entrevistado/a).

³⁸ Centro de Salud Ancón en Ancón (2 entrevistados/As), Hospital Nacional Cayetano Heredia en San Martín de Porres (1 entrevistado/a), Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en Puente Piedra (2 entrevistados/as).

³⁹ El personal de salud que refirió que la violencia contra la mujer sólo se presenta entre personas con escasa educación y recursos económicos labora en los siguientes establecimientos de salud: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en Puente Piedra (1 entrevistado/a), Centro de Salud Magdalena en Magdalena del Mar (1 entrevistado/a), Centro de Salud El Porvenir en La Victoria (1 entrevistado/a), Centro de Salud Ancón en Ancón (1 entrevistado/a).

CAPITULO II

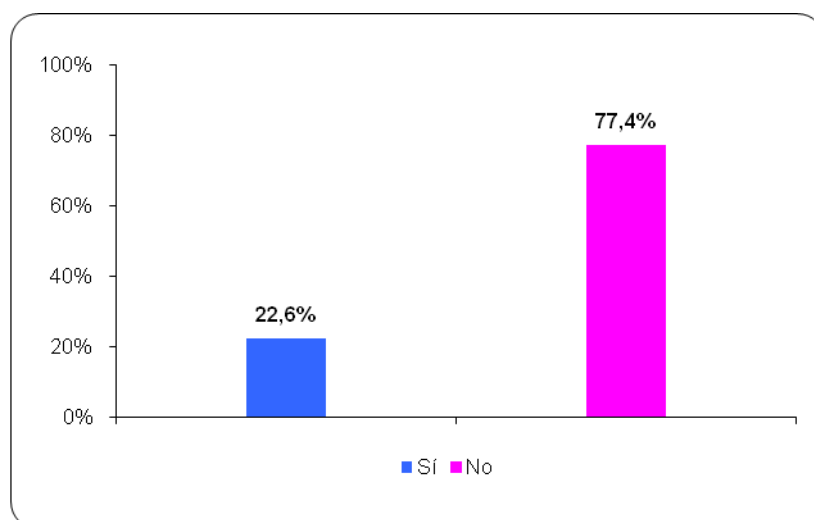
ASPECTOS GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, Y EMERGENCIA DEL MINSA

1. Registro especial para la atención de casos de violencia:⁴⁰

La recopilación de datos sobre la atención de la violencia contra la mujer dentro del sector salud es fundamental para demostrar que la violencia basada en el género es una importante causa de mortalidad y morbilidad. Además, proporciona conocimientos muy necesarios sobre posibles factores de riesgo y de protección que, a su vez, permiten a los directores de los programas mejorar la calidad de las intervenciones y de las políticas.⁴¹ Adicionalmente, “la desagregación, según sexo, (...) de los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud”.⁴²

Tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico, en el marco de la presente supervisión, sólo el 22,6% de entrevistados/as mencionó que el servicio a su cargo cuenta con un registro especial para los casos de violencia contra la mujer. De otra parte, además de las declaraciones del personal entrevistado, el personal de la Defensoría del Pueblo comprobó la existencia de este registro en cinco (5) establecimientos de salud.⁴³

Gráfico N° 10
Disponibilidad de registro especial para casos de violencia contra la mujer
(Total. 93 entrevistados/as)



Fuente: Ficha B.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

⁴⁰ Parte de la información contenida en el aspecto referido al funcionamiento del registro de los casos de violencia contra la mujer en los servicios de salud, ha sido tomada del Informe de Adjuntía N° 001-2010-DP/ADM, *Derecho a una maternidad segura: Informe de Seguimiento*. Para mayor detalle se pueden revisar las páginas 46-53 del referido texto.

⁴¹ Organización Panamericana de la Salud. La violencia contra las mujeres: responde el sector salud, página 52.

⁴² Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación General N° 14, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Op.cit, Párrafo 20.

⁴³ Los establecimientos de salud son los siguientes: Centro de Salud Buenos Aires de Villa en el distrito de Chorrillos, el Centro de Salud de Magdalena en el distrito de Magdalena, Hospitales Nacionales Arzobispo Loayza y Dos de Mayo en el distrito de Lima y el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito del Agustino.

De acuerdo a lo señalado por los/as entrevistados/as, las principales razones por las cuales los establecimientos de salud no implementan un registro especial para la atención de víctimas de violencia se debe a que no reciben casos de víctimas de violencia (no acuden al establecimiento o no denuncian los hechos), refieren las atenciones a instituciones especializadas en la materia o al servicio de psicología, la información se encuentra a cargo del departamento de estadística, realizan el registro en la ficha de tamizaje, o en la historia clínica⁴⁴ o se utiliza un registro general o no cuentan con suficiente personal para realizar esta labor.

1.1. Uso de la ficha de tamizaje para registrar información:

La ficha de tamizaje de la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género constituye un adecuado instrumento de gestión que, de utilizarse oportuna y correctamente, proporcionaría información relevante para la atención de las víctimas de violencia en los servicios de salud, así como para el adecuado diseño de las políticas públicas en esta materia.

Precisamente, durante la supervisión se detectó que nueve entrevistados/as señalaron que utilizan la ficha de tamizaje como instrumento de registro de información. Los establecimientos de salud en los que se realiza esta práctica son los siguientes: Centro de Salud El Porvenir en el distrito de La Victoria, Centro de Salud Piedra Liza en el distrito de San Juan de Lurigancho, Centro de Salud San Fernando en el distrito de El Agustino, Centro de Salud Santa Anita en el distrito de Santa Anita, Centro de Salud Juan Pablo II en el distrito de Los Olivos, Centro de Salud El Progreso del distrito de Carabaylo, Centro de Salud de Ancón en el distrito de Ancón, Hospital de Ventanilla en el distrito de Ventanilla y el Centro de Salud Acapulco en el distrito del Callao.

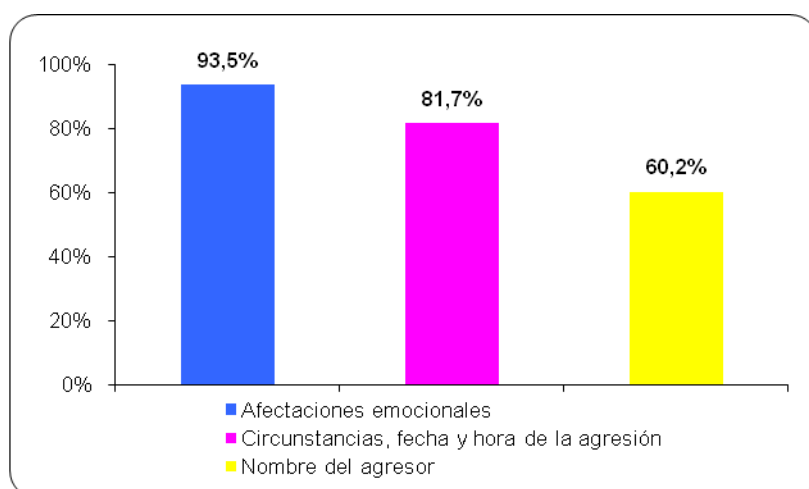
1.2. Uso de historia clínica para registrar información:

Como se advirtió en el Gráfico N° 10, el 77,4% de los/as entrevistados/as refiere que el servicio a su cargo no cuenta con un registro especial para la atención de los casos de violencia contra la mujer. No obstante, de manera complementaria, algunos/as entrevistados/as han señalado que, en los servicios a su cargo, se tiene como práctica consignar algunos de los detalles más importantes de las atenciones en la historia clínica de la usuaria.

Así, se constató que el 60,2% de los/as entrevistados/as señaló que registra el nombre del agresor, mientras que el 81,7% registra las circunstancias, fecha y hora de la agresión en la historia clínica de la usuaria. Sobre este mismo aspecto, la mayoría de los/as entrevistados/as (93,5%) considera que las afectaciones emocionales a las víctimas de violencia deben registrarse en la historia clínica, lo que constituye una buena práctica, a fin de evitar el subregistro de los casos de violencia psicológica y la falta de tratamiento oportuno a este tipo de violencia.

⁴⁴ El uso de la historia clínica y la ficha de tamizaje de la Guía Técnica para la Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia basada en Género será abordado más adelante.

Gráfico N° 11
Información disponible en la historia clínica
(Total: 93 entrevistados/as)



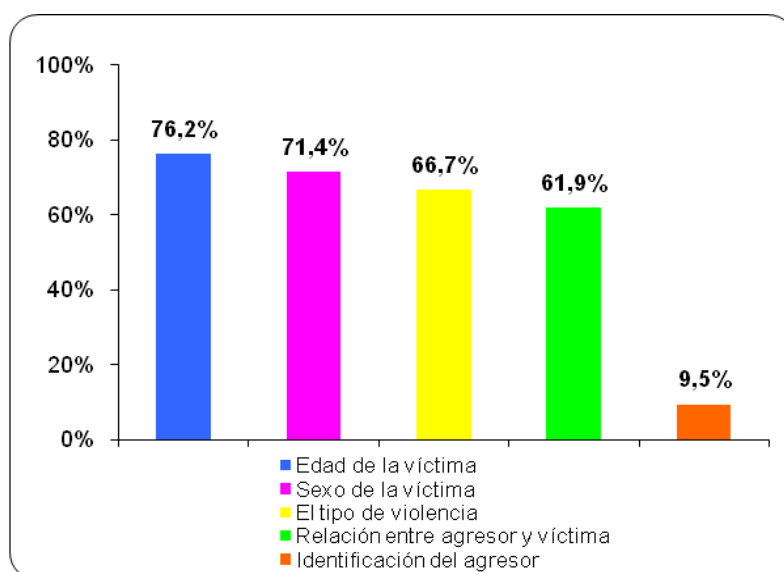
Fuente: Ficha C.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

1.3. Información disponible en los registros especiales:

Según la OPS, los sistemas de vigilancia de la violencia deben reunir, como mínimo, información que identifique el tipo de violencia, el sexo y la edad de la víctima, así como la relación del agresor con la víctima.⁴⁵ A este respecto, de acuerdo a la supervisión realizada, el 66,7% de los/as entrevistados/as mencionó que el registro especial de casos de violencia contra la mujer que maneja su servicio contiene información sobre el tipo de violencia, el 71,4% manifestó que contenía datos sobre el sexo de la víctima, el 76,2 % señaló que contaba con información sobre la edad de la víctima, el 61,9% refirió que dicho registro consigna el tipo de relación entre el agresor y la víctima y el 9,5% identifica al agresor.

⁴⁵ Organización Panamericana de la Salud, La violencia contra las mujeres: responde el sector salud, página 54.

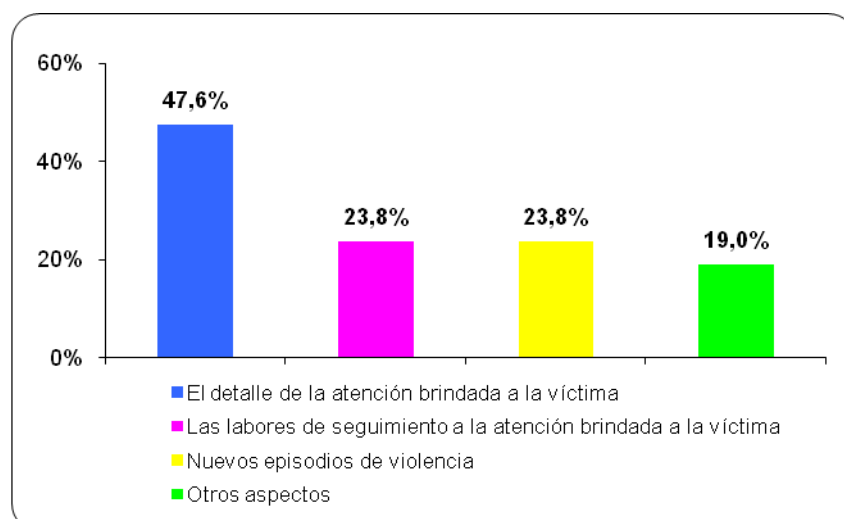
Gráfico N° 12
Información disponible en el registro especial- aspectos esenciales
(Total: 21 entrevistados/as)



Fuente: Ficha B.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Adicionalmente, según los y las entrevistadas, los registros de los establecimientos de salud visitados cuentan con información sobre la atención brindada a la víctima (47,6%), las labores de seguimiento a la atención (23,8%), la existencia de nuevos episodios de violencia (23,8%), así como otro tipo de información relacionada con la atención a la víctima de violencia (19%)⁴⁶.

Gráfico N° 13
Información disponible en el registro especial- aspectos adicionales
(Total: 21 entrevistados/as)



Fuente: Ficha B.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

⁴⁶ Algunos otros aspectos registrados son: el lugar y hora de la agresión, las lesiones causadas, el domicilio de la víctima, entre otros.

Como es posible advertir de las cifras presentadas, aun cuando es necesario incrementar el número de establecimientos de salud que cuenten con estos registros especiales, no obstante, los establecimientos de salud que disponen de esta herramienta de información incluyen, en la mayoría de los casos, datos mínimos que, según lo señalado por la OPS, facilitan el diseño e implementación de estrategias adecuadas para erradicar la violencia contra la mujer.

1.4. Interconexión del registro especial de atención:

Actualmente, se encuentran disponibles importantes registros de información sobre la denuncia y la atención de los casos de violencia contra la mujer. Así por ejemplo, el MINSA, mediante el sistema de vigilancia epidemiológica centinela a cargo de la Dirección General de Epidemiología y que actualmente se desarrolla en 11 regiones del país, registra información sobre el número de atenciones que brinda tanto a las víctimas como a los agresores en los servicios de salud⁴⁷.

Asimismo, según el portal oficial de la Policía Nacional del Perú (PNP), esta institución registra las denuncias que recibe por violación sexual.⁴⁸ Por su parte, el Ministerio Público cuenta con un registro detallado de los casos de feminicidio que recibe en el ámbito nacional. Periódicamente, esta institución emite boletines con información actualizada sobre esta materia y analiza las características de estos casos de violencia contra la mujer.⁴⁹ Asimismo, según el Anuario Estadístico del 2009 del Ministerio Público, dicha institución cuenta con información sobre carga procesal de las fiscalías superiores de familia en materia de violencia familiar, denuncias y expedientes por violencia familiar ingresados a las fiscalías de familia y mixtas por distrito judicial, entre otros.⁵⁰

De igual modo, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social cuenta con cifras sobre la atención de casos de violencia contra la mujer en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y a través de consultas telefónicas.⁵¹

La disponibilidad de información, proveniente de diversos sectores de la administración estatal con competencias para atender estos casos, resulta trascendental para el adecuado diseño e implementación de las estrategias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. En esa misma línea, es igualmente relevante adoptar medidas para garantizar el trabajo coordinado de estas instituciones, a fin de garantizar la atención multidisciplinaria e intersectorial que requiere la violencia contra la mujer. Precisamente, la interconexión de los registros disponibles podría constituir una medida encaminada a fortalecer la coordinación de los diversos sectores de la administración pública.

Al respecto, la OPS ha señalado que es necesario que las autoridades de salud identifiquen las ventajas concretas del sector, en el marco de una respuesta multisectorial más amplia, para fomentar la prevención y prestar servicios dirigidos a las mujeres que han sido víctimas de violencia. Los profesionales de la salud que atienden a mujeres maltratadas necesitarán coordinar y trabajar con otros sectores, en particular con la policía y los servicios sociales.⁵²

⁴⁷ Según, el Oficio N° 436-2010-DGE-DVE-DSVSP/MINSA del 17 de septiembre del 2010, este sistema de registro de información reportó que, para junio del 2010, se atendieron 1,843 casos de violencia familiar en las 11 regiones en las que se implementa dicho sistema.

⁴⁸ En: <http://www.pnp.gob.pe/anuario.html>.

⁴⁹ En: http://www.mpfn.gob.pe/info_estad_feminicidio.php

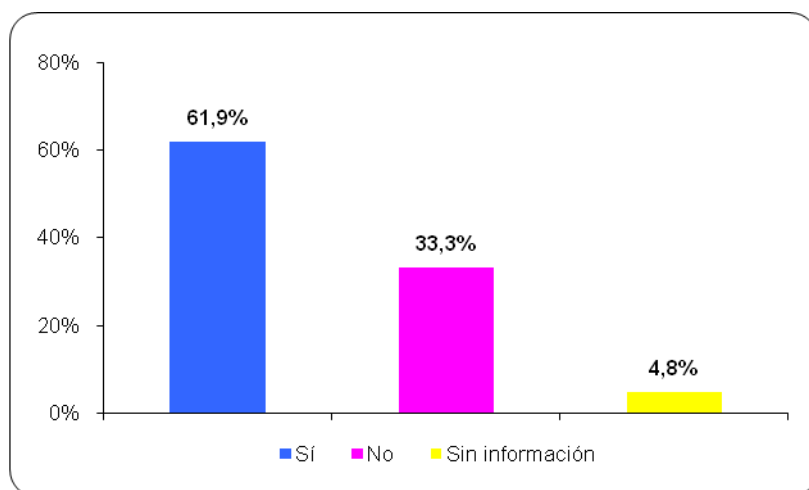
⁵⁰ En: http://www.mpfn.gob.pe/estadistica/anuario_est_2009.pdf

⁵¹ En: http://www.mimdes.gob.pe/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=202&Itemid=281&lang=es

⁵² Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Recomendación N° 10. En: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter6/es/print.html.

Según la supervisión efectuada, el 61,9% del personal de salud entrevistado, que refirió que su servicio cuenta con un registro especial para la atención de casos de violencia, señala que el registro a su cargo se encuentra interconectado con registros similares de otras instituciones. Al respecto, algunos/as entrevistados/as precisaron que su registro se encuentra interconectado con algunos de los servicios del establecimiento de salud y con registros a cargo de las Direcciones de Salud o Direcciones Regionales de Salud.

Gráfico N° 14
Interconexión del registro especial para casos de violencia contra la mujer
(Total: 21 entrevistados/as)



Fuente: Ficha B.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De lo antes mencionado se concluye que, con relación al uso de los diversos registros de información, resulta imprescindible que los establecimientos de salud adopten medidas para garantizar que en todas las atenciones a mujeres víctimas de violencia se registre información sobre el tipo de violencia, el sexo y la edad de la víctima, así como la relación del agresor con la víctima. Esta información puede ser trascendental para preservar la integridad, salud y vida de la usuaria del servicio; así como para aportar elementos de prueba, en caso la víctima decida iniciar medidas judiciales al respecto.

Asimismo, tomando en cuenta que el personal de salud consigna algunos datos de la atención que recibe la víctima tanto en registros especiales como en la historia clínica y/o la ficha de tamizaje, sería conveniente adoptar criterios que permitan uniformizar el registro de esta información en diferentes servicios de salud. En ese sentido, el uso de la ficha de tamizaje que contiene la Guía Técnica para la Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género, como un procedimiento de rutina, sería una medida adecuada para asegurar la disponibilidad de los datos mínimos sugeridos por la OPS en casos de violencia contra la mujer⁵³.

Sobre la disponibilidad de información en esta materia, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomendó al Estado peruano que refuerce su actual sistema de recopilación de datos en todos los ámbitos de la Convención para la Eliminación de Todas las

⁵³ Como ya se ha mencionado, estos datos son el tipo de violencia, el sexo y la edad de la víctima, así como la relación entre el agresor y la víctima.

Formas de Discriminación contra la Mujer, entre los que se encuentra la violencia contra la mujer, a fin de evaluar con exactitud la situación real de la mujer.⁵⁴ De ahí la relevancia de que el sector salud, como todos los sectores involucrados en la atención de casos de violencia contra la mujer, cuenten con sistemas y registros de información. Hay que recordar que, "(...) la falta de registros, conduce a diagnósticos, políticas de prevención y modelos de atención no apropiados para responder a las necesidades de las mujeres afectadas y a la complejidad y magnitud de la violencia intrafamiliar."⁵⁵

2. Ambiente para la atención:

En la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que el respeto de la confidencialidad es parte integrante del componente de aceptabilidad del derecho a la salud. Por su parte, en el artículo 15° de la Ley General de Salud, se establece que toda persona usuaria de los servicios de salud tiene derecho a que se respete su intimidad y a que se guarde reserva de la información que brinda en el marco de la atención de su salud.

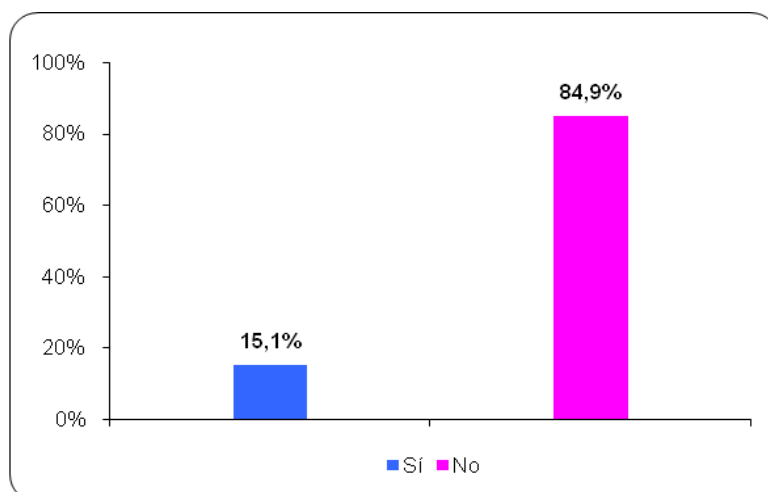
De acuerdo con los protocolos que regulan la atención de las víctimas de violencia, los establecimientos de salud deben contar con espacios que garanticen la confidencialidad y privacidad que requiere la atención de cualquier víctima de violencia. Así, las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva exigen que dicha atención se lleve a cabo en una atmósfera privada y exclusiva para la usuaria. De igual modo, la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género, exige la adecuación de los ambientes generales de los servicios de salud, de tal manera que garanticen las características de privacidad, confidencialidad y seguridad para la atención de la víctima.

Debido a la naturaleza de los actos de violencia, usualmente las víctimas tienen temor o resistencia a denunciar los hechos y/o solicitar atención en los servicios de salud. En ese sentido, garantizar la confidencialidad de la atención y específicamente la disponibilidad de un espacio con privacidad auditiva y visual podría contribuir al acercamiento de las víctimas a los servicios de atención. De acuerdo con la presente supervisión, el 15,1% del personal de salud entrevistado indicó que el servicio a su cargo cuenta con un ambiente especial para atender a las víctimas de violencia. De este universo (14 entrevistados/as), el 78,6% de entrevistados/as señaló que dicho ambiente garantiza privacidad visual y privacidad auditiva.

⁵⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. *Observaciones Finales: Perú*. 15 de enero del 2007, párrafo 11.

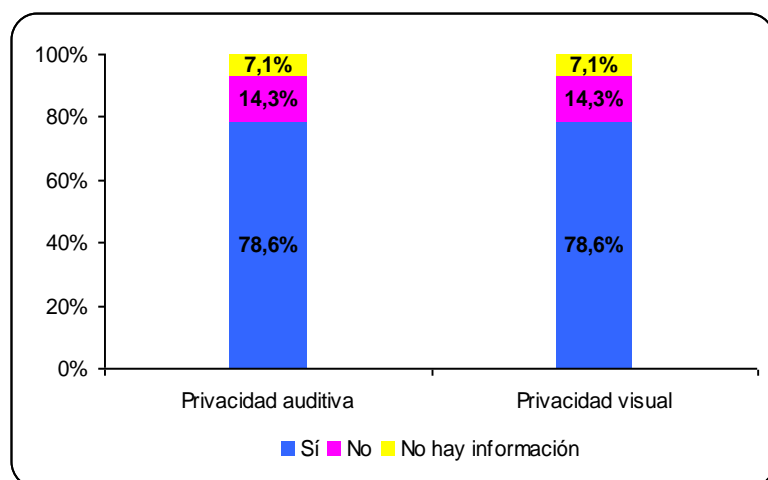
⁵⁵ Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. La ruta crítica de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en América Latina. Estudio de casos en diez países. 2000, p. 13.

Gráfico N° 15
Ambiente especial para la atención
(Total: 93 entrevistados/as)



Fuente: Ficha B.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Gráfico N° 16
Privacidad auditiva y visual del ambiente especial
(Total: 14 entrevistados/as)



Fuente: Ficha B.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Por lo expuesto, es necesario que se adopten medidas para que los establecimientos de salud, cualquiera sea su categoría, cuenten con un ambiente adecuado para la atención de las víctimas de violencia. Dicho ambiente puede ser un ambiente especial destinado específicamente para estos fines o un ambiente general que se acondicione para garantizar la privacidad de la víctima. Ello contribuiría a acercar a las mujeres víctimas de violencia al sistema de salud, a establecer una relación de confianza entre el personal de salud y la usuaria, y a propiciar el escenario ideal para que la víctima relate -con seguridad y comodidad- los hechos de violencia, asimismo evitará que se refuercen los sentimientos de culpa y estigma en la víctima.

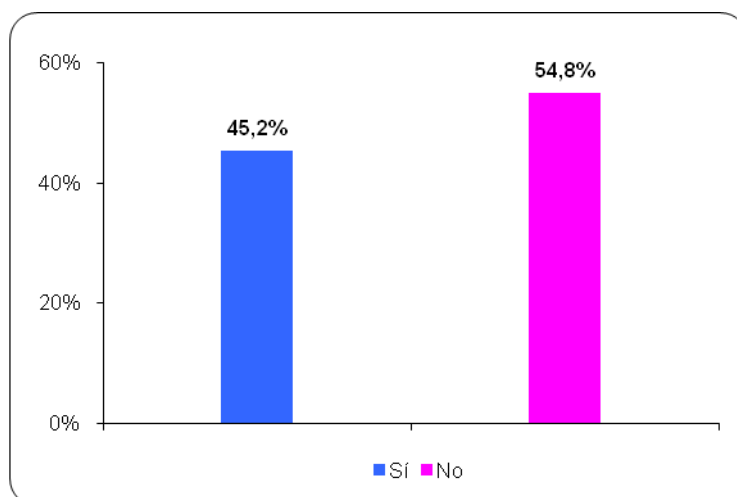
3. Capacitación y sensibilización del personal a cargo de la atención:

En el caso de la violencia contra la mujer, se requiere capacitar al personal de salud tanto en el ámbito de la aplicación de los protocolos de atención en relación con la problemática de la violencia contra la mujer (causas, consecuencias, perfil del agresor y de la víctima, dinámica de los actos de violencia, etc).⁵⁶ Sobre el particular, la OPS ha mencionado que “la capacitación debe incluir análisis de temas relacionados con la equidad de género y debe proporcionar a los participantes no solo información técnica sino también la oportunidad de examinar su propias experiencias y creencias”.⁵⁷ Este último aspecto ha sido abordado en el primer acápite de la presente investigación.

Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha señalado que los Estados Parte deben proporcionar a las víctimas protección y apoyo. En ese sentido, deben establecer y apoyar servicios destinados a las víctimas de violencia en el hogar, violaciones, violencia sexual y otras formas de violencia contra la mujer, así como garantizar el empleo de trabajadores sanitarios especialmente capacitados.⁵⁸

Debido a la trascendencia de que el personal de salud cuente con competencias suficientes para implementar los protocolos que regulen la atención de la salud física y mental de las personas afectadas por la violencia, la Defensoría del Pueblo puso especial interés en indagar el nivel de capacitación del personal de salud en esta materia. Al respecto, constató que el 45,2% del personal entrevistado recibió capacitación sobre atención a mujeres víctimas de violencia.

Gráfico N° 17
Personal capacitado en atención a mujeres víctimas de violencia
(Total: 93 entrevistados/as)



Fuente: Ficha B.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

⁵⁶ Nos hemos referido con detenimiento sobre el particular en el primer capítulo de este informe.

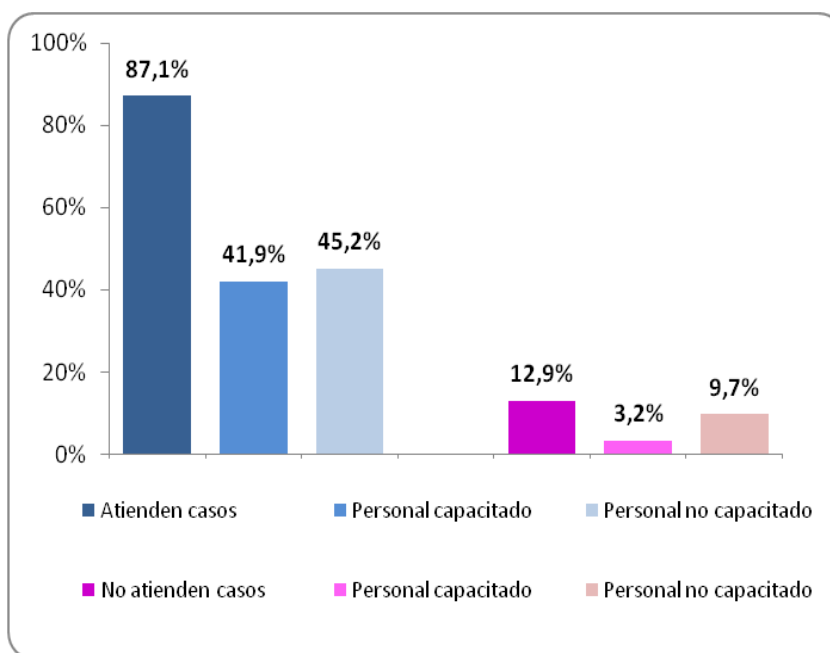
⁵⁷ Organización Panamericana de la Salud, La violencia contra las mujeres: responde el sector salud, página 52.

⁵⁸ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. *Recomendación General N° 19 sobre La violencia contra la mujer*, 1992, Párrafo 24, literal k).

Respecto del nivel de capacitación del personal y su relación con la atención de las víctimas de violencia en los servicios de salud, se detectó que del universo de profesionales que atiende violencia (87,1%), el 41,9% se encuentra capacitado para brindar este tipo de atención. Es decir, existe un 45,2% del personal de salud que atiende a víctimas de violencia que no cuenta con las competencias técnicas para realizarlo, lo que dificulta la prestación de un servicio de la más alta calidad.

Además, según el siguiente gráfico se advierte que del 12,9% de personal que no atiende casos de violencia contra la mujer en su servicio, el 9,7% no se encuentra capacitado, por lo que es posible afirmar que un factor que incide en la mayor disposición del personal de salud para atender casos de violencia en los servicios de salud es su nivel de capacitación. Cabe precisar que, como ya hemos mencionado, en materia de violencia contra la mujer, la capacitación al personal de salud debe incluir aspectos relacionados con la formación en competencias técnicas de los proveedores, así como un proceso de revisión de actitudes y percepciones con relación a la violencia contra la mujer. Así, se requiere capacitar y sensibilizar a los proveedores de salud, a fin de asegurar una atención de calidad a la víctima.

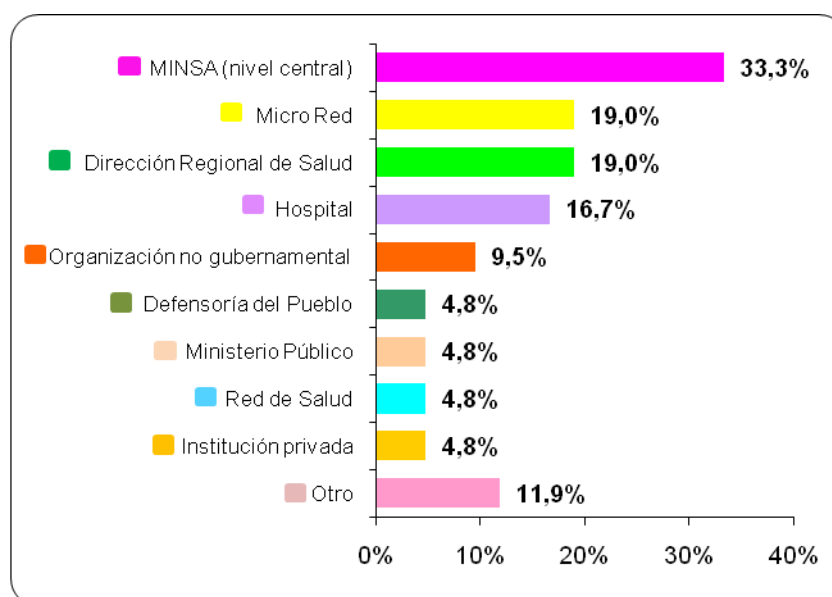
Gráfico N° 18
Atención de casos de violencia y su relación con la capacitación recibida
(Total: 93 entrevistados/as)



Fuente: Ficha B.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Finalmente, la supervisión evidenció que 42 entrevistados/as señalaron que la capacitación que recibieron fue organizada por el sector salud (a través del nivel central, la Dirección Regional de Salud, Microred y/o Hospitales). De manera adicional, el resto del universo de entrevistados/as refirió que las Organizaciones no Gubernamentales, la Defensoría del Pueblo y el Ministerio Público complementaban la labor de capacitación del personal de salud en la atención en los servicios de salud a mujeres víctimas de violencia, tal como se aprecia en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 19
Instituciones a cargo de la capacitación
(Total: 42 entrevistados/as)



Fuente: Ficha B.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Como se aprecia, esta responsabilidad -que hace algunos años era promovida sobre todo por las organizaciones no gubernamentales- actualmente viene siendo compartida por los diferentes niveles del sector salud, lo cual es un avance significativo. La capacitación proveniente de organizaciones no gubernamentales e instituciones privadas cuentan con reconocimiento como entidades capacitadoras, pero en menor medida que el Estado.⁵⁹

Una condición indispensable para asegurar la calidad de la atención en los servicios de salud es que el personal a cargo de ésta cuente con suficientes competencias técnicas. En efecto, para que las normas sean eficaces, es necesaria su amplia divulgación y el entrenamiento del personal en la aplicación de las mismas, así como la existencia de mecanismos de vigilancia y monitoreo de su implementación.⁶⁰

Por tanto, el MINSA, en coordinación con las Direcciones de Salud de Lima y Callao, deberán adoptar las medidas necesarias para capacitar al personal de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia, según lo establecido en los protocolos que regulan la materia y promover la permanente revisión de actitudes y percepciones del personal de salud con relación a la violencia contra la mujer, a fin de garantizar una atención de calidad a las mujeres víctimas de violencia en los servicios de salud.

⁵⁹ Marcela Huaita, "Atención de la violencia de género en establecimientos de salud del sector público", Consultoría realizada para la Defensoría del Pueblo, Noviembre 2009, página 12.

⁶⁰ Organización Panamericana de la Salud, UNIFEM, UNFPA y Otros. Simposio 2001: Violencia de género, salud y derechos en las Américas. página 18. En: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/Symposium2001FinalReportsp.pdf>.

CAPÍTULO III

IDENTIFICACIÓN, ATENCIÓN Y REFERENCIA DE LOS CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LOS SERVICIOS DE SALUD VISITADOS

1. Identificación

1.1. Indagaciones para detectar casos de violencia contra la mujer

El tamizado es la práctica de preguntar habitualmente a todas las pacientes si han sido objeto de maltrato.⁶¹ Con el adiestramiento adecuado de los trabajadores de salud y el establecimiento de protocolos, el tamizado puede ser eficaz para detectar casos de maltrato. Por el contrario, la ejecución descuidada del tamizado puede originar maltrato para las usuarias, desde echarles la culpa hasta romper la confidencialidad.⁶²

En ese sentido, el MINSA ha aprobado un conjunto de protocolos que buscan implementar, como un procedimiento de rutina, la detección y atención de cualquier forma de violencia contra la mujer.⁶³ Específicamente, los protocolos de atención que abordan la materia establecen la obligación del personal de salud de detectar y atender a las personas afectadas por este tipo de violencia.⁶⁴ De acuerdo con estos documentos técnicos, el personal de salud debe demostrar un trato amable, evitar actitudes críticas, mostrar respeto y utilizar un lenguaje sencillo al atender a la usuaria. Las preguntas y/o procedimientos que permitan identificar un caso de violencia contra la mujer pueden variar, según las características del caso.

Específicamente, la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género prescribe la obligación del personal de salud de realizar una “anamnesis”, es decir, un registro de los antecedentes médicos, personales, sociales y económicos de la usuaria, de la composición y dinámica familiar, educativa y laboral; y sobre la dinámica y evolución del maltrato, un registro de las supuestas causas, las actitudes del agresor y de la víctima y todo tipo de antecedentes al respecto.⁶⁵

Según la supervisión realizada, las preguntas sobre aspectos generales que realiza el personal de salud y que se efectúan en cualquier tipo de consulta, registran mayores índices de realización si las comparamos con las preguntas específicamente orientadas a determinar si la usuaria es víctima de alguna forma de violencia. Por ejemplo, el 89,2% de los/as entrevistados/as señalaron que indagan sobre el motivo de la consulta, el 60,2% refirió que

⁶¹ Organización Panamericana de la Salud. “Violencia contra la Mujer. Un tema de salud prioritario”. Página 28. En: http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf.

⁶² Organización Panamericana de la Salud. “Violencia contra la Mujer. Un tema de salud prioritario”. Página 28. En: http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf.

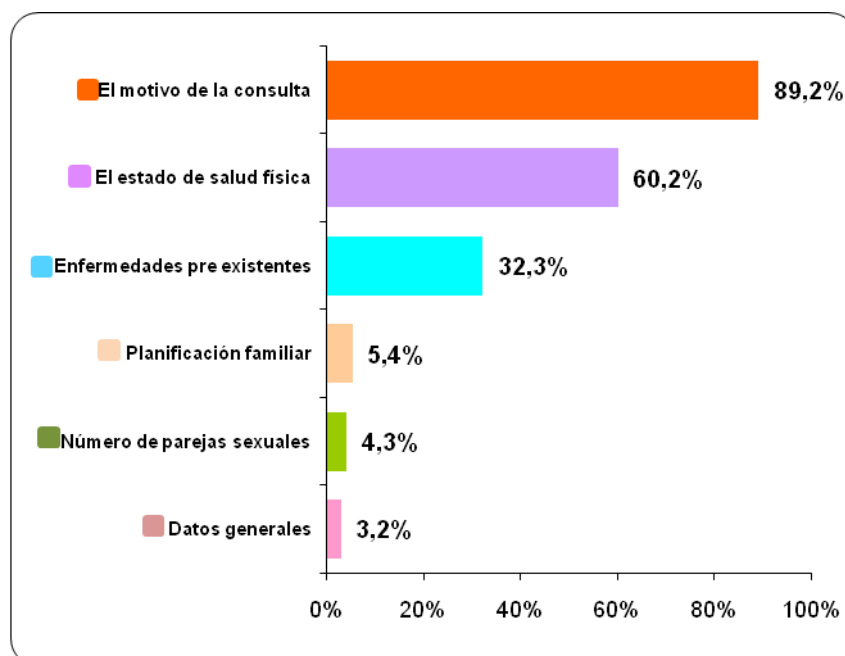
⁶³ Como ya se ha mencionado, los principales protocolos que regulan la atención de las mujeres víctimas de violencia en los servicios de salud del MINSA son: Las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género, la Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal y las Normas y procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil. Para el desarrollo del presente estudio, nos centraremos en evaluar la implementación del protocolo para la atención de la violencia de las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva y de la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género, debido a que estos protocolos ponen especial énfasis en delinear la atención de la salud física y mental de las mujeres adultas víctimas de violencia, que constituyen uno de los grupos poblacionales más afectados por esta práctica.

⁶⁴ Para mayor detalle, revisar el protocolo sobre violencia contra la mujer contenido en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva; así como la finalidad, objetivos específicos y el ámbito de aplicación de la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género.

⁶⁵ Numeral 2) del acápite sobre la Valoración Integral de la persona afectada por la violencia basada en el género de la Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia Basada en el Género.

pregunta sobre el estado de la salud física de la usuaria y el 32,3% identifica enfermedades preexistentes.

Gráfico N° 20
Preguntas para detectar si la usuaria es víctima de violencia- preguntas generales
(Total: 93 entrevistados/as)

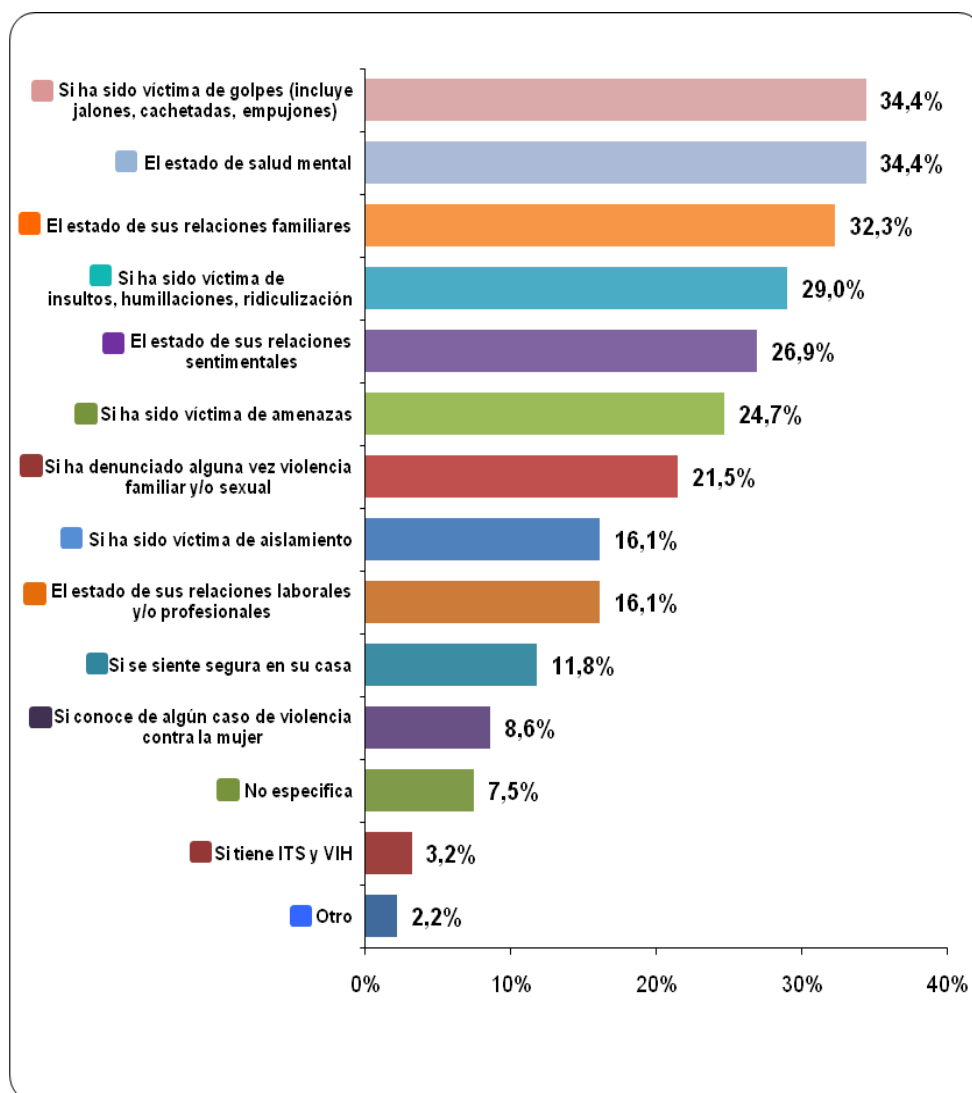


Fuente: Ficha C.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De otra parte, con relación a las preguntas específicas para detectar violencia contra la mujer se identificó, como se aprecia en el siguiente gráfico, que para ninguna de las preguntas el porcentaje de entrevistados/as supera el 35%. Así, las indagaciones orientadas a detectar si la usuaria ha sido víctima de golpes (jalones, cachetadas, empujones) o el estado de su salud mental representan el 34,4%, el estado de sus relaciones familiares un 32,3%, si ha sido víctima de insultos o humillaciones 29%, sobre el estado de sus relaciones sentimentales un 26,9%, si ha sufrido amenazas un 24,7% y si ha realizado denuncias previas por actos de violencia un 21,5%.

Adicionalmente, se puede observar otro grupo de preguntas, las mismas que se hacen con menor frecuencia, y que se refieren principalmente a determinar si la usuaria ha sido víctima de aislamiento (16,1%), el estado de sus relaciones laborales (16,1%), si se encuentra segura en su casa (11,8%) y si conoce algún caso de violencia (8,6%).

Gráfico N° 21
Preguntas para detectar si la usuaria es víctima de violencia- preguntas especiales
(Total: 93 entrevistados/as)



Fuente: Ficha C.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Tal como se puede apreciar de los resultados presentados, si bien es cierto que el personal de salud realiza algunas preguntas destinadas a detectar las diferentes formas de violencia, es necesario garantizar que estas indagaciones se realicen como un procedimiento de rutina, es decir, en el 100% de los casos de víctimas de violencia que acuden a los servicios de salud. La oportuna y adecuada formulación de estas preguntas puede significar la diferencia entre la preservación o afectación de la salud de la víctima.

Por otra parte, es necesario fortalecer la realización de los procedimientos vinculados a la detección y atención de la violencia psicológica. Existe pues, según las cifras mencionadas, cierta tendencia del personal de salud a priorizar la identificación de las lesiones físicas en desmedro de la detección de las diversas modalidades de violencia psicológica que pueden afectar a la víctima.

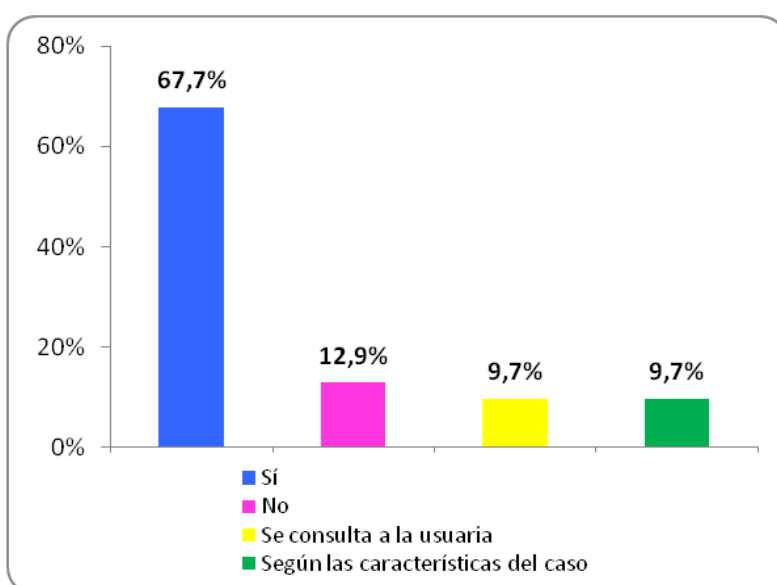
1.2. Presencia de la pareja o familiar en la consulta:

Otro elemento que puede influir en la detección de los casos de violencia contra la mujer es la presencia de la pareja y/o familiar de la víctima durante la consulta. Sobre el particular, las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva mencionan que las intervenciones para detectar situaciones de violencia deben realizarse en una atmósfera privada y exclusiva para la usuaria. Si ella concurre acompañada, el personal de salud debe buscar la oportunidad para hacer preguntas específicas o solicitar al acompañante que permanezca fuera del ambiente de consulta.

Sobre el mismo aspecto, la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género, señala que si es que la usuaria no se encuentra en condiciones de responder a las preguntas, el personal de salud se dirigirá a su acompañante o tomará sólo los datos generales, para luego hacer el seguimiento correspondiente. Así, los protocolos de atención aprobados por el MINSA no establecen un único criterio con relación a la conveniencia de autorizar la presencia de un acompañante (familiar o pareja) durante la consulta en la que se pretende identificar si la usuaria es víctima de alguna forma de violencia.

Al respecto, durante la presente supervisión, se verificó que el 67,7% del personal de salud entrevistado permite el ingreso de la pareja de la usuaria a la consulta. El 9,7% le consulta a la usuaria si desea ingresar con su acompañante, y otro 9,7% evalúa la pertinencia de permitir el ingreso de la pareja, según las características del caso.

Gráfico N° 22
Presencia de la pareja en la consulta
(Total: 93 entrevistados/as)

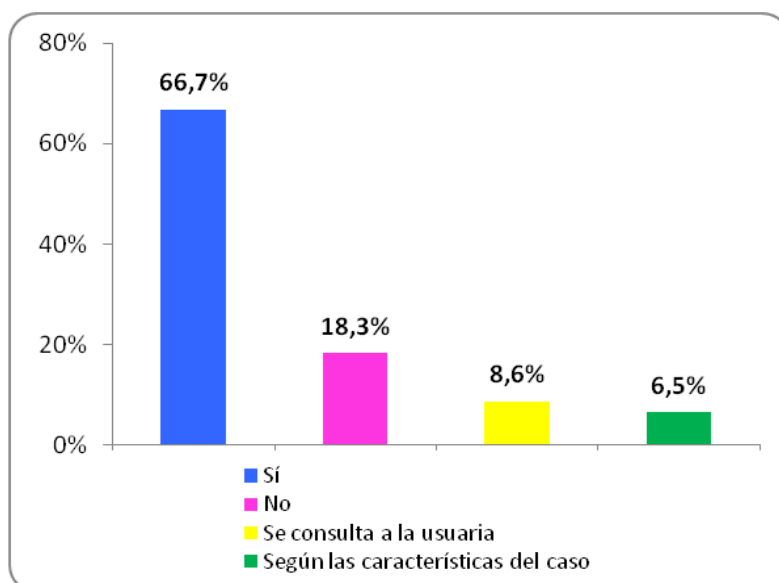


Fuente: Ficha C.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De la misma manera, cuando se trata de la presencia de un familiar en la consulta, un mayoritario 66,7% permite su ingreso, en el 8,6% le consulta a la usuaria su opinión al respecto, y en el 6,5% de los casos, dependerá de las características del caso.

Gráfico N° 23⁶⁶
Presencia del familiar en la consulta
(Total: 93 entrevistados/as)



Fuente: Ficha C.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Así, debido a que en la mayoría de los casos el personal de salud opta por facilitar el ingreso del familiar o la pareja a la consulta, se deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar la privacidad de la consulta, así como para propiciar el ambiente adecuado en el que la víctima se sienta cómoda y segura de relatar los hechos de violencia. De lo contrario, la detección de este tipo de casos será muy compleja. Sobre todo porque, en estos casos, “esta práctica puede ser muy nociva pues el riesgo de que la pareja sea quien precisamente ejerza la violencia es muy alta”.⁶⁷

2. Atención:

Muchos dispensadores de atención sanitaria ven y tratan (sabiéndolo o no) a un número elevado de mujeres que son víctimas de violencia en sus relaciones personales. Por ello, además de fomentar la sensibilización sobre este asunto, el sector salud ha de procurar formas de convencer a las mujeres de que: (a) no hay nada de malo en buscar ayuda en instituciones de salud cuando hayan experimentado actos violentos, (b) si lo hacen, recibirán una atención médica apropiada y otros tipos de asistencia, y (c) se garantizará su confidencialidad y seguridad.⁶⁸

En el caso de la supervisión realizada, el 87,1% (81) del personal de salud refirió que brinda atención a las mujeres víctimas de violencia, mientras que sólo un reducido 12,9% de

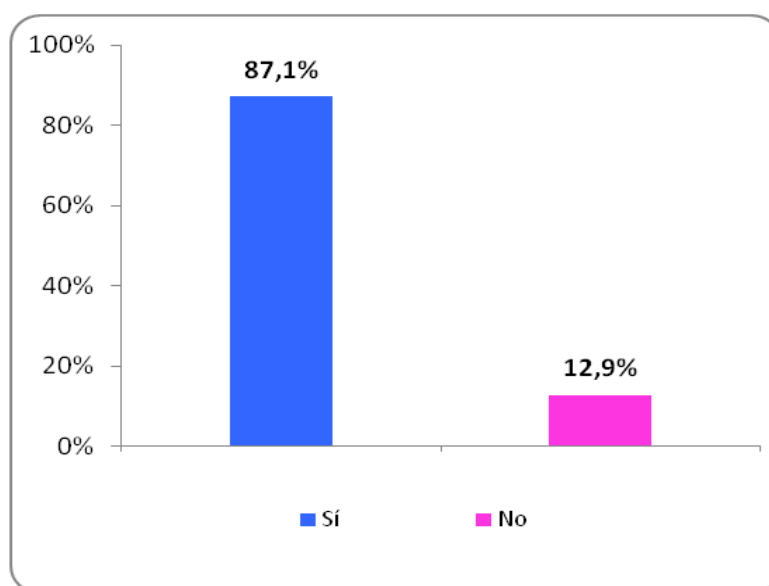
⁶⁶ La sumatoria de los porcentajes indicados asciende a 100,1. La cifra alcanza el 100% cuando se contempla las centésimas, sin embargo, por motivos ilustrativos, se ha considerado pertinente solo colocar las décimas.

⁶⁷ Marcela Huaita, “Atención de la Violencia de Género en Establecimientos de Salud del Sector Público”, Consultoría realizada para la Defensoría del Pueblo, Noviembre del 2009, página 17.

⁶⁸ Organización Mundial de la Salud. “Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer”. Recomendación N° 10. En: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter6/es/print.html.

entrevistados/as refiere no atender este tipo de casos.⁶⁹ Cabe precisar que la disponibilidad y el uso extendido de los servicios de salud reproductiva en la mayoría de los países les dan una ventaja potencial para localizar a las mujeres maltratadas y derivarlas a otros servicios de apoyo.⁷⁰ Por tanto, la oportuna atención de las víctimas en los diferentes servicios de salud del MINSA, particularmente en el servicio de planificación familiar y en el de ginecología y obstetricia, es un presupuesto indispensable para proteger la salud y -en algunos casos- la vida de la mujer víctima de violencia.

Gráfico N° 24
Personal de salud que atiende casos de violencia contra la mujer en el servicio a su cargo
(Total: 93 entrevistados/as)



Fuente: Ficha B.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

2.1. Atención de la salud física y psicológica de la víctima:

Además de evaluar si el personal de salud entrevistado brinda atención a mujeres víctimas de violencia, se recogió información sobre el tipo de atención que se les presta. Cabe precisar que usualmente los actos de violencia se asocian con la aparición de lesiones físicas, aunque es igualmente importante identificar y atender las afectaciones a la salud mental de las víctimas para garantizar una adecuada atención.

Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia. Muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras otras muestran síntomas del trastorno de estrés post-traumático. Es posible que estén fatigadas en forma crónica, pero no pueden conciliar el sueño; pueden tener pesadillas o trastornos de los

⁶⁹ De los 22 entrevistados/as que señalaron que atienden víctimas de violencia, pero no realizan atención de la salud física y mental, se detectó que el tipo de atención que brindan se centra, principalmente, en desarrollar labores de orientación en favor de la víctima (respecto de las acciones que puede iniciar en contra del agresor y sesiones de consejería), referirla a otro servicio del establecimiento de salud y/o a una institución especializada en la atención de mujeres víctimas de violencia.

⁷⁰ Organización Mundial de la Salud. "Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer". Recomendación N° 10. En: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter6/es/print.html.

hábitos alimentarios; recurrir al alcohol y las drogas para disfrazar su dolor; o aislarse y retraerse.⁷¹

El sub registro de los casos de violencia psicológica obedece, entre otros factores, a que la mujer está sometida a una permanente agresión verbal que hace que, en muchos casos, la violencia psicológica sea percibida como algo “natural” y propio de las relaciones de pareja.⁷² Por lo que no se evidencia. No obstante, la experiencia ha demostrado que investigar sobre el maltrato sólo cuándo hay signos obvios de lesiones no es suficiente en general; pues son más las mujeres maltratadas que presentan dolencias vagas, como dolor crónico, dolores de cabeza, trastornos de reposo y depresión, que las que presentan traumatismo físico.⁷³

Al respecto, los protocolos de atención aprobados por el MINSA establecen un conjunto de procedimientos orientados a detectar ambos tipos de violencia. En efecto, el personal de salud debe observar cuidadosamente si existen lesiones físicas y también indagar si la usuaria ha sido víctima de alguna forma de violencia psicológica (por ejemplo, si se sintió alguna vez maltratada emocionalmente por su compañero o si recibió algún tipo de insulto, humillación o alguna otra forma de violencia psicológica).⁷⁴

Con relación a este aspecto, la OPS ha señalado que “es necesario mejorar el acceso a servicios de salud mental que no estigmaticen a las mujeres y que sean capaces de reconocer los vínculos existentes entre violencia y salud mental, en particular la depresión y los pensamientos suicidas. Estos servicios han de proporcionar seguridad a las mujeres que deben hacer frente a la violencia y evitar respuestas médicas excesivas al problema.”⁷⁵

Del grupo de profesionales de la salud que señalaron que atienden la salud física y/o mental de la víctima de violencia 72,8% (59)⁷⁶, ha sido posible identificar que el 45,8% atiende la salud física y mental de la víctima, el 42,4% atiende únicamente la salud física de la víctima y el 11,9% atiende la salud mental de las mujeres víctimas de violencia. En ese sentido, es necesario que el personal de salud del MINSA adopte las medidas necesarias para garantizar que la detección y atención de la violencia física y psicológica se incorpore como un procedimiento de rutina en los establecimientos de salud.

⁷¹ Organización Panamericana de la Salud. “Violencia contra la Mujer. Un tema de salud prioritario”. Página 22. En: http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf.

⁷² Ruiz Patricia. Silencios y Maltratos: Mujer y violencia doméstica. Lima: 2002, p.30. Citado en: Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 110. Violencia Familiar: Un análisis desde el derecho penal.

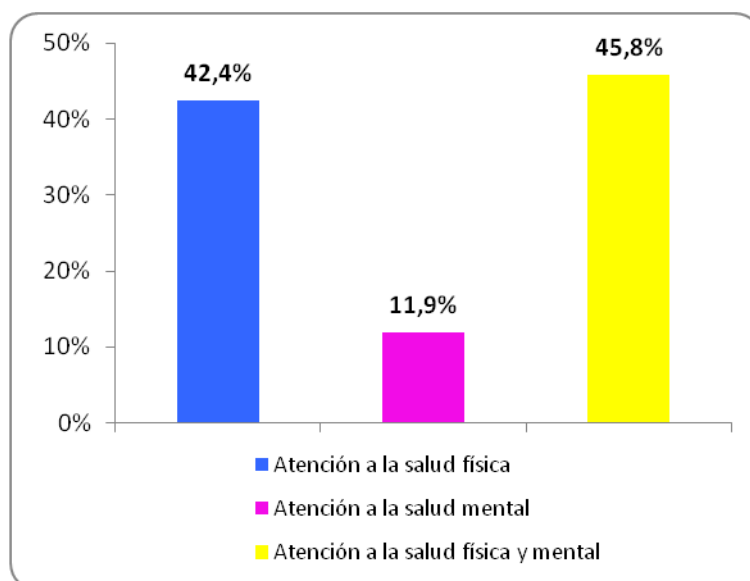
⁷³ Organización Panamericana de la Salud. “Violencia contra la Mujer. Un tema de salud prioritario”. Página 28. En: http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf.

⁷⁴ Revisar el numeral 3 del capítulo “Manejo” del Protocolo sobre violencia contra la mujer de las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. En relación a la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género, se sugiere revisar el literal b) de la página 16 del referido documento. Cabe señalar que las Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil también desarrollan un conjunto de procedimientos orientados a detectar cualquier tipo de violencia física y psicológica.

⁷⁵ Organización Mundial de la Salud. “Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer”. Recomendación N° 10. En: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter6/es/print.html.

⁷⁶ Como hemos mencionado, hay que recordar que si bien son 81 los y las entrevistadas que refieren que atienden casos de violencia contra la mujer, sólo 59 especifica que realiza atención a la salud física y/o mental de la víctima. El resto de entrevistados/as (22) no menciona que brinda este tipo de tratamiento. En estos casos, los/as entrevistados/as señalan que realizan actividades de orientación a la víctima y de referencia a otros servicios dentro del establecimiento o a una institución especializada en la atención de este tipo de casos.

Gráfico N° 25⁷⁷
Tipo de atención que recibe la usuaria víctima de violencia
(Total: 59 entrevistados/as)



Fuente: Ficha B.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

2.2 Atención de la salud de las víctimas de violación sexual

La atención de las mujeres víctimas de violación sexual en los servicios de salud ha merecido la especial atención de este sector. En particular, debido a que a pesar de la gravedad del impacto de este tipo de violencia en la salud física y mental de las víctimas, “las (...) víctimas de violencia sexual suelen ser renuentes a informar sobre el crimen (...)”⁷⁸, lo que hace muy complejo el proceso de detección y atención de este tipo de casos. Además, este tipo de violencia demanda competencias altamente especializadas de parte del personal de salud, lo que como ya hemos advertido en el acápite referido a capacitación, es todavía una tarea pendiente en el sector salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el marco de la atención a víctimas de violación sexual, el personal de salud debe procurar minimizar el número de intervenciones médicas y entrevistas a la usuaria, así como garantizar el buen trato, la seguridad y la privacidad a la víctima.⁷⁹ El principal objetivo de la atención debe ser la protección de la dignidad y de la salud de la víctima, cualquier tratamiento que no atienda a este objetivo podría afectar, aún más, su salud y sus derechos fundamentales.⁸⁰

A nivel interno, el protocolo sobre violencia contra la mujer de las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva contiene el detalle de los procedimientos que el personal de salud debe observar frente a un caso de violación sexual. Por su parte, si bien la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en

⁷⁷ La sumatoria de los porcentajes indicados asciende a 100,1. La cifra alcanza el 100% cuando se contempla las centésimas, sin embargo, por motivos ilustrativos, se ha considerado pertinente solo colocar las décimas.

⁷⁸ Organización Panamericana de la Salud. “Violencia contra la Mujer. Un tema de salud prioritario”. Página 13. En: http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf.

⁷⁹ Organización Mundial de la Salud. Guías para el tratamiento médico-legal de víctimas de violencia sexual. Páginas 17 y 18.

⁸⁰ Ídem, página 17.

Género, no cuenta con un acápite específico sobre esta materia presenta, de manera general, los procedimientos para la atención de las lesiones físicas y mentales, las mismas que, en efecto, pueden ser consecuencia de una violación sexual⁸¹.

Así, los literales b) al f) del acápite 5) sobre conclusiones diagnósticas de la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género, establecen procedimientos vinculados a la atención de la violencia sexual, tales como exámenes de laboratorio, diagnóstico de embarazo, tratamiento para enfermedades de transmisión sexual, entre otros. En esa misma línea, las Guías Nacionales establecen la obligación del personal de salud de tomar muestras de la ropa de la persona, del vello pubiano, del contenido vaginal y cervical. Además, se prescriben exámenes de laboratorio como tipificación de la sangre, sífilis, hepatitis B, VIH y prueba de embarazo.

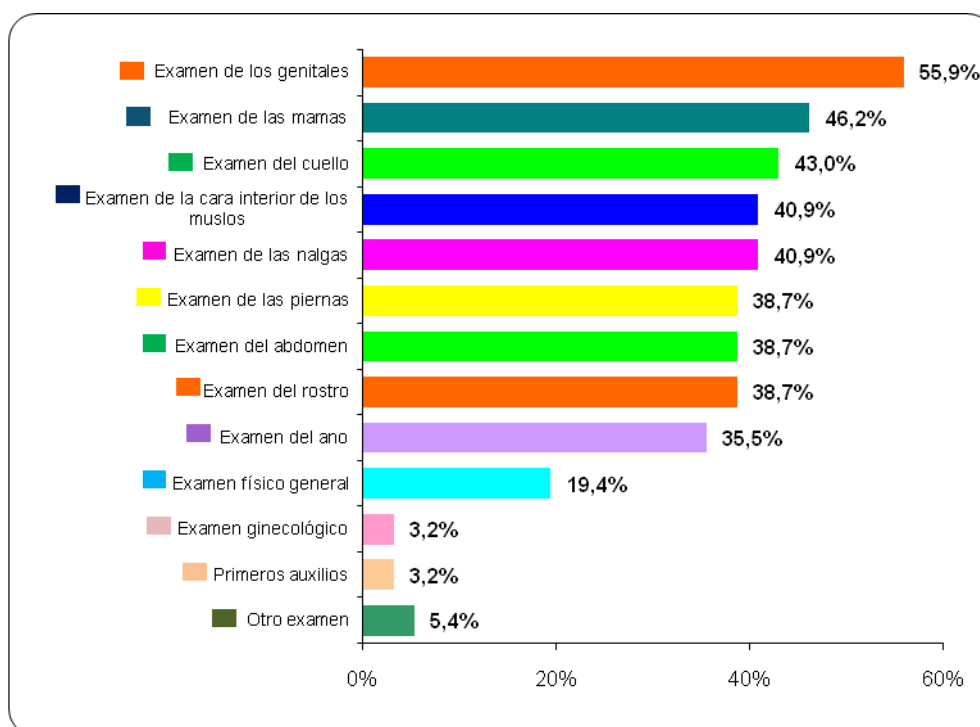
Sobre la atención a mujeres víctimas de violación sexual, la presente investigación recogió información referida a la realización de exámenes y pruebas, al suministro de medicamentos y la toma de muestras para el caso de la atención de mujeres víctimas de violación sexual en los servicios de planificación familiar, ginecología y obstetricia, y emergencia que fueron visitados.

a) Exámenes:

Con relación a los exámenes, se constató que para ningún tipo de examen el porcentaje de realización supera el 56%. Al respecto, se verificó que los exámenes que se realizan con mayor incidencia en los servicios de ginecología y obstetricia, planificación familiar y emergencia son los siguientes: examen de genitales, mamas, cuello, muslos, nalgas, piernas, abdomen, rostro y ano.

⁸¹ Lo mismo sucede con las Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil.

Gráfico N° 26
Realización de exámenes físicos a la mujer víctima de violación sexual
(Total: 93 entrevistados/as)

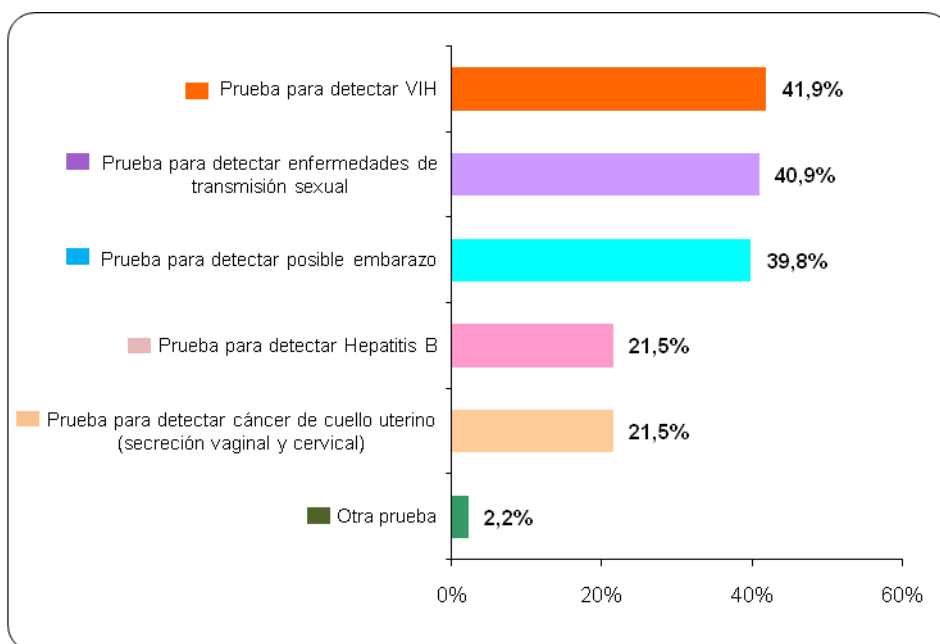


Fuente: Ficha C.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

b) Pruebas de laboratorio:

En cuanto a las pruebas de laboratorio, se advirtió que para ninguna de ellas, el porcentaje de realización supera el 42%. Específicamente, se constató que las tres pruebas diagnósticas que bordean el 40% de realización en los servicios de salud visitados son las referidas a la detección del VIH, enfermedades de transmisión sexual y embarazo, mientras que las pruebas para detectar Hepatitis B y cáncer de cuello uterino arrojan únicamente un 20% de realización.

Gráfico N° 27
Realización de pruebas diagnósticas a la mujer víctima de violación sexual
(Total: 93 entrevistados/as)



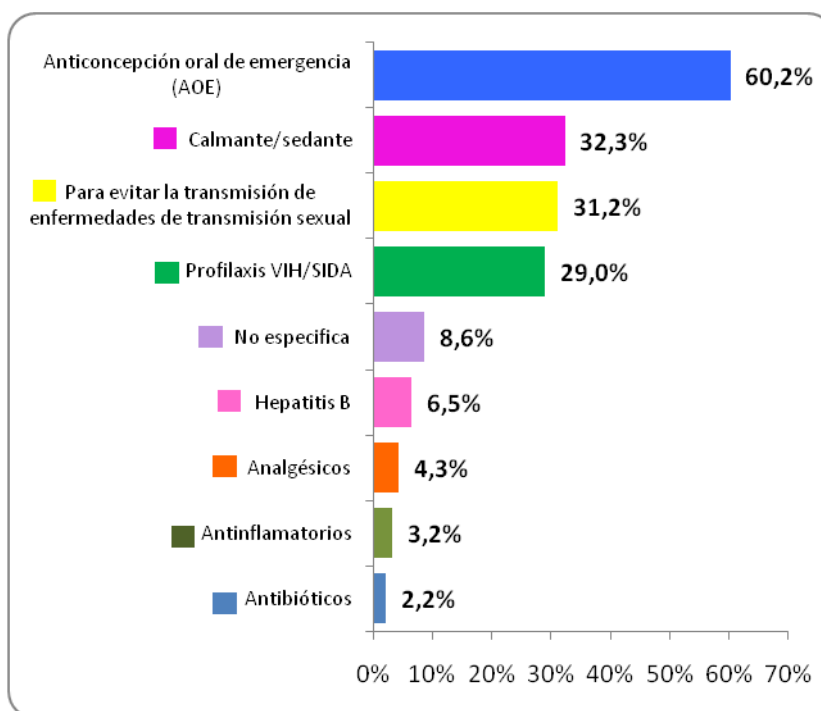
Fuente: Ficha C.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

c) Medicamentos:

Respecto de los medicamentos que se les prescribe a las mujeres víctimas de violación sexual, encontramos que el 60,2% de los/as entrevistados/as prescribe Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)⁸², el 32,3% suministra sedantes, el 31,2% prescribe medicamentos para evitar enfermedades de transmisión sexual, el 29,0% suministra medicamentos para evitar el VIH/SIDA, y el 6,5% prescribe medicamentos para prevenir el contagio de Hepatitis B.

⁸² Al respecto, resulta oportuno precisar que la presente supervisión se realizó con anterioridad a la sentencia del Tribunal Constitucional recaída en el Expediente N° 02005-2009-PA-TC, del 16 de octubre del 2009, en la cual dicho tribunal le ordenó al MINSA que se abstenga de desarrollar como política pública la distribución gratuita en el ámbito nacional de la denominada "Píldora del Día Siguiente".

Gráfico N° 28
Medicamentos para la mujer víctima de violación sexual
(Total: 93 entrevistados/as)

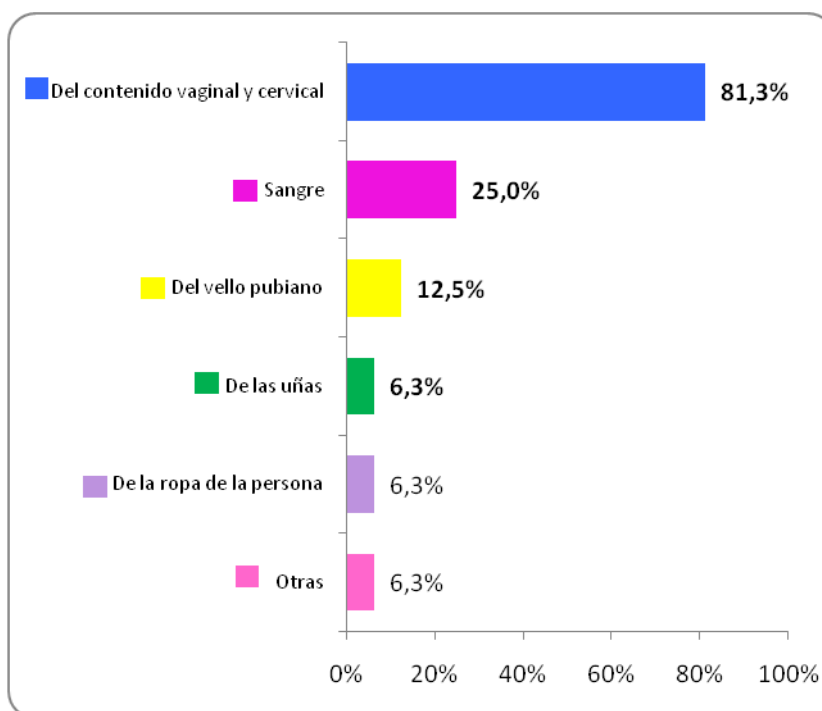


Fuente: Ficha C.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

d) Muestras:

Respecto de la toma de muestras, se constató que un amplio 81,3% de entrevistados/as señaló que, cuando atiende casos de violación sexual contra mujeres, toma muestras del contenido vaginal y cervical, tal como lo establecen las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva y la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género. Asimismo, se observó que las muestras de sangre, vello pubiano, uñas y de la ropa de la víctima se realizan con muy poca frecuencia, lo que constituye un incumplimiento de lo establecido en los protocolos antes mencionados, afecta la calidad de la atención a la víctima e incluso podría perjudicar la labor de obtención de pruebas para acreditar la responsabilidad del agresor en el marco de un proceso judicial.

Gráfico N° 29
Tipo de muestras en un caso de violación sexual
(Total: 32 entrevistados/as)



Fuente: Ficha C.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De los resultados antes expuestos, es posible advertir que se requiere fortalecer la implementación de los protocolos de atención que regulan la atención de las mujeres víctimas de violación sexual en los servicios de ginecología y obstetricia, planificación familiar y de emergencia que fueron visitados, a fin de garantizar la realización de exámenes, pruebas de laboratorio, prescripción de medicamentos y la toma de muestras en los casos de atención a mujeres víctimas de violación sexual.

La adecuada y oportuna realización de este tipo de pruebas contribuye a consolidar el rol de los establecimientos de salud en la atención de las mujeres víctimas de violencia, a preservar la salud de éstas y, de ser el caso, evitar la impunidad de los agresores. "(...) Si bien el Estado (...) está respondiendo a las exigencias de las víctimas de violencia de género, (...) lo está haciendo todavía de una manera lenta, no integral. Se necesita profundizar en este trabajo y hacer que cuando las mujeres acudan al sector salud no sea una oportunidad perdida sino, por el contrario, que el sector salud brinde a las mujeres el apoyo y los servicios necesarios para restablecer su salud física como mental".⁸³

3. Referencia a servicios complementarios

Algunos estudios han señalado que, como mínimo, los proveedores de salud deberán transmitir a las mujeres mensajes claves acerca de la inaceptabilidad de la violencia, suministrarles

⁸³ Marcela Huaita, "Atención de la violencia de género en establecimientos de salud del sector público", Consultoría realizada para la Defensoría del Pueblo, Noviembre del 2009, páginas 22 y 23.

servicios de salud adecuados y asegurar que las mujeres estén conscientes de que hay formas de apoyo disponibles, en caso que quieran adoptar otras medidas para su problema.⁸⁴

La denominada “ruta crítica” que inicia una mujer víctima de violencia corresponde a las decisiones y acciones emprendidas por ésta y las respuestas encontradas, tanto en su ámbito familiar y comunal, como institucional. En el ámbito institucional, los factores de respuesta están asociados al acceso, disponibilidad y calidad de los servicios, los cuales están determinados por factores estructurales y normativos, y por las representaciones sociales, actitudes y comportamientos de los prestatarios y prestatarias.⁸⁵ De este modo, las respuestas institucionales inadecuadas se convierten en obstáculos que detienen a las afectadas y las envuelven en trámites y procedimientos engorrosos.

Así, por ejemplo, la mala orientación que recibe la víctima, como una inapropiada referencia a otros servicios y/o instituciones responsables de la atención de las víctimas, se convierte en un factor que inhibe la actuación de ésta y obstaculiza la denuncia y posterior sanción de los hechos.⁸⁶ Sobre todo, porque las necesidades de las víctimas, por lo general, van más allá de lo que el sector de la salud puede proporcionar por sí solo. En consecuencia, es esencial que los proveedores de atención conozcan con anticipación qué otros servicios existen para ayudar a las víctimas de maltrato.⁸⁷

A este respecto, la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género, establece como una obligación del personal de salud “realizar coordinaciones previas con los servicios intra-institucionales y de otros sectores para establecer mecanismos de referencia y contra referencia”.⁸⁸ De igual modo, las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva establecen la obligación del personal de salud de brindar información sobre centros o instituciones de apoyo a la víctima, incluso menciona la comisaría y el médico legista, así como de la necesidad de evaluar si ésta requiere ser referida a otro servicio del establecimiento de salud (psicología, servicio social u otra especialidad médica).⁸⁹ Además, estas guías establecen específicamente, para el caso de que la víctima de violencia sea un niño/a o adolescente, que se debe contactar a la Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente (DEMUNA), a fin de garantizar la atención especializada que este tipo de casos requiere.

Resulta oportuno mencionar que esta derivación debe ser complementaria a la atención especializada que los servicios de ginecología y obstetricia, planificación familiar y emergencia deben prestar a la víctima, tal como lo establecen los protocolos aprobados. Sobre el tema de la referencia intrainstitucional de la víctima de violencia, el 63% de los/as entrevistados/as señala que deriva a la usuaria a otros servicios del establecimiento de salud.

⁸⁴ Watts Charlotte y Mayhew Susannah. Los servicios de salud reproductiva y la violencia contra la mujer. Formulación de una respuesta pragmática en el África subsahariana. Página 64. En: <http://www.gutmacher.org/pubs/journals/3006006S.pdf>.

⁸⁵ Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. La ruta crítica de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en América Latina. Estudio de casos en diez países, pp. 89-96. Citado en: Defensoría del Pueblo, Informe de Adjuntía N° 001-2010-DP/ADM, Derecho a una maternidad segura: Informe de Seguimiento, página 51.

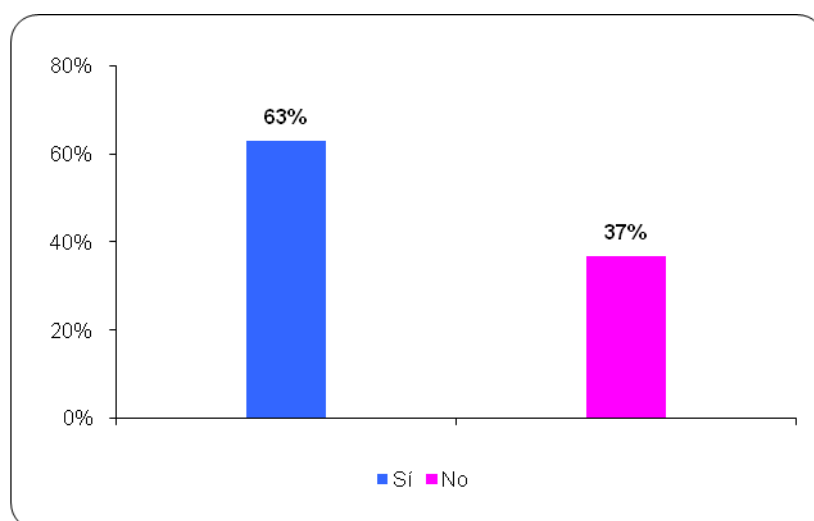
⁸⁶ Ídem, página 52. Este estudio concluyó que los contactos iniciados por las mujeres afectadas en las instituciones estatales casi nunca se convierten en un apoyo o en una derivación adecuada hacia otros servicios por parte del prestatario o prestataria. En la actualidad no existen actualmente mecanismos para realizar un seguimiento intersectorial de las mujeres afectadas que llegan a una institución buscando apoyo. Tampoco existe, en la mayoría de los países estudiados, coordinación entre los diversos sectores que brindan o deberían brindar servicios de prevención y atención a las mujeres maltratadas.

⁸⁷ Organización Panamericana de la Salud. La Violencia contra las mujeres: Responde el sector de la salud. p. 82. Citado en Defensoría del Pueblo. Informe de Adjuntía N° 001-2010-DP/ADM. Derecho a una maternidad segura: Informe de Seguimiento, página 52.

⁸⁸ Resolución Ministerial N° 141-2007/MINSA/DGPS, Guía Técnica de Atención de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género. Numeral 7.2.2, Literal h).

⁸⁹ Estos detalles de la atención, se encuentran en la página 17 del protocolo sobre violencia contra la mujer de las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

Gráfico N° 30
Referencia a otro servicio del establecimiento de salud
(Total: 81 entrevistados/as)



Fuente: Ficha B.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

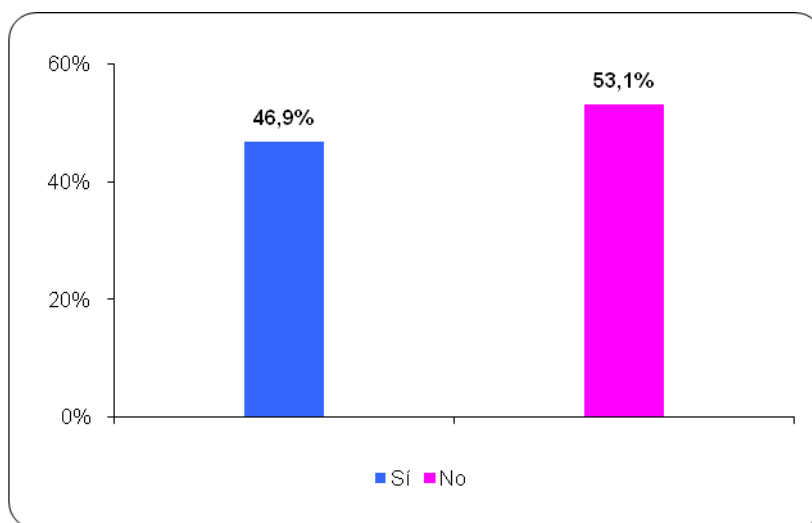
Específicamente, se detectó que el 5,4% del universo general de entrevistados/as refería a la víctima de violencia al servicio de psicología, lo que facilitaría la adecuada atención de los casos de violencia psicológica que reciben los servicios de ginecología y obstetricia, y de planificación familiar. Al respecto, cabe señalar que no se encontró ningún caso de profesional del servicio de emergencia que señalara que refería a la víctima al servicio de psicología para la evaluación de su salud mental.

De otra parte en lo referente a la derivación de la víctima de violencia a instituciones especializadas en la materia, se identificó que el 46,9% de los/as entrevistados/as refiere a la víctima a una institución especializada en la atención a mujeres víctimas de violencia. Sobre el particular, las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva reconocen la obligación del personal de salud de realizar consejería, orientar a las víctimas de violencia mediante el diálogo con ésta, así como proporcionarle información sobre centros o instituciones de apoyo y alentarla a regresar al servicio.⁹⁰ Además, deben brindar alternativas y un plan de emergencia para la víctima y sus hijos, preguntar lo que ella quiere hacer; así como proporcionar información sobre los centros e instituciones de apoyo a las víctimas de violencia.⁹¹

⁹⁰ Ministerio de Salud. *Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. Op.cit. pp. 16 y 17 del Módulo I.

⁹¹ Ídem, página 14 del Módulo I.

Gráfico N° 31
Referencia a una institución especializada en la atención de casos de violencia contra la mujer
(Total: 81 entrevistados/as)



Fuente: Ficha B.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Con relación a la relevancia de que la referencia de la víctima se realice de manera adecuada y oportuna, la OPS ha mencionado que es necesario sensibilizar a los dispensadores de servicios de salud reproductiva e impartirles formación para que aprendan a reconocer la violencia y responder a ella. Añade además que, en lugares con escasos recursos y donde no es posible la derivación de casos, el personal sanitario debería, como mínimo, ser consciente del problema y ofrecer información sobre las opciones legales y de asesoramiento existentes, así como mensajes de apoyo que destaquen que la violencia es algo negativo y que se trata de un problema extendido.⁹²

La solución a la violencia contra las mujeres no es directa ni exclusivamente médica. La cantidad y variedad de desafíos que afrontan las mujeres y sus hijos, tornan imperativo que los proveedores de salud puedan basarse en políticas eficaces, guías de capacitación, protocolos y procedimientos de atención, sistemas eficientes de registro y de referencia.⁹³

⁹² Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Recomendación N° 10. En: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter6/es/print.html.

⁹³ Organización Panamericana de la Salud, La violencia contra las mujeres: responde el sector salud, páginas 22 y 23.

CAPITULO IV CONCLUSIONES

Percepciones del personal de salud con relación a la atención de la violencia contra la mujer en los servicios de salud del MINSA

1. El 52,7% de entrevistados/as señaló que la atención de las mujeres víctimas de violencia debe ser un tema prioritario para el sector salud. En la misma línea, el 69,9% reconoce que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública. No obstante, sólo el 14% considera que a este sector, del cual forma parte el MINSA, le corresponde ejercer la rectoría en esta materia y por tanto, liderar la política nacional.
2. El 62,4% de los/as entrevistados/as reconoció que las mujeres son uno de los grupos poblacionales más afectados por la violencia dentro y fuera del ámbito familiar. No obstante, el 34,4% manifestó que, en su opinión, esta práctica afecta a todos los grupos poblacionales por igual. Al respecto, cabe precisar que existen grupos poblacionales, entre los que se encuentran las mujeres adultas, que enfrentan una situación de mayor vulnerabilidad frente a la violencia. Por ello, con el objeto de garantizar la oportuna identificación y tratamiento de las mujeres víctimas de la violencia, es importante que el personal de salud conozca que las mujeres se encuentran en una situación de mayor riesgo y merecen especial protección frente a la violencia.
3. Un reducido grupo de proveedores de salud considera que la violencia contra la mujer es un asunto que debe solucionarse entre la víctima y el agresor (5,4%), otro entrevistado manifestó que la violencia se presenta porque la mujer provoca la agresión (1,1%), mientras que algunos/as mencionan que este tipo de hechos sólo se presenta entre personas con escasa educación e insuficientes recursos económicos (4,3%). Si bien el número de proveedores de salud que hacen referencia a estas erradas percepciones sobre la violencia contra la mujer es mínimo con relación al universo general de entrevistados/as (93), pueden significar un obstáculo para el acceso de la víctima a los servicios de salud. Por ello, es necesario erradicar estas percepciones y continuar promoviendo el proceso de revisión de actitudes y percepciones de los profesionales de la salud, a fin de garantizar una atención de la más alta calidad para las mujeres víctimas de violencia.

Aspectos generales de la atención de las mujeres víctimas de violencia

a. Registro de la atención

4. Sólo el 22,6% de entrevistados/as mencionó que el servicio a su cargo cuenta con un registro especial para los casos de violencia contra la mujer. No obstante, nueve entrevistados/as refirieron que- si bien no contaban con un registro especial- empleaban como instrumento de registro de información, la ficha de tamizaje de la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia basada en Género, mientras que otro grupo de entrevistados/as señaló que consigna algunos de los detalles más importantes de la atención en la historia clínica de la usuaria. En ese sentido, aún es necesario impulsar, como un procedimiento de rutina, el registro de los principales aspectos de la atención a la mujer víctima de violencia. En particular, se debe promover el uso de la ficha de tamizaje con el objeto de garantizar la calidad de la información registrada.

5. Con relación a la información disponible en los establecimientos de salud que cuentan con registros especiales para los casos de violencia, el 66,7% de los/as entrevistados/as mencionó que dicho registro contiene información sobre el tipo de violencia, el 71,4% manifestó que cuenta con datos sobre el sexo de la víctima, el 76,2 % señaló que tiene información sobre la edad de la víctima y el 61,9% refirió que consigna el tipo de relación entre el agresor y la víctima. Así, en la mayoría de los casos, disponen de los datos mínimos (tipo de violencia, sexo y edad de la víctima, relación con el agresor) que, según la Organización Panamericana de la Salud, facilitan el diseño e implementación de las estrategias adecuadas para atender y erradicar la violencia contra la mujer.
6. La disponibilidad de información, proveniente de diversos sectores de la administración estatal con competencias para atender estos casos, resulta trascendental para el adecuado diseño e implementación de las políticas públicas sobre violencia contra la mujer. En esa misma línea, es igualmente relevante adoptar medidas para garantizar el trabajo coordinado de estas instituciones, a fin de proveer la atención multidisciplinaria e intersectorial que requieren los casos de violencia contra la mujer. Según la supervisión efectuada, el 61.9% del personal de salud entrevistado señaló que el registro a su cargo se encuentra interconectado con otros sistemas de información. En particular, con los desarrollados por otros servicios del establecimiento de salud y/o con las Direcciones Regionales de Salud.

b. Ambiente para la atención

7. El 15,1% del personal de salud entrevistado opinó que el servicio a su cargo cuenta con un ambiente especial para atender a las víctimas de violencia. De este universo, el 78,6% señaló que dicho ambiente garantiza privacidad visual y auditiva. De tal manera que, aún es necesario que se adopten medidas para garantizar que los establecimientos de salud, cualquiera sea su categoría, cuenten con un ambiente adecuado para la atención de las víctimas de violencia. Dicho ambiente podría ser un ambiente específicamente destinado para estos fines o un ambiente general que debe ser acondicionado para garantizar la privacidad de la víctima.

c. Capacitación del personal de salud

8. El 45,2% del personal entrevistado recibió capacitación sobre atención a mujeres víctimas de violencia. Ahora bien, si analizamos el nivel de capacitación del personal de salud según el tipo de establecimiento, encontramos que los centros de salud y los Institutos Especializados presentan el mayor índice de personal capacitado en esta materia. Por tanto, es necesario incrementar en los servicios de ginecología y obstetricia, planificación familiar y de emergencia el número de personal de salud capacitado en esta materia. De manera especial, en los hospitales visitados.
9. Respecto del nivel de capacitación del personal de salud y su relación con la atención de las víctimas de violencia en los servicios de salud, se detectó que del universo de profesionales que atiende violencia (87,1%), el 41,9% se encuentra capacitado para brindar este tipo de atención. Es decir, existe un 45,2% del personal de salud que atiende a víctimas de violencia y no cuenta con las competencias técnicas suficientes para realizarlo, lo que dificulta la prestación de un servicio de la más alta calidad. Además, del 12,9% de personal que no atiende casos de violencia contra la mujer en su servicio, el 9,7% no se encuentra capacitado, por lo que es posible afirmar que un factor

que incide en la mayor disposición del personal de salud para atender casos de violencia en los servicios de salud es su nivel de capacitación.

Identificación, atención y referencia de los casos de violencia contra la mujer en los servicios de salud

a. Identificación

10. La indagación que realiza el personal de salud respecto de la salud física, mental; así como del entorno familiar, sentimental y laboral de la usuaria es una práctica esencial para identificar los casos de violencia contra la mujer. De acuerdo con la supervisión realizada, las preguntas sobre aspectos generales de la atención (situación de la salud física, motivo de la consulta, presencia de enfermedades pre existentes) registran mayores índices de realización que las preguntas específicamente destinadas a detectar si la usuaria es víctima de alguna forma de violencia. Así, las preguntas sobre si la usuaria ha sido víctima de golpes o sobre el estado de su salud mental representan el 34,4%, con relación al estado de sus relaciones familiares un 32,3%, si ha sido víctima de insultos o humillaciones 29%, sobre el estado de sus relaciones sentimentales 26,9%, si ha sufrido amenazas 24,7% y si ha realizado denuncias previas por violencia 21,5%.
11. Existe cierta tendencia del personal de salud entrevistado a priorizar la identificación de los casos de violencia física frente a los casos de violencia psicológica, aun cuando en la mayoría de los casos, los actos de violencia física son antecedidos y/o acompañados de hechos de violencia psicológica.
12. La presencia de un familiar o de la pareja de la víctima de violencia puede influir en el proceso de identificación y atención del caso. De acuerdo con la presente supervisión, la mayoría del personal de salud entrevistado permite el ingreso del acompañante a la consulta. En ese caso, los/as proveedores de salud deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar la privacidad de la consulta, así como para propiciar un ambiente en el que la víctima se sienta segura de relatar los hechos de violencia. Cabe precisar que, aunque no sucede en la mayoría de los casos, constituye una buena práctica de algunos entrevistados/as solicitar el consentimiento de la usuaria para permitir el ingreso del acompañante a la consulta.

b. Atención

13. Si bien el 87,1% (81) de entrevistados/as señala que atiende casos de violencia contra la mujer en el servicio a su cargo, solo el 72,8% (59) de los entrevistados manifiesta que brindan atención a la salud física y/o psicológica de la víctima. El resto de entrevistados/as realiza únicamente labores de consejería, orientación y derivación de la víctima a otros servicios.
14. Del grupo de profesionales de la salud que señalaron que atienden la salud física y/o mental de la víctima de violencia (59), ha sido posible identificar que el 45,8% atiende la salud física y mental de la víctima, el 42,4% atiende únicamente la salud física de la víctima y el 11,9% atiende la salud mental de las mujeres víctimas de violencia. En ese sentido, es necesario que el personal de salud del MINSA adopte las medidas necesarias para garantizar que la detección y atención de la violencia física y psicológica se incorpore como un procedimiento de rutina en los establecimientos de salud.

- **Atención de mujeres víctimas de violación sexual**

15. Respecto de la realización de exámenes físicos a las mujeres víctimas de violación sexual, se constató que para ningún tipo de examen el porcentaje de realización supera el 56%. Al respecto, se verificó que los exámenes que se realizan con mayor incidencia son los siguientes: examen de genitales (55,9%), mamas (46,2%), cuello (43%), muslos (40,9%), nalgas (40,9%), piernas (38,7%), abdomen (38,7%), rostro (38,7%) y ano (38,7%). No obstante, debido a los bajos porcentajes registrados, es necesario que el MINSA adopte las medidas para elevar los niveles de realización de estas pruebas en el marco de la atención a las mujeres víctimas de violación sexual. En particular, en los servicios de ginecología y obstetricia, y planificación familiar, que atienden principalmente la demanda de salud de las mujeres.
16. En cuanto a las pruebas de laboratorio, se advirtió que para ninguna de las pruebas, el porcentaje de realización supera el 42%. Específicamente, se constató que las tres pruebas diagnósticas que bordean el 40% son las referidas a la detección del VIH, enfermedades de transmisión sexual y embarazo, mientras que las pruebas para detectar Hepatitis B y cáncer de cuello uterino registran aproximadamente un 20% de realización. Como se aprecia, los porcentajes de realización de estas pruebas son insuficientes, por lo que es necesario elevar su porcentaje de realización, siempre que la usuaria otorgue su consentimiento para ello.
17. Respecto de los medicamentos que se les suministra a las mujeres víctimas de violación sexual, encontramos que el 60,2% de los/as entrevistados/as prescribe Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), el 32,3% suministra sedantes, otro 31,2% prescribe medicamentos para evitar enfermedades de transmisión sexual, 29,0%, medicamentos para evitar el VIH/SIDA y 6,5%, para evitar el contagio de Hepatitis B. Tomando en cuenta que la recomendación de estos medicamentos es, según los protocolos de atención, un procedimiento que debe realizarse en todos los casos de atención a víctimas de violación sexual, se debe asegurar la disponibilidad y prescripción de estos medicamentos en los servicios de salud visitados, a fin de evitar una mayor afectación de la salud física y mental de la víctima.
18. Con relación a la toma de muestras, se constató que un amplio 81,3% de entrevistados/as señaló que, en el marco de la atención a una mujer víctima de violación sexual, realiza muestras del contenido vaginal y cervical. Asimismo, se observó que las muestras de sangre (25%), vello pubiano (12,5%), uñas (6,3%) y de la ropa de la víctima (6,3%) se realizan con poca frecuencia, lo que podría afectar el derecho a la salud de las usuarias e incluso podría perjudicar la labor de obtención de pruebas para acreditar la responsabilidad del agresor en el marco de un proceso judicial.

c. Referencia

19. Con relación al sistema de referencia dentro y fuera de los establecimientos de salud, se constató que el 63% de los/as entrevistados/as señala que, como parte de la atención que brinda a la víctima de violencia, usualmente refiere a la usuaria a otro servicio del establecimiento de salud. Específicamente, se identificó que el 5,4% de entrevistados/as refiere a la mujer víctima de violencia al servicio de salud mental, lo que favorece el tratamiento del impacto de la violencia psicológica en la víctima. De otra parte, las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva establecen la obligación del personal de salud de brindar información sobre centros o instituciones de

apoyo a la víctima. Al respecto, se detectó que el 46,9% de los/as entrevistados/as refiere a la usuaria una institución especializada en la atención a víctimas de violencia. Como se aprecia, aún es necesario fortalecer los procesos de derivación de la mujer víctima de violencia dentro y fuera de los establecimientos de salud, a fin de asegurarle una atención multidisciplinaria e intersectorial.

CAPITULO V RECOMENDACIONES

Recomendar al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social: que, en su calidad de ente rector en materia de prevención, atención y erradicación de la violencia hacia la mujer, garantice la respuesta multidisciplinaria e intersectorial que requiere esta problemática. En particular, mediante la fiscalización del cumplimiento del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015 en lo referido a la atención de la salud de las víctimas de violencia.

Recomendar al Ministerio de Salud:

1. Promover una mayor coordinación entre las Estrategias Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental y de Prevención y Control de la ITS y del VIH/SIDA, a fin de garantizar el derecho a la salud física y mental de las mujeres víctimas de violencia.
2. Aprobar el proyecto de Plan Estratégico Sectorial para la atención de la violencia contra la mujer, que permita planificar y evaluar las acciones del MINSA en esta materia y enmarcarlas en el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015.

Recomendar a los Gobiernos Regionales de Lima y Callao incluir en su programación presupuestal anual los recursos requeridos con vistas a asegurar el cumplimiento de las funciones asumidas en salud, en particular las referidas a la atención de las mujeres víctimas de violencia.

Recomendar a los establecimientos de salud para que, en coordinación con el Ministerio de Salud y las Direcciones de Salud de Lima y Callao, cumplan con:

1. Realizar, como un procedimiento de rutina, la identificación y atención de las víctimas de violencia física y/o psicológica en los servicios de ginecología y obstetricia, emergencia y planificación familiar de los establecimientos de salud.
2. Realizar talleres de capacitación sobre atención a mujeres víctimas de violencia, según lo establecido en los protocolos del MINSA que regulan la materia. En ese sentido, se sugiere que los talleres incluyan un módulo destinado a promover la revisión de actitudes y percepciones del personal de salud con relación a la violencia contra la mujer.
3. Asegurar el registro de los principales aspectos de la atención a las mujeres víctimas de violencia en los servicios de salud, de conformidad con los estándares aprobados por la Organización Panamericana de la Salud. Para ello, se deberá promover el uso de la ficha de tamizaje de la Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género.
4. Asegurar el presupuesto para garantizar la disponibilidad de equipos y medicamentos aprobados en los protocolos de atención del MINSA para el tratamiento de la salud física y mental de las mujeres víctimas de violencia.
5. Garantizar la disponibilidad de un ambiente que garantice privacidad auditiva y visual para la atención de las mujeres víctimas de violencia en los establecimientos de salud.

6. Asegurar que el personal de salud realice, como un procedimiento de rutina, las indagaciones específicas para detectar a las mujeres víctimas de violencia psicológica, tal como lo establecen los protocolos de atención aprobados por el MINSA.
7. Asegurar el cumplimiento de los protocolos que regulan la atención de las mujeres víctimas de violación sexual en los servicios de salud. En ese sentido, se deberá, entre otros aspectos:
 - Promover la realización de las pruebas de laboratorio, los exámenes físicos y la toma de muestras necesarias, según lo establecido en los protocolos de atención.
 - Promover el suministro de medicamentos a la víctima para preservar su salud física y mental, de acuerdo a los protocolos de atención aprobados por el MINSA.
8. Promover la oportuna referencia de la víctima de violencia a otros servicios del establecimiento de salud -en particular, al servicio de salud mental- y a instituciones especializadas en la atención de mujeres víctimas de violencia, a fin de asegurar una atención especializada y multidisciplinaria.

Exhortar a las Universidades con especialidad en salud a promover en sus programas de formación y capacitación los aspectos vinculados con la atención de la salud física y mental de las mujeres víctimas de violencia.

Exhortar al Colegio Médico y de Obstetras del Perú a promover entre sus afiliados/as la incorporación de los enfoques de derechos humanos y género en la atención de las víctimas de violencia.

ANEXO I

Nombre del protocolo y Resolución Ministerial que lo aprueba	Fecha de aprobación	Objetivos Generales	Objetivos Específicos
<p>“Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Maltrato Infantil”, aprobadas mediante Resolución Ministerial</p> <p>Nº 455-2001/SA/BM.</p>	<p>27 de julio del 2001</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer los criterios técnicos y normativos para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención y atención integral con el abordaje de violencia familiar y maltrato infantil. • Facilitar la capacitación, supervisión y evaluación del personal de salud en el abordaje de la violencia familiar y maltrato infantil. • Definir las responsabilidades de los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud en el abordaje de la violencia familiar y el maltrato infantil. 	<p>No se precisan.</p>
<p>“Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”.</p> <p>(Modulo I: Atención Integral de la Salud reproductiva: Protocolo sobre violencia contra la mujer), aprobadas mediante Resolución Ministerial</p> <p>Nº 668-2004/MINSA.</p>	<p>21 de junio del 2004</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la capacidad resolutive de los servicios de salud de la mujer y contribuir a reducir la mortalidad materna y perinatal. • Mantener el nivel de competencia técnica del personal de salud. • Brindar al personal 	<p>No se precisan.</p>

		de salud orientaciones para realizar el manejo de las atenciones en base a información científica basada en evidencias u tecnología actualizada para resolver problemas en la atención de la salud sexual y reproductiva.	
<p>“Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud”, aprobada mediante Resolución Ministerial 638-2006-MINSA.</p>	14 de julio del 2006	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer criterios y procedimientos que permitan diseñar, implementar y evaluar políticas, planes, programas, proyectos y presupuestos que incorporen de manera efectiva y eficaz los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, en la organización y gestión del sector salud y en todas las acciones de las Unidades Orgánicas, Órganos Desconcentrados, Organismos Públicos Descentralizados, Direcciones Regionales de Salud, Direcciones de Salud, y los miembros del sistema coordinado y descentralizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el resguardo, protección y respeto a los Derechos Humanos, Equidad de Género, y la Interculturalidad en salud en los espacios de concertación y decisión con la población organizada a fin de fortalecer su capacidad participativa y de vigilancia. • Disponer elementos básicos en la organización de los servicios y en la cultura institucional interna con los cuales se respeten, protejan y no se violen los Derechos Humanos, se promueva y garantice la Equidad de Género mediante el diálogo intercultural entre las y los proveedores de servicios de salud y con las y los usuarios.

		de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer los criterios para el desarrollo de competencias y habilidades de las y los proveedores de salud para la incorporación de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, proponiendo a las instituciones formadoras de recursos humanos que proveen de personal al sistema de salud, los criterios y procedimientos básicos. • Establecer que la organización, análisis y uso de la información en salud se base en indicadores que permitan la toma de decisiones equitativas.
<p>“Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 141-007/MINSA.</p>	13 de febrero del 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer los procedimientos básicos para la atención integral de la persona en materia de Violencia Basada en Género en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar los marcos conceptuales para el desarrollo de las acciones de atención integral de la persona afectada por la Violencia Basada en Género. • Plantear un conjunto de procedimientos para la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud física y mental de las personas usuarias de los establecimientos de salud del MINSA

			<p>afectadas por la Violencia Basada en Género.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer capacidades en el personal de salud en los diferentes niveles de atención en el abordaje integral de la Violencia Basada en Género.
<p>“Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA.</p>	<p>17 de marzo del 2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el detalle del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la atención integral de la salud materna neonatal así como fortalecer la gestión de los servicios de salud, facilitando la implementación de las acciones de atención integral de salud de los niños y niñas menores de cinco años, de los adolescentes y de la mujer gestante, durante el embarazo, parto y puerperio. 	<p>No se precisan.</p>