

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

Escuela de Posgrado



Análisis de los factores que inciden en la efectiva aplicación de un instrumento de detección de violencia en el centro de salud Ciudad y Campo en distrito del Rímac en el año 2019.

Tesis para obtener el grado académico de Magistra en Gerencia Social con mención en Gerencia de la Participación Comunitaria que presenta:

Marjorie Jazmin Velarde Pareja

Asesor:

Maria *Amelia Fort Carrillo*

Lima, 2022

Dedicatoria

A mamá por el amor inmensurable, la libertad y la paciencia. Por motivarme a transformar los espacios y trabajar por mi país.

A las niñas y mujeres que a diario llegan a mí, por la confianza y permitirme acompañarlas en busca de una vida libre de violencia.



Agradecimientos

A mis docentes apasionados y llenos de conocimiento, por el tiempo, paciencia y enseñanzas. A usted querida Amelia, nuestras conversaciones, consejos y abrazos sinceros.

A los miembros del Centro de salud Ciudad y Campo por la apertura y enseñanza.

A las usuarias del servicio de salud, por el abrazo, la confianza y enseñanzas.



RESUMEN

La violencia familiar y contra la mujer en su condición de tal representa uno de los principales problemas de salud pública que aqueja al país; pérdidas humanas, de impacto transversal en el desarrollo sociopolítico y económico del país son alarmantes.

Son muchos los intentos que se vienen generando desde el Estado para frenar este flagelo, campañas, proyectos, aplicación de políticas, entre otros y ciertamente la respuesta a permitido visibilizar el problema, pero no logra darle solución. Se ha implementado desde el Estado una propuesta de trabajo articulado que fortalezca las iniciativas en materia de detección, promoción y atención de las mujeres víctimas. Es aquí donde identificamos al MINSA, quien en su rol de prestador del servicio de salud tiene mediante sus centros de salud primarios la misión de atender y facilitar las condiciones para el aseguramiento y cobertura de los pacientes ante los signos y síntomas que presenten, en relación a la violencia las estrategias implementadas siguen siendo inefectivas para el logro del objetivo propuesto.

La presente investigación tiene como objetivo abordar la problemática alrededor de la aplicación de la ficha de detección de violencia a la mujer en el centro de salud Ciudad y Campo en el Rímac. Para ello se realizó una investigación de carácter exploratorio (estudio de caso) teniendo como público objetivo los operadores de salud del centro de salud Ciudad y Campo y una población muestral de usuarias del servicio de salud. Se crearon preguntas semi estructuradas a modo de cuestionario, buscando conocer las variables decisiones políticas limitantes, efectividad del instrumento y capacidades técnico emocionales de los operadores de salud.

Se planteó de forma inicial que la aplicación de la ficha era inefectiva y esta se corroboró con el análisis de los resultados; los hallazgos nos indican que las decisiones políticas resultan limitantes para la aplicación del instrumento, así como para la lucha constante contra la violencia. Bajo esa línea se confirma que el sistema de atención basado en resultados no es acorde al tipo de problemática que se aborda en los centros de salud.

La gestión administrativa tampoco corresponde a los requerimientos siendo caracterizada por la falta de motivación, ausencia de cogestión y trabajo en red. En relación a los conocimientos que deben poseer los operadores de salud estos

muestran limitado alcance y bajo desarrollo de competencias blandas que requiere el perfil de quien aplica el instrumento.

En relación al público usuario se aprecia conocimiento sobre la violencia, pero normalización y estructuras socioculturales de opresión femenina. Podemos concluir en que la ficha de detección de violencia no es efectiva para la detección oportuna de casos y esto se deriva de la intención política, gestión administrativa y de personal y desarrollo de competencias blandas del personal profesional.

En este sentido se proponen recomendaciones vinculadas a la mejora de la gestión política y de personal, así como la identificación de las características propias del público beneficiario con el fin aplicar estrategias alineadas a lo que realmente se necesita. En relación a los operadores es importante potenciar la capacitación y la evaluación basada en competencias, así como el abordaje y preparación psico emocional que le provea de herramientas personales para una efectiva gestión.

Palabras claves

- Aplicación
- Instrumento
- Violencia

ABSTRACT

Family violence and violence against women as such represents one of the main public health problems that afflicts the country; Human losses, with a transversal impact on the sociopolitical and economic development of the country, are alarming.

There are many attempts that have been generated from the State to stop this scourge, campaigns, projects, application of policies, among others and certainly the answer has allowed the problem to be made visible, but it does not manage to solve it. An articulated work proposal has been implemented from the State to strengthen initiatives in the area of detection, promotion and care of women victims. It is here where we identify MINSA, who in its role as health service provider has the mission through its primary health centers to attend and facilitate the conditions for the insurance and coverage of patients in the face of the signs and symptoms that they present, in relation to violence, the strategies implemented continue to be ineffective in achieving the proposed objective.

The present research aims to address the problems surrounding the application of the violence detection sheet to women in the Ciudad y Campo health center in Rímac. For this, an exploratory research (case study) was carried out with the target audience of the health operators of the Ciudad y Campo health center and a sample population of health service users. Semi-structured questions were created as a questionnaire, seeking to know the variables limiting political decisions, effectiveness of the instrument and technical emotional capacities of the health operators.

It was initially stated that the application of the form was ineffective and this was corroborated with the analysis of the results; The findings indicate that political decisions are limiting for the application of the instrument, as well as for the constant fight against violence. Under this line, it is confirmed that the results-based care system is not in accordance with the type of problem that is addressed in health centers.

Administrative management does not correspond to the requirements either, being characterized by lack of motivation, lack of co-management and networking. In relation to the knowledge that health operators must possess, these show limited scope and low development of soft skills required by the profile of whoever applies the instrument.

In relation to the user public, knowledge about violence is appreciated, but normalization and sociocultural structures of female oppression. We can conclude that the violence detection sheet is not effective for the timely detection of cases and this is derived from the political intention, administrative and personnel management and development of soft skills of professional staff.

In this sense, recommendations related to the improvement of political and personnel management are proposed, as well as the identification of the characteristics of the beneficiary public in order to apply strategies aligned to what is really needed. In relation to operators, it is important to promote training and assessment based on competencies, as well as the psycho-emotional approach and preparation that provides them with personal tools for effective management.



ÍNDICE

CAPÍTULO I	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Objetivos de la investigación	7
1.3 Justificación de la investigación	7
CAPÍTULO II	10
MARCO CONCEPTUAL	10
2.1 DESCRIPCIÓN CONTEXTUAL	10
2.2 MARCO NORMATIVO	11
2.2.1 Marco Normativo Internacional	11
A) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer – CEDAW (1979)	11
B) Conferencia Belém do Pará (1995)	12
C) Objetivos de desarrollo sostenible (2015)	12
2.2.2 Marco Normativo Nacional	13
2.3 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	18
2.4 MARCO TEÓRICO	20
2.4.1 Violencia contra la mujer	20
2.4.2 Género:	23
2.4.3 Modelo de Atención Primario en Salud	25
2.4.4 Modelo de Atención de Salud Basado en Familia y Comunidad	26
2.4.5 Modelo de competencias	27
2.4.6 Gerencia social	30
CAPÍTULO III	35
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	35
CAPÍTULO IV	39
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	39
Hallazgo 1: La aplicación del instrumento no logra detectar de forma temprana y oportuna los casos de violencia	39

Hallazgo 2: La aplicación de la ficha de tamizaje no se da según protocolo y guía de atención.....	41
Hallazgo 3: Las decisiones políticas limitan la efectividad de la aplicación de la ficha de tamizaje y cumplimiento de los protocolos de la Guía	44
Hallazgo 4: Se evidencia baja intención del Estado en la lucha contra la violencia pues muestra intermitencia en las acciones orientadas a la atención de la violencia	45
Hallazgo 5: La gestión de personas y servicios en los centros de atención primario no se ajustan a las necesidades del público usuario.....	48
Hallazgo 6: Los operadores de salud cuentan con limitaciones técnicas y personales para la detección de la violencia	52
Hallazgo 7: Los operadores de salud revelan una inadecuada concepción del significado de la violencia	53
Hallazgo 8: Los operadores muestran desconocimiento del marco legal de atención frente a casos de violencia, así como del impacto de la violencia como problema de salud pública	55
Hallazgo 9: La percepción de las usuarias del servicio de salud es parcialmente negativa en relación a la intervención en casos de violencia.	58

Hallazgo 10: Las usuarias del servicio tienen conocimientos básicos sobre el concepto de violencia, pero muestran indiferencia ante los signos de alerta

CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	77



INTRODUCCIÓN

La violencia, se consigna en el Perú como un problema social y de salud pública con impacto transversal en los diferentes frentes de desarrollo del país y su población. El impacto que la violencia deja en las personas convierte lo antes era un problema aislado en uno de interés nacional. El Estado desde sus diferentes representantes vienen diseñando estrategias y políticas que permitan una lucha frontal contra la violencia hacia la mujer y el entorno familiar. Siendo en este espacio en el que más se ejecutan acciones violentas de grado de grado urgente, las mismas que atentan no sólo contra el bienestar emocional, psicológico y físico, sino también contra la vida.

Las estadísticas nos muestran que a mayor visibilización del problema es más factible lograr denuncias, cumplimiento de normas y claro esta una óptima calidad de vida libre de violencia. Para ello son muchos los escenarios donde se puede accionar, pero entre los grandes errores que se tienen al momento de diseñar estas acciones, son el pobre conocimiento de la realidad de las mujeres, sus espacios de desarrollo y sus verdades.

El enfoque preventivo permite establecer estrategias que limiten el daño y también promuevan la promoción y prevención, para ello el Estado entabló desde 2011 una serie de acciones, donde sus principales ministerios tales como Educación, Salud, Inclusión e Interior empezaban a tomar un papel activo y vigilante. Esto mediante el acercamiento de las entidades estatales al público objetivo. Es aquí donde el sector salud propone una ficha de detección que permita a los operadores de salud alertar a las posibles víctimas y las instituciones de la red de lucha contra la violencia de casos que requieren atención inmediata. Para esto se aprecia que la población guarda diferencias y desconfianza con las principales instituciones públicas de corte local. Como lo es los centros de salud primarios donde se deberían de dar los espacios para el alcance a estas mujeres.

El presente estudio está orientado al análisis de los factores que inciden en que la herramienta propuesta por el MINSA logre efectividad, así mismo nos presenta una mirada sincera de la realidad de los centros de salud primarios y de las mujeres usuarias de sus servicios, conociendo también el contexto político y de gestión humana.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La violencia contra la mujer es un problema latente que va en aumento y se extiende a todos los grupos sociales, especialmente a los más vulnerables. Afectando no sólo la salud mental y física de sus víctimas y dependientes sino representando también pérdidas humanas y económicas que retrasan el desarrollo del país, convirtiéndolo así en un problema de salud pública.

Según el Poder Judicial, sólo en los 2 primeros meses del año 2019 se registraron 52,642 denuncias por violencia familiar, teniendo a mujeres entre los 18 y 45 años, prevaleciendo la violencia física, psicológica, por omisión y sexual en ese orden.

En relación a los casos atendidos por el CEM en el año 2019 se atendieron 181.885 casos, el 86% son mujeres mayoritariamente de 30 a 59 años. El tipo de violencia con mayores casos atendidos en la psicológica con 26647 casos, 21433 en violencia física, seguido de 5767 con violencia sexual.

Es importante señalar que los principales espacios de denuncia son las comisarias, seguido de los CEM de atención regular, los CEM especiales de atención 24x7 y en notable menor énfasis en los centros de salud.

En relación al feminicidio, entendido como la muerte de una mujer por su condición de tal, en un contexto de hostigamiento, acoso, abuso de poder entre otras características en 2019 se efectuaron 166 casos, predominando los ocurridos en la zona urbana, siendo Lima la ciudad que más casos presenta.

En tentativa de feminicidio se presentaron 404 casos, predominando su incidencia en Lima con 151 casos. En el 2020, hasta el mes de agosto se han registrado 85 casos, siendo perpetrado en su mayoría en zona urbana. Adicional a ello, el principal vínculo entre la víctima y su agresor es de tipo: pareja y ex pareja.

En relación a tentativa se presentaron 166 casos, mayoritariamente en Lima ciudad, Junín y Arequipa, primando entre el tipo de vínculo entre la víctima y su agresor el de pareja y ex pareja. Para el año 2020, debido a la crisis sanitaria el personal encargado de atender los casos de violencia sexual, feminicidio y tentativa fue el equipo denominado Equipo Itinerante de Urgencias del MIMP con actuación conjunta a los CEMS, teniendo a nivel nacional ¹un total de 14.583 casos; la mayor concentración en Junín, Cuzco, Lima Metropolitana y Huánuco. El principal tipo de violencia es el físico, seguido del psicológico y sexual. La mayor concentración de víctimas se ubica entre los 18 y 59 años, (Programa Aurora, MIMP 2020).

Cabe resaltar que la información anterior hace énfasis en los periodos de abril a junio 2020. En los meses anteriores y posteriores los CEMS arrojan que atendieron 54.125 casos, teniendo la mayor concentración en Lima metropolitana, Arequipa y Cuzco. El principal tipo de violencia ejercido contra las víctimas es el psicológico, físico y sexual en orden de cantidad de casos presentados. Para el presente año la concentración según edad se sitúa entre los 30 y 59 años con 21.314 casos y de 18 a 29 años con 13.346 casos.

Es valioso conocer que los Cese indican haber realizado sensibilización de violencia a un total de 124.348 habitantes en la ciudad de Lima y 40.538 en Lima provincias. Un número considerable pero no representativo en una capital que tiene más de 9 millones de habitantes, es decir que representa al 29.7 % de la población nacional.

Sobre la afiliación a un seguro de salud, INEI² indica que el 74.3 % de la población en Lima tiene acceso a la salud, y de ese porcentaje el 77% son mujeres. Así mismo en relación a nuestro centro para recojo de información (Centro de salud primario), es necesario detallar que, del total de asegurados; en mayor porcentaje mujeres, un 30% pertenece al SIS.

Es importante conocer que, aunque no se cuente con data estadística actualizada, según el Observatorio nacional de Violencia³ contra las mujeres entre los periodos 2012

¹ CEM 2020

² INEI 2020

³ Observatório Nacional de Violência

y 2016 se atendieron a 100,957 personas en situación de violencia, de las cuales sólo en 2016, 66,701 fueron mujeres en edad adulta, seguidas de jóvenes.

El Estado está realizando esfuerzos por generar acciones y tomar medidas, pero el problema aún persiste, logra mayor visibilización y se agrava día a día.

Hoy dentro de las instituciones que se enmarcan en la atención, promoción y prevención de la violencia familiar tenemos a MINSA, MININTER, MIMP, MINEDU quienes se organizan para el cumplimiento del DCS N°008 – 2016 - 2021 MIMP - Plan Nacional contra la Violencia de género, cada una de ellas abordará medidas para cumplir dicho plan.

Para efectos de esta investigación abordaremos la aplicación de la ficha de tamizaje de detección de violencia, instrumento comprendido en la Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género⁴ con R-M- N° 141 - 2007 MINSA cuya finalidad es contribuir a mejorar la atención integral de las personas afectadas por la violencia de género y establecer para ello procedimientos básicos tales como: marcos conceptuales para el desarrollo de las acciones de atención, procedimientos para la promoción, prevención, atención, detección y rehabilitación de la salud física y mental de los usuarios del servicio, así como fortalecer capacidades en el personal de salud.

También analizaremos lo comprendido en la (2) Ficha de tamizaje de detección de violencia, documento que se enmarca en la ley 29889 y 30364, ambas se ejecutan para la detección temprana de la violencia en los centros de atención primario (1-3) que están comprendidos por centros y puestos de salud.

MINSA⁵ en su base estadística, de 2009 a 2016 indica que se atendieron a 100,957 personas en situación de violencia de las cuales 66,701 fueron mujeres niñas y adultas.

⁴ Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia Basada en género

⁵ Ministerio de Salud, estadística del 2009 al 2016

La encuesta ENDES 2019, reveló que sólo el 29.5 % de las mujeres violentadas recurrió a alguna institución pública, siendo las más representativas las fiscalías y comisarías. En las consideraciones generales ambos documentos indican de la obligatoriedad que tienen los establecimientos de realizar acciones orientadas a los objetivos, detectar tempranamente los casos, otorgar atención oportuna en base a la sensibilización y conocimiento del tema y un plan de derivación que contemple las instituciones y redes a las cuales referir los casos que lo ameriten, a fin de garantizar la atención y tratamiento oportuno y de calidad, basado en un enfoque de derechos en salud.

Hoy en día, bajo RS N° 129 2018- PCM que crea la Comisión de Emergencia encargada de proponer acciones para la protección, prevención y atención de casos de violencia contra la mujer, siguen aún las instituciones involucradas sin darle adecuada aplicación a las guías y sus instrumentos. Es en esta nueva revisión y comisión formada donde se establece la obligatoriedad de ejecutar acciones bajo las nuevas y tradicionales estrategias para las diferentes instituciones, puntualmente en el caso del MINSA se orienta a remarcar la obligatoriedad de atención a mujeres víctimas con enfoque integral.

Queremos responder a la pregunta, ¿Qué factores inciden en la efectiva aplicación de la ficha de tamizaje de detección de violencia en el centro de salud Ciudad y Campo en el Rímac, durante el periodo 2018 - 2019?, considerando que la forma como se viene aplicando este instrumento resultaría ineficiente por los diversos factores contextuales a nivel político y social y las probables competencias no idóneas de los operadores de salud, así como las características y condiciones de las usuarias.

El caso de estudio también nos permite analizar el comportamiento de estos actores: Estado, MINSA, usuarias del servicio y operadores de salud en una lima urbano marginal. El distrito del Rímac, su antigüedad edil, funcional y el cuestionable desarrollo humano de sus habitantes pone a la luz que la composición política no garantiza un adecuado y esperado crecimiento social.

Se suele asociar la violencia a la ausencia de institucionalidad o de recursos humanos y/o económicos sin embargo el Centro de salud Ciudad y Campo nos permite conocer un lugar físico accesible en cercanía, reconocido por la comunidad y las demás instituciones públicas y privadas que limita en su gestión humana y de espacios físicos la atención correcta de usuarias, especialmente a aquellas a quienes se les aplica la ficha de tamizaje de detección de violencia.

Otro dato importante está en relación a las usuarias del servicio, mujeres de condición económica media baja y baja extrema que suelen ser usuarias de diversos programas asistenciales, pero también trabajadoras dependientes e independientes. Otro mito en relación a la detección de la violencia es el limitar su existencia a solo espacios de pobreza extrema y con mujeres de restringido acceso a los servicios, no sólo básicos, sino aquellos que la encaminan y protegen como ciudadana.

El centro de salud Ciudad y Campo nos expone una realidad latente en la urbe de Lima metropolitana donde si bien es cierto el centro de salud está regido por las indicaciones que se brinden desde la Micro Red de Salud y en escala a Red de Salud Lima Norte, hay una suerte de abandono por parte de las autoridades fiscalizadoras y gestoras del marco normativo y de acción en relación a la violencia.

Lo ya mencionado se sumaría a que no se cumplen las indicaciones de los planes anuales del Gobierno, que desde el 2015 encausan el trabajo de los ministerios a una labor articulada y en red, que desde el 2018 forman parte del Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Familiar.

Precisamente las características de su público usuario nos hablan de una cercanía real a los servicios, pero una falta de confianza en sus representantes y en el tratamiento de la violencia, la cual es percibida como nociva y cotidiana pero no asumida como un problema real, que las involucre.

1.2 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Analizar los factores que inciden en la efectiva aplicación de la ficha de detección de violencia en el centro de salud Ciudad y Campo en el Rímac en el año 2019, mediante el análisis de las normas vigentes que enmarcan la aplicación del instrumento y la valoración de las competencias de los operadores de salud para así proponer mejoras y medidas de acción que fortalezcan el proceso.

Objetivos específicos:

- 1 Analizar si las normas vigentes son limitantes para la aplicación de la ficha de tamizaje de detección de violencia en el centro de salud Ciudad y Campo en el Rímac en el año 2019.
- 2 Analizar si la ficha de tamizaje de detección de violencia corresponde al nivel de atención y condiciones características del público usuario.
- 3 Conocer si los operadores de salud responsables de las actividades preventivas y de detección cuentan con las competencias para la aplicación de la ficha de tamizaje de detección de violencia en el centro de salud Ciudad y Campo en el Rímac.

1.3 Justificación de la investigación

Al analizar una política pública como lo es el Plan Nacional de Lucha Contra la Violencia a la Mujer, creada con el fin de prevenir, sancionar y erradicar la violencia de género en todo el país y bajo la acción permanente y focalizada de los diferentes ministerios y

estamentos gubernamentales desde su campo de desarrollo, se pretende corroborar entre otras cosas si se cumple con los objetivos, analizando las políticas marco, el desempeño de las diferentes carteras involucradas y la eficiencia de los mecanismos que se utilizan para dichos fines.

La preocupación del MINSA por promover el uso de las primeras fichas de tamizaje de violencia data del 2007, ante el aumento de la violencia dentro del seno familiar, potencialmente dirigida a las mujeres en su calidad de madres e hijas. Es conveniente reconocer que este instrumento fue creado a fin de facilitar la detección temprana y volver obligatorio su uso en centros de salud de nivel primario, a donde acuden en su mayoría mujeres con vulnerabilidad social y económica, así como de salud; gestantes, infantes y ancianas.

El instrumento de uso actual no ha sido modificado desde el año 2011, aun cuando los niveles de violencia y perpetración de crímenes y daños colaterales sobre las mujeres ha ido en aumento.

No se tiene data de investigaciones que analicen el efectivo uso de instrumentos de detección de violencia en centros de salud, así como si son afectados por las decisiones políticas que los enmarcan, la idoneidad entre la ficha y el público usuario a quien se le aplica y la relación competencia – operadores de salud. Así mismo basado en las declaraciones de sus miembros activos; usuarias, operadores; se podrá comprender mejor la adecuación de la política, las condiciones personales a nivel técnico y blando, las percepciones del público usuario y la capacidad organizativa y de articulación que hay entre los actores involucrados.

Desde la gerencia social se espera no sólo analizar la política y sus actores sino elaborar conclusiones que nos permitan un mejor entendimiento de los problemas adyacentes. Saber los aciertos y errores que pueden haber limitado el logro de objetivos tangibles.

Teniendo como principal interés el concientizar mediante el análisis de la urgente aplicación de mejoras en el servicio, las herramientas y sobre todo la concepción de la violencia contra las mujeres bajo un enfoque global.

La política nacional y las acciones focalizadas en el centro de salud Ciudad y Campo no son las que se esperan en relación a los objetivos nacionales. Las cifras han aumentado para mal; más mujeres asesinadas, lesionadas y sometidas a una vida dolorosa que mutila la valía personal y anula el desarrollo. Hablar de violencia y más aún analizarla con los actores principales partiendo del grupo social al cual se quiere proteger nos ofrece una mirada distinta, real, objetiva y centrada en los verdaderos problemas a atacar.

Aun cuando la palabra violencia es de uso coloquial, así como los indicadores de alguien que la sufre bajo los contextos más diversos, no se logra impactar de la forma esperada. El concepto y lo que implica se ha normalizado. Es ideal para un proceso transformacional el encaminar los esfuerzos habiendo entendido la magnitud del problema, conociendo a sus actores, las limitaciones y fuerzas con la que se cuenta, así como las responsabilidades que desde el ejecutivo deben potencializarse.

Son muchas las experiencias poco favorables que se han logrado a lo largo de estos años. Recordemos que como país nos enfrentamos a taras sociales, políticas y culturales, las mismas que refuerzan la violencia contra las mujeres y la desacreditación del problema y sus actores.

Ciertamente el problema se ha hecho visible, pero es posible que las estrategias estén llegando desfasadas, no sólo en tiempo sino también en relación a las verdaderas necesidades que de ella desprenden. Detectamos que lo urgente en el ámbito de la violencia contra la mujer es frenar su impacto, restaurar a las víctimas y sobre todo poder concebir una verdadera disminución de los casos para la cual, como estado, sociedad civil y ciudadanos será más que urgente el apoyarnos mutuamente, sugiriendo incluso como objetivos la detección temprana y la adecuada derivación y atención de los casos.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1 DESCRIPCIÓN CONTEXTUAL

El distrito del Rímac, es uno de los 43 distritos que forman Lima Metropolitana, ubicado en la región Lima, formando parte de la zona centro de la ciudad al límite con Lima norte, y Lima este. Tiene una extensión de 11.87 kilómetros cuadrados, con una población total de 174, 785 habitantes al 2017 y una densidad poblacional de 14, 724. 94 Hab/km². Compuesto por zona urbana, pueblos jóvenes y asentamientos humanos. Se caracteriza por ser un distrito con dinamismo económico basado en el turismo y el comercio al por mayor, así como por haber sido uno de los distritos inicialmente repoblado por migrantes.

En el distrito podemos encontrar que sólo en agosto del 2019 son 25, 123 mil usuarias mujeres afiliadas al Sistema Integral de Salud, es decir, usuarias de los diferentes establecimientos MINSA en el distrito. El centro de salud Ciudad y Campo, está ubicado en el Jirón Jacinto Benavente 264 en la urbanización del mismo nombre; en sus instalaciones recibe pacientes de zonas como: pueblo joven El Altillo, urbanización Ciudad y Campo, pueblo joven Los Ángeles, pueblo joven Santa Rosa (Micro RED de Salud Rímac).

El centro de salud cuenta con 12 profesionales; 3 médicos generales, 1 ginecólogo, 2 odontólogos, 2 enfermeras y 1 psicóloga, sumado al personal técnico conformado por 6 técnicas de enfermería, 2 técnicas de laboratorio y personal administrativo. Brindando atenciones de lunes a sábado en jornadas parcialmente completas; las mismas que tienen atención diaria de 8.00am a 2.00pm y 2 veces por semana de 8.00am a 8.00pm. El centro de salud corresponde a la Micro red de salud del Rímac, conformado por 8 establecimientos que atienden a toda la población del distrito.

A su vez pertenece a la red de Salud Lima Norte. Cabe resaltar que la población femenina según INEI está representada por 87000 personas aproximadamente, siendo así casi el 50% de la población total del distrito.

Según estadística brindada por el Centro de Emergencia Mujer del Rímac, en lo que va del año se han efectuado 111 casos de violencia contra la mujer, considerando los meses en los que no hubo atención por emergencia sanitaria. Así también en el CEM dentro de comisarías tenemos 135 casos, los que en su mayoría corresponden a violencia psicológica y física, la edad de las mujeres denunciadas oscila entre los 20 y 35 años.

2.2 MARCO NORMATIVO

2.2.1 Marco Normativo Internacional

A) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer – CEDAW (1979)

Promovida por las Naciones Unidas, fue adoptada en 1979, aprobado para aplicación en Perú por la Cámara de Senadores en el año 1981, toma iniciativa al hablar de la forma estructural de constante discriminación a las mujeres, plantea el reconocimiento y protección de sus derechos. Promueve además la igualdad entre hombres y mujeres en todos los espacios de desarrollo para la persona.

Su mirada es androcentrista y evidencia la forma como son percibidos los derechos de quienes no pertenecen a ese grupo identificado. Con esta convención se dio inicio a una mirada de derechos no respetados de las mujeres, colocando en agenda política lineamientos para que los países puedan incorporarlo a sus políticas nacionales, contemplando a la mujer de ciudad y la mujer rural en todas las formas de inequidad.

El comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer solicita a los países miembros informes regulares donde indiquen las medidas que vienen implementando para hacer efectivos los lineamientos planteados en la convención.

Bajo este marco en el Perú, el protocolo facultativo de la convención entró en vigencia en julio del año 2001, así se le permite a la comisión tener injerencia en las medidas que se adoptan en relación a los principios y normativa. El tribunal constitucional reconoce que los tratados internacionales sobre derechos humanos “no sólo conforman nuestro ordenamiento, sino que además poseen rango constitucional” (CEDAW 2001).

B) Conferencia Belém do Pará (1995)

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, define lo que a posterior llamaríamos violencia contra la mujer, basado en el derecho de las mismas a una vida donde se respeten sus derechos humanos y aquellos relacionados a las libertades fundamentales. Propusieron además la incorporación del concepto “Violencia basada en género” para así evidenciar las diferencias en el trato y respeto de derechos que se le da a una mujer por su condición de tal. Dentro de los lineamientos de la Convención estuvo el reconocimiento de 3 tipos de violencia; física, psicológica y sexual, dentro de la esfera pública, privada y aquellos relacionados a las que permite o avala el Estado.

Cabe resaltar que los países participantes del comité asumen responsabilidades y retos que debieron incluir en sus políticas nacionales de lucha contra la violencia a las mujeres.

Entonces los países miembros tienen 3 espacios para exponer y/o evaluar lo trabajado en materia de los compromisos adquiridos:

- ✓ Los informes nacionales que se hacen llegar a la Comisión Interamericana de Mujeres.
- ✓ Opinión consultiva de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.
- ✓ Denuncias o quejas ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (OEA 2004)

C) Objetivos de desarrollo sostenible (2015)

Promovidos de las naciones unidas en 2015 a fin de poner metas tangibles en la lucha contra las desigualdades, un mundo mejor, el fin de la pobreza, entre otros. Plantea 17 objetivos que se orientan a generar sostenibilidad económica, social y ambiental de aquí al 2030. Desde la ONU la oficina de desarrollo PNUD se encarga de diseñar propuestas integrales que permiten la obtención de los objetivos, especialmente en países en vías de desarrollo.

En relación a esta investigación el ODS vinculado es: Objetivo 5: “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a las mujeres y niñas”. Según Naciones Unidas, en la

actualidad 1 de cada 5 mujeres entre los 15 y 49 años afirmaron haber experimentado algún tipo de violencia por parte de sus compañeros sentimentales.

2.2.2 Marco Normativo Nacional

A) Plan nacional Contra la Violencia de Género

Con Decreto Supremo 008 – 2016 el MIMP aprueba el “Plan Nacional contra la violencia de Género”⁶. Con énfasis en la aplicación en los 3 niveles de gobierno, así como lineamiento para los planes locales y regionales de los gobiernos.

Así mismo coincidió con la promulgación de la ley 30364 y le permitió un campo de acción mucho más grande; vinculando entre sus objetivos la concepción de trabajo articulado con los principales ministerios. Propone 3 tiempos de acción, siendo el último en el segundo tramo del año 2019 el de evaluación a medio término y medición de avances al 2021.

B) Plan Nacional de Igualdad de Género

Teniendo como antecedente el plan nacional de igualdad para hombres y mujeres del año 2000 al 2005, una segunda etapa con refrendo de los principales ministerios y una tercera etapa que completa el abordaje del enfoque de género.

El Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017 (PLANIG) tiene como objetivo, “transversalizar el enfoque de género en las políticas públicas del Estado Peruano, en sus tres niveles de gobierno, garantizando la igualdad y la efectiva protección de los derechos humanos para mujeres y hombres, la no discriminación y el pleno desarrollo

⁶ Plan Nacional Contra la Violencia de Género

de las potencialidades y capacidades individuales y colectivas”, así pretendía garantizar el libre ejercicio de derechos y la vida con dignidad de hombres y mujeres.

C) Ley 30364 – Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar

Promovida desde el Estado en el año 2015, con el fin de prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia contra las mujeres por su condición de tales, y contra los integrantes del grupo familiar, producida en el ámbito público o privado, dando énfasis en las condiciones de vulnerabilidad en la que puedan encontrarse; niñas, ancianas o discapacitadas. Así como los demás lineamientos propone medidas y políticas integrales de protección, atención y aseguramiento de derechos.

D) Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género

En atención a la Resolución ministerial N° 534 - 2005/ MINSA y la conformación de la comisión intersectorial encargada de la implementación de las políticas e intervenciones en salud, como parte del “Plan nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2002 – 2007, aprobado con DS N° 017- 2001 – PROMUDEH. De conformidad con el artículo 8 de la ley N° 27657 – Ley de ministerio de Salud, resuelven aprobar la presente, mediante resolución N° 141 – 2007 MINSA.

El objetivo fue que sirva de instrumento para el quehacer de los actores en la promoción de una cultura de paz y la prevención, atención y tratamiento de las personas afectadas por la violencia basada en género, permitiendo reducir el impacto en la población, buscando mejorar la calidad de vida y sistematizar las intervenciones. Otro punto que se menciona es que el documento técnico contribuirá al fortalecimiento de las capacidades técnicas de los recursos humanos en salud, para acciones a nivel nacional, regional y local.

Objetivo general de la guía:

Establecer procedimientos básicos para la atención integral de la persona en materia de Violencia Basada en Género en los establecimientos de salud del MINSA.

Dentro de los objetivos específicos; se encuentra la integración de marcos conceptuales para acciones de atención integral, procedimientos para la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud física y mental de las víctimas y el fortalecimiento de las capacidades del personal en los diferentes niveles de atención y abordaje integral.

Disposiciones generales:

Implementa como ámbito de aplicación la obligatoriedad en los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención del MINSA.

El campo de obligatoriedad además indica que todos los establecimientos de salud pertenecientes a alguno de los niveles ya mencionados deberán realizar actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación en materia de VBG según los procedimientos de esta guía. Además de otorgar atención oportuna considerando a la víctima, hijos, agresor y familia cercana. Para ello el personal de salud deberá contar con la sensibilización y capacitación necesaria.

Otra materia en mención está relacionada a la derivación oportuna de casos a fin de precisar el diagnóstico y atención pertinente. En relación a los operadores de salud estos deberán tener en cuenta los criterios de oportunidad, calidez, confidencialidad, respeto a la dignidad de la persona y los derechos básicos bajo un enfoque de derechos en salud, interculturalidad y equidad de género.

Reconocimiento de los siguientes tipos de violencia según sus manifestaciones:

- Física
- Psicológica o emocional
- Abandono o negligencia
- Sexual
 - ✓ Hostigamiento sexual
 - ✓ Abuso sexual
 - ✓ Violación

Requerimientos básicos para la atención integral de la persona afectada por la VBG:

- ✓ Recursos humanos: obligatoriedad en la capacitación a todo el personal, así como el conocimiento exhaustivo de las preguntas de detección. Para los centros y puestos de salud se deberá contar con un profesional capacitado para la intervención en crisis y la derivación oportuna a centros con mayor poder resolutivo.
- ✓ Espacios para la atención integral: deberán ser adaptados para esta actividad, uno de los ambientes del centro de salud, respondiendo al criterio de privacidad, confidencialidad y seguridad de la información, a nivel extramural en los centros educativos, casas o comunidad de la misma manera.

Materiales e insumos:

- ✓ Guía técnica de atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género, incluyendo ficha de tamizaje y flujogramas intra y extramurales.
- ✓ Directorio de instituciones locales (para referencia y/ o derivación.
- ✓ Material informativo y comunicacional.
- ✓ Guía nacional de atención integral de la salud sexual y reproductiva.

Componentes de la atención integral:

- ✓ Promoción
- ✓ Recuperación
- ✓ Rehabilitación

El proceso de atención integral según el nivel de gestión:

A nivel local: Promueve el fortalecimiento del tejido social en relación a la adaptación de estilos de vida no violentos, teniendo como finalidad disminuir la permisividad social de la violencia en la comunidad. Promoverá y fortalecerá la articulación multisectorial, generando alianzas.

En base a ello generará un directorio con los contactos previamente afianzados en las alianzas.

- ✓ Sensibilizará a las instituciones locales para la toma de compromisos que sean efectivos en el marco de las alianzas realizadas.
- ✓ Acciones en la familia
- ✓ Acciones en las instituciones educativas
- ✓ Acciones en la comunidad: Sensibilización a los líderes y tomadores de decisión local sobre la importancia del buen trato, la salud mental y una cultura de paz
Acciones de índole educativo promocional, acciones de asistencia técnica en el plan de acción comunitario. Promoción de promotores juveniles y redes sociales pro eliminación de la VBG, sensibilización a la población sobre los DDHH.

Acciones en las etapas de vida

- ✓ En la Niña y Niño de 0 a 9 años
- ✓ En las y los adolescentes de 10 a 19 años
- ✓ EN los adultos de 20 a 59 años
- ✓ Acciones durante la gestación

Etapas recuperativa: Donde se llevará a cabo la detección de las personas afectadas por la VBG:

A nivel del personal: la ficha de tamizaje de detección será parte de las pruebas de rutina en toda atención, el personal mantendrá en todo momento Estado de alerta ante posibles casos de VBG, el personal propiciará una comunicación fluida y respetuosa sin afecciones de juicios morales y en un marco de genuino interés

- ✓ En relación a la violencia física: Hematomas, contusiones, lesiones presuntamente accidentales, mordeduras, laceraciones en zonas intimas, dolores profundos, uso frecuente del espacio de salud vía emergencia o urgencia, entre otros.
- ✓ En relación a la violencia psicológica: Desconfianza, labilidad emocional, rasgos de ansiedad o depresión, uso indebido de ansiolíticos, perturbaciones del sueño, el habla o el apetito, consumo de drogas. En caso de menores; enuresis, encopresis, ausentismo escolar, entre otros.

- ✓ En relación al riesgo: Se deberá atender una serie de situaciones relacionadas con amenazas de muerte, presencia de sustancias peligrosas en la vivienda, aumento en la gravedad de las lesiones, historia criminal, temor por la vida de uno mismo o el entorno, situaciones de riesgo personal o el entorno.

En relación a la complejidad de la atención en el punto 7.2.2 hacen relación a que en el centro de salud u hospital la responsabilidad del proceso de identificación la tendrá los profesionales de salud mental, ginecología, obstetricia y similares y/o todo personal que esté capacitado en procesos de consejería en VBG.

En relación a los profesionales de atención estos deberán estar emocionalmente preparados y entrenados, así como contar con las herramientas requeridas para una adecuada intervención. Esta responsabilidad recae en el responsable del centro de salud quien deberá de proveer todas las condiciones mencionadas.

La guía además cuenta con una serie de pasos y procedimientos a realizar según el tipo de violencia detectado en los que implica un rol recuperativo, asistencial y de acción conjunta con otros actores (Guía Técnica para la Atención Integral de las personas afectadas por la Violencia Basada en Género, 2007).

2.3 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Debido a la novedad de la variable estudiada no se encontraron antecedentes de investigación en los último 5 años. La violencia como tal es abordada a diario sin embargo tanto para el análisis de instrumentos que puedan detectarla como para conocer la presencia y actuación del estado frente a ella no se registra información.

Descripción del programa o proyecto materia de investigación.

Protocolo de aplicación de la ficha de tamizaje de detección de violencia: En un centro de salud se deberá contar con un profesional de salud capacitado en temas de violencia y sensibilización sobres sí mismo y la problemática, siendo quien podrá brindar la consejería previa y pos, así como derivar a instituciones que tengan mayor poder de resolución.

Para la paciente, se deberá proveer de un espacio privado y confidencial donde pueda expresarse. En relación a la aplicación de la ficha de tamizaje está deberá ser aplicada siempre que el consejero u operador tenga a la mano el listado de instituciones a derivar, la guía completa, el flujo de atención y la guía de salud sexual y reproductiva.

La atención a la paciente, deberá a posterior ser registrada en un formato HISS, así como si fuera el caso es derivada a una institución de mayor complejidad, los documentos de sustento.

Para que a una usuaria del servicio se le aplique la ficha de tamizaje de detección de violencia, el personal de salud debe estar atento a señales de comportamiento y físicas que puedan indicar que la paciente es víctima de violencia. Así mismo las señales también puede darlas el compañero o miembro de la familia que acompaña a la paciente, regularmente pareja y/o hijos.

Durante la sesión el consejero o personal de salud asignado deberá establecer una comunicación respetuosa, con un lenguaje claro y positivo. También deberá acceder a información de interés como situación familiar, médica (física y psicológica), económica, social, entre otras a fin de ir completando la ficha y también según sea el caso o lo amerite, pueda establecerse un plan de acción o pasos a seguir posteriores a la atención, los mismos que le otorguen seguridad y tranquilidad a la paciente.

La guía establece pasos mínimos que debe cumplir el o la profesional:

- ✓ Comunicación cordial
- ✓ Identificación de los requerimientos de la paciente
- ✓ Respuesta a las necesidades que presenta la paciente
- ✓ Promoción de denuncia

Posterior a ello el consejero deberá resolver una conclusión diagnóstica tanto en la historia clínica como en la ficha de tamizaje.

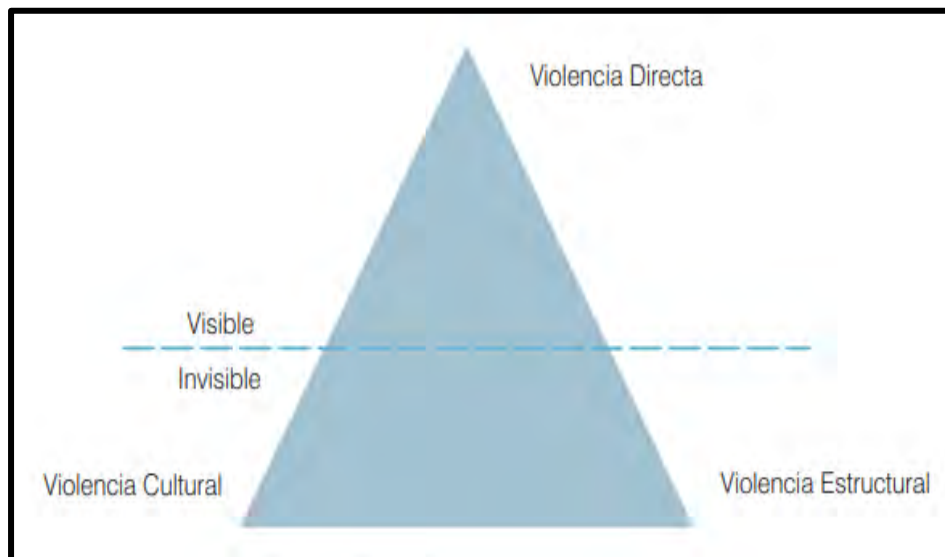
2.4 MARCO TEÓRICO

2.4.1 Violencia contra la mujer

Para el MIMP en sus documentos oficiales la violencia se subdivide en:

- ✓ **Violencia física:** relacionada a la acción o conducta que causa daño a la integridad física, incluido el maltrato por negligencia, descuido o privación de necesidades básicas que puedan llegar a ocasionar daño.
- ✓ **Violencia psicológica:** relacionado a la forma de controlar o aislar a la persona y generar daños en su psique se denomina daño psíquico a la alteración de las funciones o capacidades mentales que se hayan producido por hechos o situaciones de violencia.
- ✓ **Violencia sexual:** referida a las acciones de naturaleza sexual que se comenten contra una persona sin su consentimiento, incluye el contacto físico, la exposición a pornografía o vulneración de las decisiones en torno a su salud sexual reproductiva.
- ✓ **Violencia económica o patrimonial:** referida a la acción de provocar un perjuicio en los recursos económicos o patrimoniales de una persona, mediante; destrucción o retención de objetos, limitación de los recursos económicos, control de ingresos, perturbación de las posesiones.

Johan Galtung (2003), citado por Calderón en 2009 propone un triángulo que hace coincidir espacios donde se registra la violencia.



Se puede apreciar que la violencia directa está relacionada a las acciones visibles que atentan contra la persona. La violencia estructural, enfocada en lo económico y las construcciones sociales que avasallan la valía de la mujer dentro del desarrollo personal, cultural y económico. Mientras que la violencia cultural enlaza los 2 tipos de violencia ya mencionada. Haciendo énfasis los supuestos relacionados a la mujer; ser madre, formar un hogar, tener determinadas capacidades personales, entre otros.

Es preciso mencionar que los diferentes escenarios en los que se dan los hechos violentos están enraizados a las formas como se han vinculado hombres y mujeres a lo largo del tiempo.

Por ello en la actualidad, la visibilización de la violencia pasa no sólo por la sanción legal que pueda recibir quien ejerce esa violencia, sino también por una sanción moral y social que alerte cuando estas situaciones se estén dando.

Según Deza 2012 la dinámica de la violencia es cíclica, configurándose en 3 fases, ya mencionadas por Walker en 1987 en su denominado “Modelo Walker”:

- ✓ Acumulación de la tensión: interacciones cargadas de roces y tensión permanente entre los miembros de la pareja, con incremento de intensidad y duración.

- ✓ Episodio agudo: Las tensiones acumuladas devienen en una explosión de violencia que puede ser grave y es reconocida por ambas partes, víctima y victimario. Esta fase puede evidenciar los roces acumulados llegando al feminicidio.
- ✓ Episodio “Luna de miel”: hay un arrepentimiento por parte de quien que causó el daño, incluye promesa de que nunca volverá a pasar y que desde ese momento todo será diferente. Con el tiempo el ciclo se reinicia volviendo a la fase inicial. (Deza (2012) - ¿Por qué las Mujeres permanecen en relaciones de violencia?).

En relación a la validación de la violencia por parte de la mujer, es preciso saber que las generaciones van trayendo sus propias taras y estas con frecuencia se podrían repetir, sin que eso determine por ejemplo que sí a una mujer le pegaron en la niñez o fue testigo de violencia repita patrones conductuales al crecer.

Violencia contra la mujer y la salud, la violencia contra la mujer se ha convertido en un asunto de salud pública. No sólo por las víctimas que no logran sobrevivir sino por el daño permanente en aquellas que no salen del círculo. Entre los principales efectos adversos en la salud, encontramos:

- ✓ Aumento de la mortalidad femenina a causa de feminicidios.
- ✓ Embarazos no deseados y repercusiones en la salud del recién nacido
- ✓ Aumento en el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual.
- ✓ Tendencia a padecer trastornos afectivos y del comportamiento.
- ✓ Aumento en el riesgo de adquirir enfermedades cardiovasculares.
- ✓ Predisposición para las conductas de riesgo personal y social.

El BID en el 2017 nos habla de la importancia de que el sector salud comprenda la violencia desde una mirada preventiva, es prestando atención a los detalles que garantizamos una intervención más temprana y efectiva. El tipo de atención que se brinda en el nivel primario permite una vinculación paciente – operador de salud,

cercana y de “confianza”, aunque esta no sea positiva tal como nos muestran los resultados. Si se provee un acercamiento que va desde las diferentes intervenciones que solicitan las mujeres. Ir a un centro de salud, resulta cotidiano y es ahí donde es posible una identificación temprana del problema.

Es fundamental señalar que una gran limitante para las acciones que se toman desde los centros de salud son los relacionados a la violencia cultural y estructural. Hernández en 2019 nos refuerza el concepto, indicando que pueden existir incluso diferentes tipos de violencia, adicionales a las que se suelen estudiar y que al menos en el sector salud son detectadas “al ojo”, basado en el antecedente previo, lo común y lo conocido por la experiencia. Limitando con esto la detección en base a otras señales, quizá menos conocidas.

Así mismo nos propone desmitificar la idea de que todas las mujeres pertenecen a un mismo estándar cuando de violencia se trata. Lo cierto es que cada víctima posee un sinfín de particularidades; por su raza, sus saberes, edad, estado civil, nivel económico entre otros. Así entonces cada vez que un caso parezca “conocido”, el servidor público podrá replantear en base a qué información actuará.

2.4.2 Género:

Rodríguez 2018, citando a De Laurentis (1989) entiende el género como un complejo de costumbres, percepciones y disposiciones que nos generan como mujeres y hombres. Por su parte, Connel plantea que “el género es una práctica social que constantemente se refiere a los cuerpos y a lo que los cuerpos hacen, pero no es una práctica social reducida al cuerpo”.

La Guía técnica de atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género 2007 lo define como “Construcción social y cultural basada en las diferencias sexuales, que organiza las relaciones sociales en un grupo humano histórica y geográficamente determinado, comprende símbolos y mitos, normas, instituciones y organizaciones sociales, y la identidad individual y grupal.

En una gran parte de las sociedades humanas, pero no en todas, se traduce en relaciones jerárquicas y de poder entre hombres y mujeres, donde estas últimas se encuentran en desventaja.

En el Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado, citando a Legarde (1992), “Se sabe, no obstante, que el género asignado por el sistema no es inmutable, sino que se elabora e interpreta por los sujetos a partir de las experiencias”. Cuando la acción de la persona se aleja de los roles que se le han asignado, la sociedad lo concebirá como algo no natural, no normal y por ende punible.

En el camino de la transversalidad de la intervención en violencia aparece el Enfoque de género; que se orienta a reconocer los vínculos diferenciados entre hombre y mujeres, basados en las diferencias de género siendo estas causas principales de la violencia a las mujeres. Orienta sus esfuerzos a un trato igualitario que cierre brechas. Así mismo lo importante de reconocer estas diferencias podrá facilitar la idoneidad de las intervenciones.

Grade 2020 nos dice: “se concibe el enfoque de género en una doble vertiente; herramienta de análisis que visibiliza las relaciones sociales y sus diferentes contextos y como herramienta de intervención para trabajar en igualdad”.

As u vez MIMP 2014 define el enfoque de género cómo, “una herramienta analítica y metodológica que posee además una dimensión política, en tanto busca la construcción de relaciones de género equitativas y justas, y reconoce la existencia de otras discriminaciones y desigualdades derivadas del origen étnico, social, orientación sexual e identidad de género, edad, entre otros”.

Es en ese caso indispensable la reformulación y revisión exhaustiva de los planes que se vienen llevando a cabo y de los cuales se esperan resultados ambiciosos. El principal documento en el Perú sobre este punto es el PLANIG que se adentra en poner en la norma nacional la discriminación contra la mujer y las minorías, aunque tocado aún de forma muy tibia.

Hablar de igualdad de género es principalmente hablar de diferencias que refuerzan las brechas sociales. Promueven la violencia en todas sus manifestaciones y atribuyen variables personales a los actos tradicionales que segregan no sólo oportunidades sino acceso justo y real a los derechos básicos de las personas. La igualdad de oportunidades en nuestra realidad aún está lejos del objetivo. Tenemos más y mejores espacios, pero estos siguen siendo visto como privilegios que se le dan a las mujeres y no como justicia.

Implicancias de la igualdad de género, Pérez 2020:

- ✓ Todas las personas son dignas de valor
- ✓ Igualdad de derechos y reconocimiento jurídico sin distinción de sexo u orientación
- ✓ Reconocer las diferencias proponiendo y velando por espacios justos.
- ✓ Eliminar todo tipo de discriminación o acción que menosprecie o mancille a las personas por su sexo, orientación o género.
 - ✓ Promover la soberanía de las personas con libertad de sus practica personales
- ✓ Promover y proteger la autonomía de cada persona, con independencia de su sexo,
- ✓ Género u orientación sexual.
- ✓ Actuar según justicia en las políticas públicas para resarcir prácticas nocivas.

2.4.3 Modelo de Atención Primaria en Salud

Kusunoki y Tavera (2018), citando a Chan 2008 indican que “La Atención Primaria de Salud (APS) es un elemento importante de un sistema de salud efectivo, “con un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario y de principios para la organización de los servicios de salud, así como criterios para abordar las necesidades de salud prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud”.

La Organización Panamericana de la Salud en 2007, reforzó que la reestructuración de la atención primaria de salud debería darle énfasis al recurso humano, potenciando su desarrollo y capacidades. En la agenda de salud para las Américas se mencionaba la criticidad de acercar a los estamentos profesionales al Estado a fin de perfilar de forma idónea, en base a necedades de la población al personal operador de salud.

Nebot en 2009, indicaba que es clave que se desarrollen competencias de comunicación efectiva que permitirá identificar las necesidades de las personas y sus familias y posteriormente lograr que participen de forma activa en el cuidado de su salud.

Otro aspecto importante de la atención primaria es la disminución de los tiempos de espera para atención en hospitales, así como su descongestionamiento. Si un paciente es atendido y se han identificado sus requerimientos, será más sencillo el abordaje y tratamiento, se podrán impulsar actividades de promoción y por ende

permitirá que quienes lleguen a centros de salud de mayor complejidad gocen de los recursos de forma justa.

2.4.4 Modelo de Atención de Salud Basado en Familia y Comunidad

En 2011 el MINSA propone la implementación del Modelo de atención de salud basado en la Familia y Comunidad, para promover la complementariedad del aseguramiento universal de salud. Así mismo plantea la descentralización de las redes de salud para el ejercicio de la autonomía y distribución justa de los recursos.

El modelo busca reforzar lo ya mencionado en relación a la atención primaria; el fortalecimiento del capital humano que garantice la consolidación de servicios con profesionales competentes y disponibles.

Esto respaldado en acciones transversales donde el MINSA articula con los otros sectores estatales y brinda los lineamientos en relación a la salud como autoridad competente.

El proyecto Multipaís en 2011 indica además que la propuesta responde a 2 necesidades que se aprecian desde el Estado aún después de casi una década no se ha logrado solucionar: Los operadores de salud perciben una fuerte carga administrativa y de procesamiento de la información que limita la atención de los pacientes; así mismo los pacientes quieren atención oportuna con buen trato y respeto.

Otro aporte relevante del modelo es el acompañamiento en las etapas de vida del individuo, logrando así contar con estrategias orientadas a sus necesidades, es sin duda una de las mayores problemáticas por la variedad de contexto y perfil del público usuario.

El modelo pretende atender también las diferencias interculturales, el enfoque de derechos, territorialidad, inclusión, enfoque de género e integralidad. Estos conceptos se basaron en los lineamientos iniciales propuestos en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Salud Alma Ata en 1978, que fuera propuesta por la OMS, quien afirmaba, “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables,

puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

2.4.5 Modelo de competencias

Según Muñoz y Vega 2001, “Las competencias pueden consistir en motivos, rasgos de carácter, conceptos de uno mismo, actitudes o valores, contenido de conocimiento, o capacidades cognoscitivas o de conducta: cualquier característica individual que se pueda medir de un modo fiable, y que se pueda demostrar que diferencia de una manera significativa entre los trabajadores que mantienen un desempeño excelente de los adecuados o entre los trabajadores eficaces e ineficaces”.

Según Tejada y Navío (2005) las competencias vendrían a ser “un conjunto de conocimiento, procedimientos y actitudes que actúan de forma combinada”, exigiendo así que la persona sepa saber hacer y saber estar para desenvolverse en el ejercicio profesional. Así mismo la gestión de estas competencias promueve que el colaborador de más de sí mismo, superando los estándares mínimos de la actividad fin.

No serviría entonces sólo dominar una competencia, sino que esta pueda facilitar y mejorar el desarrollo de las actividades. Se convierte en un proceso diario, de construcción y desarrollo. Las diferentes situaciones van a motivar la aplicación de las diversas competencias que adquiera en el camino la persona. Se deja claro que ser capaz no es igual a ser competente, uno va orientado a poder hacer algo y el otro a saber hacerlo cuando se debe y de la forma correcta.

Díaz y Arancibia 2002 citando a Mertens 1996 indican que hay 4 factores relevantes para adoptar un enfoque por competencias:

- ✓ La capacidad de las personas para mejorar el desarrollo económico y social mediante el esfuerzo en lo logro de metas.
- ✓ Profesionalizar las competencias como fuente de capacitación y aprendizaje.

- ✓ Una mirada empática a la gestión del cambio, proceso que de por sí sólo resulta complejo.

- ✓ La gestión por competencias busca potenciar los saberes y conocimientos que las personas ya tienen, para hacerlas aún mejores.

Mertens 1996, citando a Alaluf y Stroobants en 1994, refieren una imagen del trabajador fuera del enfoque Homo económicos, sino más bien un enfoque de Homo competens, en el cual el comportamiento estará motivado por el interés de mejorar sus saberes de forma tal que mejore sus respuestas a las situaciones. Con esto se daba pie a concebir al trabajador como alguien interesado en aprender, crecer, asumir responsabilidades y agilizar sus tareas de forma óptima, sin que esto necesariamente se contraponga al factor remunerativo.

Así mismo, autores como Goleman en 1999 han asegurado que el intelecto no garantiza el éxito o desarrollo profesional, tirando abajo la antigua creencia de que sólo quien tenía un buen coeficiente intelectual estaba garantizado para tener competencias favorables y destacar en lo que hace. Claramente entonces cualquier individuo más allá de contar o no con el CI adecuado, podrá desarrollar competencias y ser exitoso en la vida laboral y personal.

En el año 2011 el Ministerio de Salud elaboró 3 documentos marco para comprender la gestión por competencias en la administración pública. El gran objetivo sería mejorar las relaciones laborales y personales bajo la constante de capacitación y aprendizaje continuo que logre la obtención de resultados e impacte en la calidad de la prestación de la salud. Basado en una serie de documentos legales relacionados al accionar de diferentes colegios profesionales, así lineamientos del Ministerio de Trabajo y Salud

Cuadro N° 1
Lineamientos de política del sector salud 2007 – 2020

1.	Atención Integral de Salud a la Mujer y el Niño con énfasis en Acciones de Promoción y Prevención.
2.	Vigilancia, Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles.
3.	Aseguramiento Universal en Salud.
4.	Descentralización de la Función Salud al Nivel del Gobierno Regional y Local.
5.	Mejoramiento Progresivo del Acceso a los Servicios de Salud de Calidad.
6.	Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
7.	Medicamentos de Calidad para todos.
8.	Financiamiento en Función de Resultados.
9.	Desarrollo de la Rectoría del Sistema de Salud.
10.	Participación Ciudadana en Salud.
11.	Mejora de los otros Determinantes de la Salud

Fuente: Gestión por competencias – MINSA 2011

El cuadro en mención nos enumera los lineamientos de política sectorial del MINSA, resaltando el número 6, relacionado al desarrollo de los recursos humanos en salud en los periodos 2007 al 2020.

En el documento “Conferencias laborales específicas para el personal de salud del primer nivel de atención; citando lo dicho por la OIT en 2009 hay 3 enfoques en concepto y metodología que permiten el abordaje de las competencias laborales:

- ✓ Enfoque conductual: comportamiento, características y conducta, son inherentes a las personas.
- ✓ Enfoque constructivista; las competencias en el contexto donde son necesarias aplicarlas.
- ✓ Enfoque funcional: el vínculo entre los resultados del colaborador y aquellos mínimos esenciales de la organización.

“Estos referentes teóricos respecto al factor humano como ventaja estratégica aún no se han consolidado en la administración pública, debido la inestabilidad y debilidad de los sistemas de gestión de recursos humanos, conllevando a una administración pública ineficiente”. A la fecha esto no se refleja de manera total en el personal en relación a los incentivos y aprendizajes, así como en el sistema de gestión del talento y las condiciones laborales, salariales y de espacios idóneos para el desarrollo de la actividad.

El modelo de gestión basado en competencias y las competencias en sí misma son claves para el desarrollo humano de los operadores de salud, percibir a la persona como un elemento en vías de crecimiento, acorde a las funciones del puesto y naturaleza de la actividad pueden garantizar una notable mejora al sector salud. Donde la calidad de la atención e idoneidad de quien lo realiza impacta positivamente en el público usuario.

La aplicación adecuada de un programa basado en competencias en el Ministerio de Salud, previamente sincerado y real cuestión de personal, espacios, funciones, remuneración, entre otros permitirá la creación de valor social.

En el Reglamento interno de Servidores Civiles⁷ se detallan una serie de lineamientos que promueven la mejora en la calidad del servicio, relacionados a:

- ✓ Responsabilidades
- ✓ Condiciones para laborar según nivel de atención
- ✓ Obligaciones laborales.

2.4.6 Gerencia social

Apelando a la necesidad de las sociedades democráticas de fomentar el buen servicio del Estado para con sus ciudadanos y la dotación de recursos a los servidores públicos a fin de que logren cumplir con sus tareas, nace el concepto de gerencia social, con base en la gestión administrativa y social desprende también una mirada humana y transformadora.

En los años 90's los problemas más urgentes de América latina empezaron a tomar fuerza en el resto del mundo, impactando las economías, el desarrollo territorial, así como las nuevas sociedades y sus habitantes. Reforzando la idea de que encontraríamos un primer mundo, segundo mundo y tercer mundo, donde estarían los países de esta parte del continente. Ricos en recursos propios pero carentes de desarrollo en todos los aspectos.

⁷ Reglamento DIRIS Norte

Instituciones como el BID, CEPAL y PNUD pusieron en observación que en América Latina se estaba dando inicio a grandes problemas, relacionados a la administración de recursos y gestión del desarrollo humano. Propagándose así conceptos como; pobreza, marginación, desempleo, hambre, entre otros. Lo que Kliksberg en su momento llamaría *problemas éticos*, aquellos que no sólo tenían que ver con los roles de Estado en materia de dotación de productos y servicios sino también en proveedor de crecimiento y orden ante sus ciudadanos.

En los inicios del concepto se ha cuestionado ampliamente las llamadas reformas sociales; donde se confronta a un Estado asistencial, caracterizado por no ser participativo, reducido a atender quejas más no conocer la raíz de los problemas, con ciudadanos limitados a la satisfacción inopinada sobre sus necesidades.

Para Licha en 2002 el concepto está relacionado a la intervención de individuos u organizaciones a fin de darle solución a un problema social, con conocimiento de teorías adecuadas, generando espacios favorables para los actores participantes, entendiendo su naturaleza y particularidades, enfocados también en el desarrollo de la economía, la política y las sociedades.

Bobadilla 2004, citando a Kliksberg ha indicado que “en la actualidad se requiere un tipo especial de gerencia en el área social, que implique capacidad para moverse en contextos cambiantes, con habilidades para la coordinación interinstitucional, la negociación y la concertación”. Para Bobadilla la gerencia social se centra en 3 ejes principales:

- ✓ El Capital Social
- ✓ El empoderamiento
- ✓ El desarrollo organizacional
- ✓ Las herramientas de gestión

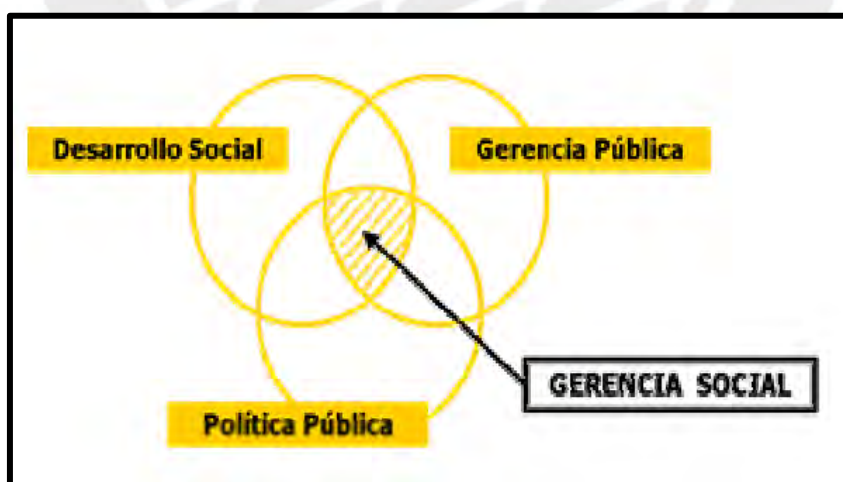
Según Kliksberg (2007) la gerencia social “significa en la práctica cotidiana enfrentar “singularidades” compuesta por acciones inter organizacionales y arraigada a los contextos del problema social que pretende atender”.

Así mismo señala que está estrechamente vinculada con la mejora y optimización de los actores sociales, generando valor público orientado a la atención de los problemas urgentes; como son la pobreza, las desigualdades, educación, hambre, entre otras, así como el fortalecimiento de las instituciones estatales y la promoción de ciudadanía. Es decir, atender el capital humano y el capital social.

- ✓ Para Mokate y Saavedra 2006, la gerencia social se apoya en los aportes teórico prácticos que se han desarrollado en el campo del desarrollo social, las políticas públicas y la gerencia pública. La promoción del valor público basado en:
 - Disminución de las diferencias
 - La pobreza
 - Fortalecer la democracia
 - El ejercicio de ciudadanía

Sulbrandt en 2002 propone que el gerente social debe estar capacitado en acciones relacionadas a la interacción humana, más allá de sólo conceptos técnicos de análisis y gestión, así mismo debe integrarse en las fases del proceso de la política pública. INDES señala que la gerencia social es un espacio de conocimiento entre el desarrollo social, políticas públicas y la gerencia social.

Propone un desenvolvimiento entre los 3 conceptos en las intervenciones sociales.



Un concepto interesante que se desprende es el de Capital social; referido a los nexos sociales y culturales que asumen las comunidades en sus procesos de vinculación social. Enriquecido con los saberes o recursos personales con los que cuentan dichos miembros.

Alimenta la solidaridad y el trabajo en equipo, siendo este un valor no monetario imprescindible para que la gestión social sea efectiva. Sin personas que confíen en sus pares, que trabajen unidos a una causa y que pongan a disposición de estos recursos inherentes o no, pero basados en la confianza y el compromiso. Robert Putnam en 2002 reestudió el concepto y añadió la importancia de las redes sociales; aquellas que no siempre son directas pero que permiten la creación de puentes y la captación de mayor cantidad de miembros conectados por alguna característica, relación o similitud, bajo normas y estructuras internas generadas en el día a día.

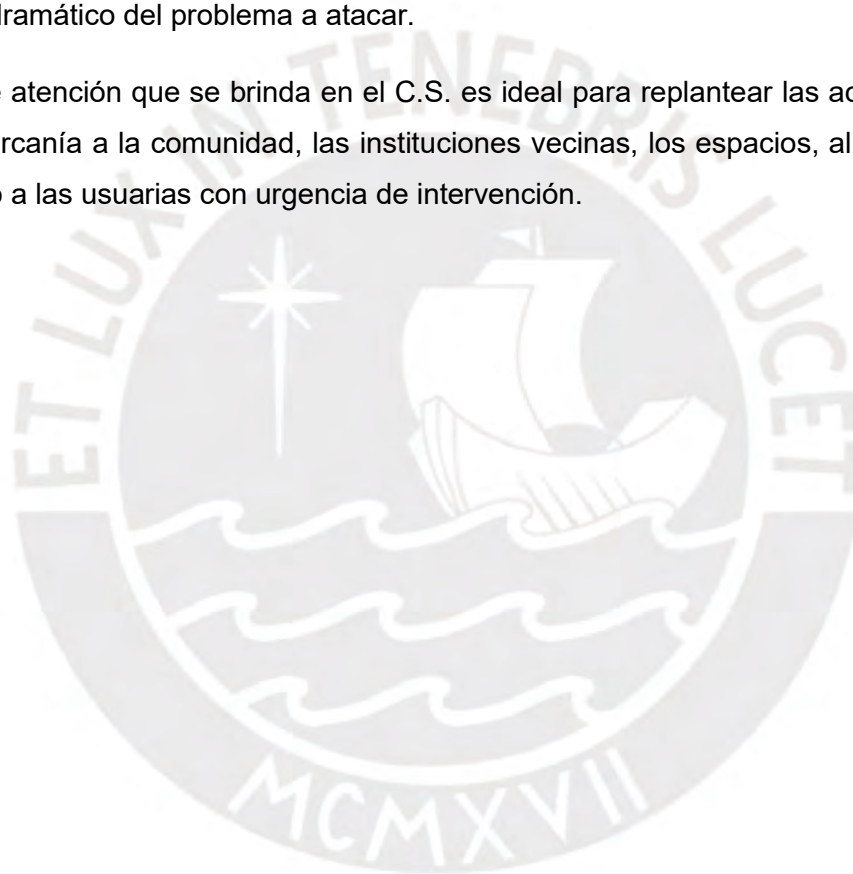
La importancia de tomar la voz de quienes realmente sufren los estragos de la pobreza, marginación, violencia, entre otras desgracias sociales para en base a ello poder generar políticas, teniendo a los interesados como actores principales, garantiza el impacto positivo y la mejor distribución de los recursos destinados para ese objetivo. Es por ello también que esta mirada nos habla más de las organizaciones comunitarias, las bases que han logrado representatividad y autonomía y sirven de puente para esta vinculación entre el Estado/empresa y comunidad. De más está decir que este acercamiento debe darse bajo un profundo respeto por sus creencias, ideología, preceptos y realidades. Es decir, darles un rol activo e importante dentro del proceso de mejora mediante proyecto, programa o política social que se vaya a aplicar.

Lo mencionado representa un reto, en países con crecimiento desbordado y desordenado, hay un fuerte sentido de individualidad, más arraigado a la ciudad que a las zonas rurales. Esto probablemente generado por los accesos y actividades comunes que varían en cada realidad. Y así mismo dentro del mismo espacio pueden parecer una serie de características claves al momento de identificar a los actores y los líderes con quienes trabajar estas transformaciones.

En esta investigación se debe evaluar si los siguientes aspectos están funcionando como se espera para benéfico de la política y del objetivo macro; que es reducir la violencia contra la mujer:

Articulación intersectorial > Identificación de actores > Trabajo en red > Recursos > Enfoque de género > Medición de impacto a mediano plazo. Si las políticas que cubren las acciones del MINSA en materia de prevención, detección y actuación frente a casos de violencia no logran involucrar los puntos mencionados seguiremos observando grandes programas y pérdidas desbordadas de dinero, tiempo y personas, pero un aumento dramático del problema a atacar.

El nivel de atención que se brinda en el C.S. es ideal para replantear las acciones. Ya tiene la cercanía a la comunidad, las instituciones vecinas, los espacios, al personal y sobre todo a las usuarias con urgencia de intervención.



CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación utilizado para el presente estudio es descriptivo, el cual pretende describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández, Fernández y Baptista 2014)

3.2 DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

La estrategia metodológica utilizada fue de carácter cualitativo, buscando darle respuesta a la pregunta principal, ¿qué factores inciden en la efectiva aplicación del instrumento de detección de violencia en el centro de salud Ciudad y Campo en el Rímac? La investigación desarrollada se dio mediante estudio de caso en el centro de salud ya mencionado en el distrito del Rímac, para recabar la información se trabajó entrevistas semiestructuradas. El instrumento en torno al cual gira la presente investigación es la Guía de detección para las personas afectadas por la violencia, detallada en capítulos anteriores, así como la ficha de tamizaje que es de uso obligatorio a mujeres en situación de violencia o presunción de ella, dándose énfasis en las etapas de vida adolescente, joven y adulta,

Esta investigación busca conocer a fondo el problema que se presenta en el sector salud al no lograr una adecuada aplicación del instrumento ya mencionado desde los operadores de salud y su realidad in situ en el centro de salud, así como la correspondencia entre los instrumentos que proporcionan y el tipo de población y problemática que atender. Lo importante de conocer cómo se relacionan entre sí, la dinámica de trabajo y las capacidades personales y profesionales que posibilitan esta

labor, así como evidenciar si las decisiones políticas favorecen una aplicación adecuada y una gestión efectiva.

Como valor agregado también nos ha permitido conocer la percepción de las usuarias del servicio y su valoración personal sobre la violencia como problema social, facilitando así la identificación de características propias de la zona, las mujeres y el contexto que permiten un trabajo focalizado y eficiente.

3.3 TÉCNICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Dimensiones a considerar:

1. Efectividad del instrumento: Si el instrumento mide lo que pretende medir (la ficha de tamizaje y los lineamientos de la guía).
2. Efectiva aplicación: si la aplicación de la ficha de se realiza según el protocolo y guía de atención.
3. Decisiones políticas limitantes: si las decisiones políticas limitan la afectividad de la aplicación del instrumento
4. Correspondencia del instrumento según nivel de atención: Identificar si el instrumento y sus características son acordes al grupo al cual se aplican.

Instrumento aplicable a usuarias del servicio de salud:

1. Capacidades de los operadores de salud: si los operadores de salud cuentan con las capacidades técnicas y personales para la aplicación de la ficha de tamizaje y la atención de casos de violencia.
2. Situación personal: Condición personal de las usuarias frente a la violencia.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Usuaris del servicio de salud: informantes de primera mano, a quienes se les aplicó la ficha, percepción propia de la violencia y percepción de las competencias con las que cuenta el operador de salud y los espacios del centro de salud.

- ✓ Población muestral: 20 usuarias del servicio, se trabajó con el total de la población debido a la importancia de la generalización de los resultados. Hernández, Fernández y Baptista (2010).

Operadores de salud:

Son los profesionales de salud que atienden en el centro de salud Ciudad y Campo, quienes dentro de sus labores diarias realizan promoción y prevención en salud, mediante la aplicación de tamizajes y otras actividades.

- ✓ Población muestral: 12
- ✓ Aplicados: 10

Documentación:

Registros documentales sobre las atenciones y promedio de pacientes que atiende cada profesional, así como cambios organizacionales, así como los lineamientos en relación al problema a investigar.

Técnicas de investigación:

La revisión de documentos permite corroborar parte de la información que mencionan los entrevistados, así mismo nos da un marco de referencia para analizar el contexto.

Para ello nos apoyamos en 2 instrumentos elaborados para fines de la investigación, los cuales fueron validados a través de juicio de expertos.

El primero será aplicado a operadores del servicio de salud, mientras que el segundo estará dirigido a usuarias del servicio.

Procedimiento en el levantamiento de la información.

Para proceder a levantar la información se identificó a los principales actores del centro de salud Ciudad y Campo; operadores de salud y mujeres usuarias del servicio, se les aplicó la entrevista semi estructurada, según correspondía. Posteriormente se validó y analizó la información brindada para su posterior presentación.



CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El instrumento a analizar es la Ficha de tamizaje de detección de violencia, un instrumento que fue creado por el Ministerio de Salud ante la demanda de herramientas para la detección de violencia en centros de salud de nivel primario.

Responder al objetivo general; Analizar los factores que inciden en la efectiva aplicación de la ficha de tamizaje de detección de violencia en el centro de salud Ciudad y Campo en el Rímac en el año 2019.

El primer objetivo específico estuvo destinado a analizar si las normas vigentes son limitantes para la aplicación de la ficha de tamizaje de detección de violencia en el centro de salud Ciudad y Campo en el Rímac en el año 2019.

Como segundo objetivo específico analizar si la ficha de tamizaje de detección de violencia corresponde al nivel de atención y condiciones características del público usuario y como tercer objetivo conocer si los operadores de salud responsables de las actividades preventivas y de detección cuentan con las competencias para la aplicación de la ficha de tamizaje de detección de violencia en el centro de salud Ciudad y Campo en el Rímac.

Hallazgo 1: La aplicación del instrumento no logra detectar de forma temprana y oportuna los casos de violencia

El Estado peruano mediante el RM 141- 2007 formula la creación de la guía de detección de la violencia basada en género a fin de que sea utilizado como instrumento de detección temprano a las usuarias del servicio de salud primario. Dicho documento elaborado por la oficina de promoción de salud y actores participantes.

En base a las entrevistas realizadas al personal de salud donde se aprecia que el instrumento no es considerado como herramienta obligatoria en la gestión de las consultas ambulatorias y que cuando se aplica se realiza bajo las condiciones

inadecuada, considerando como condiciones adecuadas lo referido al ambiente de aplicación, el conocimiento de la herramienta y de la problemática por parte de los operadores de salud. Según la guía de VBG es el centro de salud el responsable de gestionar y optimizar los espacios físico en acciones extramurales y sociales en

acciones extramurales los que permitirán las condiciones de confianza, respeto y confidencialidad de la información que puedan brindar las usuarias.

De los 10 operadores de salud entrevistados más de la mitad indica que la ficha de tamizaje como instrumento, no es adecuado para la detección de violencia. Así mismo 7 de ellos refieren que la violencia se visibiliza mediante lesiones físicas, por lo que los rasgos de violencia psicológica, sexual o por negligencia son pasados por alto, evidenciando la tardía reacción del centro de salud si tuviéramos un caso en manos.

En el año 2011 MINSA publicó una Guía técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja que representa una suerte de actualización a la guía anterior, reforzando preguntas de orden psicológico y de la vida íntima de la posible víctima.

Según UNICEF mediante la Defensoría del Pueblo Venezolana, en el año 2016, una detección temprana tiene que ver con la identificación de algún problema, y la actuación en los primeros momentos de iniciado ese problema, a fin de que pueda repetirse o causar un daño más considerable. “Algunos teóricos consideran la detección temprana como una modalidad de prevención. La prevención implica actuar antes de que un problema se produzca, con el fin de evitar su aparición.

En este caso, el problema cuya aparición se quiere prevenir es la violencia. La prevención de la violencia involucra todas las acciones destinadas a evitar que se vulneren los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes, especialmente el derecho al buen trato y a la integridad personal”.

Según Antonio Herrera-Gómez y Francisco José Martín-Martínez, “es rara vez los profesionales sospechan la existencia de esta situación en un 1% del total de las

mujeres violentadas que llegan a consulta, siempre por motivos indirectamente relacionados a la violencia en sí misma”

“Ahora que me ha mostrado la ficha, creo que no es posible detectar violencia así, las mujeres hablan de esto, no es como hace unos años atrás, donde se callaban o era un tabú, ahora la gente lo menciona, pero se toma a la broma o se esconde”, cómo puedo preguntarle a una mujer que viene por un dolor físico si su marido le pega”. (Personal médico C.S. Ciudad y Campo)

“Señorita, esta ficha no sirve, a alguien que sufre no puedo pedirle que me cuente, si se pone a llorar o me dice algo más grave yo no sabría qué hacer, esa persona va a querer que le diga algo más, que la ayude y aquí vienen ya con fracturas o moretones. No puedo ayudar así”, no me escucharían”. (Personal médico C.S. Ciudad y Campo)

Hallazgo 2: La aplicación de la ficha de tamizaje no se da según protocolo y guía de atención

Nuestro sistema de salud en su proceso de descentralización repotenció el uso de manuales y guías para los diferentes tipos de servicios que se llevaban a cabo en los centros de salud. Esto como medio para alinear las actividades y llegar a los resultados esperados. La Guía que estamos analizando no escapa de contener una serie de herramientas que direccionan la atención de los operadores de salud a fin de detectar la violencia.

El tema es álgido y delicado como tal exige una serie de procedimientos adheridos a la formación profesional y de valores y características personales, así como de espacios y uso de demás instrumentos. Esto no se lleva a cabo de forma general en el Centro de

Salud Ciudad y Campo. A continuación, se detallan los puntos clave en los que se encontraron deficiencias:

Referido a la privacidad:

De espacios físicos, De por sí una de las grandes carencias de los centros de salud de primer nivel, está relacionado a la adecuada distribución de espacios, así como la disponibilidad de ellos en relación a la cantidad de público que atender. Sin embargo, se pudo constatar que no hay reparos en ubicar a las usuarias del servicio bajo condiciones no óptimas, en lugares con ruido, poca luz, distracciones visuales, sin privacidad, entre otros.

Así mismo aun contando con espacios delimitados para la atención exclusiva de las usuarias, existe un factor de orden al momento de aplicar la ficha. Los operadores no marcan una postura de cuidado de la información y situación de las usuarias. Y esto es compartido entre colegas y aceptado por las mismas usuarias. Un factor importante al momento de evadir la aplicación de la ficha de tamizaje o falsear las respuestas por temor al qué dirán, la crítica y un inadecuado manejo de los resultados.

“Aquí nos acomodamos, a veces estamos atendiendo y justo hay muchos pacientes esperando, ni modo que los llevemos a una sala aparte. Total, quién va a estar pendiente de lo que digan las señoras. Ellas mismas cuentan su vida a sus amigas”. (Personal médico C.S. Ciudad y Campo)

“Entre que entra un paciente y sale otro, es difícil la privacidad, además aquí si bien los médicos tenemos consultorio, entran las técnicas, nos llaman a reuniones. No podemos disponer del ambiente, yo quisiera que sea mejor, pero hago lo que puedo”. (Personal médico C.S. Ciudad y Campo)

Referido a la predisposición del personal:

Las usuarias del servicio refieren que el personal con frecuencia no muestra interés a los casos, así como a la problemática en general. Se aprecia pobre interés y poco conocimiento sobre el tema. Aun cuando la guía garantiza que el profesional que aplique la ficha de tamizaje será alguien con las competencias requeridas por el nivel de la situación problema y de la misma ficha que aplican; pues no la conocen en su totalidad.

Incluso algunos entrevistados refieren nunca haberla visto. Esto sumado a que es una labor extra que hacer en las consultas o campañas de atención.

“La red y la micro red sólo nos exigen. No se cansan de estar detrás de nosotros, pidiendo números, que hagamos, que vayamos a las reuniones, incluso que digamos que sabemos hacer cosas en las que no nos han preparado. Siempre todos los años es igual y tiene que ver

en gran medida con la persona que nos dirige pues ni le importa”.
(Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

“Yo recuerdo que cuando empezó todo el tema de la violencia nos capacitaron, pero fue hace mucho tiempo, que me voy a acordar”
(Personal médico C.S. Ciudad y Campo)

“A mí me enseñaron esa guía, yo fui al Ministerio cuando estaba en promoción la lucha contra la violencia, pero era bien irreal poder aplicarla a todas las mujeres que vienen con algún riesgo, son tantas personas que quién podría hacerlo” (Personal médico C.S. Ciudad y Campo)

Referido al uso de redes:

Un gran problema detectado está en que en espacios como lo son un centro de salud, los casos de violencia siempre van a llegar. Más allá de que sean adecuadamente identificados o no, sin embargo, ante la detección por la vía regular o ya sea que el personal médico atienda alguna alteración de salud física que derive de un acto violento no saben a quién derivar el caso. Por el año 2004 en medio de la descentralización de los servicios de salud, a fin de que lleguen a la población de forma directa, con calidad, precisión y fácil acceso también se puso en boga el que las instituciones trabajen de forma coordinada.

Detallando sólo al CE Ciudad y campo, este se encuentra en una zona estratégica, al lado de una comisaría, una iglesia católica, comercios, mercados populares, centros

educativos, CEM y organizaciones de base. Es decir, se cuenta con potenciales socios para alcanzar el logro de los objetivos comunes. En la guía se menciona que los casos detectados deben ser derivados, incluso y haciendo un paréntesis, en la última resolución de la PCM en temas de violencia de género se insta a todos los servidores público a actuar frente a casos de violencia. Volviendo a nuestra zona de estudio. Se ha comprobado que los operadores no recurren a ni a sus pares en otros centros de salud, ni a las instituciones cercanas. Es más, lo grave y preocupante es que no gestionan ninguna actividad en conjunto.

Por ende, ante la detección de un caso es poco o nada lo que se podrá hacer, más allá de dar un consejo a las víctimas. Otro mensaje que tiene implícito esta falta de coordinación es que evita que el operador asuma responsabilidades de seguimiento y reporte del caso.

“Usted cree señorita que podríamos hablar con la comisaria o el CEM, sería meternos en un problema. A las señoras les gusta eso y uno para qué va a ganarse pleitos con sus esposos, la zona aquí es muy difícil, hasta nos asaltan saliendo, no me expongo. Yo también tengo familia”. (Personal médico C.S. Ciudad y Campo)

Hallazgo 3: Las decisiones políticas limitan la efectividad de la aplicación de la ficha de tamizaje y cumplimiento de los protocolos de la Guía

El personal de salud refiere que constantemente se han realizado cambios en las metas y estrategias que les son encomendadas para las diferentes luchas que tiene el sector a nivel primario. Esto al parecer no ha permitido que el caso puntual de la lucha contra la violencia la aplicación de los lineamientos de la Guía y posterior ficha de tamizaje sea efectiva.

Las condiciones de capacitación, medición irreal de atenciones y distanciamiento de la gestión humana no concuerda con los planes que son planteados, así mismo el tiempo que se espera para obtener resultados y el respaldo muchas veces esquivo hacia la acción en tema de la violencia perjudica que sea efectiva la intervención.

Ricardo Aliaga (2018) cita a la Organización Panamericana de la Salud y refiere que uno de los grandes problemas detectados en el primer nivel de atención es la “desorganización, falta de políticas de incentivos, financiamiento, costos elevados, distribución desigual de servicios y fundamentalmente la carencia de recursos humanos capacitados y dedicados a la atención primaria”, siendo principalmente la ausencia de rectoría del MINSA.

El sistema tradicional colapsa pues sus operadores no se ven involucrados en el logro de los objetivos y los planes y políticas del mismo ente rector limita la gestión que se espera. Sumado esto a la poca capacidad resolutoria con la que cuentan los operadores, ya sea por ausencia de empoderamiento o por las limitan de sus propios procesos. Los mismos que son interrumpidos con modificaciones y cambios de último momento. Hay una sensación de ¿para qué me esfuerzo, si mañana el objetivo será otro?, Fuente Conexión ESAN 2018

“Un día nos quieren capacitar con eso de la violencia, nos hablan, nos llevan a reuniones y nos dicen que, a más hojas llenas, habrá un incentivo. Vienen a pegar carteles, avisos y en los reclamos sale que la violencia a las mujeres debe acabar, pero al otro día, ya el motivo de esfuerzo cambia. Por ejemplo, primero la enfermedad del cólera, luego la violencia, después la anemia y así... es el mismo Estado el que no sabe lo que quiere y ojo que estos cambios pueden darse en menos de un año”. (Personal médico C.S. Ciudad y Campo)

Hallazgo 4: Se evidencia baja intención del Estado en la lucha contra la violencia pues muestra intermitencia en las acciones orientadas a la atención de la violencia

Desde la constitución política que contempla el derecho a la vida, la identidad, integridad moral, psíquica y física, así como al libre desarrollo en su artículo 2.1, pasando al artículo 2.24, nadie puede ser víctima de violencia moral, psíquica o física ni sometido a torturas o tratos crueles o inhumanos o humillantes. Pasando por las leyes Ni 29983 sobre la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y la actual Ley N° 30364 que pretende prevenir, erradicar y sancionar la violencia contra las mujeres promovida desde el Estado peruano.

En el 2018 se aprueba desde el MINSA el plan de acción conjunta para prevenir la violencia contra las mujeres, así como para brindar protección y atención a las víctimas de violencia con énfasis en casos de alto riesgo.

Bajo RS N° 129 2018- PCM que crea la Comisión de Emergencia encargada de proponer acciones para la protección, prevención y atención de casos de violencia contra la mujer, siguen aún las instituciones involucradas sin darle adecuada aplicación a las guías y sus instrumentos.

La ausencia de rectoría por parte del MIMP como ente que debe dirigir el proceso y una intermitente atención del Estado no permite un real involucramiento del sector. En el plan Multianual del MINSA 2018 – 2020 dentro de los indicadores sanitarios, no se encuentra incluida la lucha contra la violencia o sus afines.

En 2019 tanto MIMP como MINSA se reúnen para generar acuerdos técnicos de atención para víctimas de violencia, a fin de mitigar los efectos que este problema social genera en la salud de las personas y reducir los daños con una atención oportuna.

Como sabemos no es la primera vez que se gestan estas iniciativas desde los ministerios, más aún entre aquellos que tienen tanta cercanía y presencia en la comunidad. Esto acuerdos se representan en el decreto supremo N° 008 – 2019 – SA denominado Protocolo de Actuación Conjunta entre los Centros emergencia mujer y los establecimientos de salud.

Indicadores Sanitarios - Alineados a los Pilares de Salud		
Indicadores de Impacto	Línea Base	Metas del Sector al 2021
1. Porcentaje de niños (as) menores de 5 años con desnutrición crónica	14.4 (ENDES-2015)	8.0
2. Prevalencia de Anemia en niños (as) menores de 36 meses	43.5 (ENDES-2015)	19.0
3. Porcentaje de embarazo adolescente	13.6 (ENDES-2015)	12.0
4. Razón de mortalidad materna x 100 mil nacidos vivos	93.0 (ENDES-2010)	66.0
5. Tasa de mortalidad neonatal x 1000 nacidos vivos	10.0 (ENDES-2015)	9.0
6- Tasa de Incidencia de tuberculosis x 100 mil habitantes	87.5 (ESN-PCT - 2015)	69.5
7. Tasa de Incidencia de VIH en poblaciones clave	5.2 (CDC-2015)	4.2
8. Incidencia de la malaria por cada 100 mil habitantes	154 (DIGIEPS-2016)	146.3
9. Tasa de mortalidad general por Cáncer x 100 mil habitantes	107 (DIGIESPS-2011)	100.0
10. Prevalencia de DBT-M	2.9 (ENDES-2015)	4.5
11. Prevalencia de HTA	12.3 (ENDES-2015)	14.0
12. Tasa de Suicidio	3.13 (OMS-2015)	1.0
13. Tasa de mortalidad por causas externas	69.2 (RESULTA - 2015)	59.0

Fuente: Plan multianual - MINSa 2018

El personal de salud entrevistado, en su totalidad aprecia que la intensión del MINSa en materia de lucha contra la violencia es deficiente.

Sin embargo, para el año 2019 el Perú duplicó su inversión en relación al año 2018, teniendo aproximadamente un total de 450 millones de soles destinados a la lucha contra la violencia. Dentro de esto se han concebido actividades que buscan reforzar la participación de los actores intersectoriales. Todas ellas con iniciativas aún intermitentes que mayoritariamente se dan en Lima metropolitana y no han hecho eco en las regiones. Las estadísticas confirman que dentro de las iniciativas relacionadas al tema la institución con mayor énfasis es el MIMP.

Adicionalmente el monitoreo y evaluación de las estrategias aplicadas es ineficiente y no permite saber qué tan bien están funcionando y que tan efectivas son para así conocer el impacto y la credibilidad y legitimidad de las acciones ejecutadas.

Hallazgo 5: La gestión de personas y servicios en los centros de atención primario no se ajustan a las necesidades del público usuario

En el informe técnico 035 - 2019 – SERVIR, en relación a la rotación del personal de salud en el punto 3.2 se menciona de manera textual lo siguiente: “Para efectuar la acción de desplazamiento por rotación es necesario que se cumpla con los requisitos señalados en el Manual Normativo de Personal W 002-92-DNP, entre ellos, que la persona reúna los requisitos mínimos exigidos por el nuevo cargo, que los estudios del servidor sean compatibles con el nuevo puesto de trabajo y que exista la previsión del cargo en el Cuadro de Asignación de Personal”.

El personal de salud percibe que los cambios políticos basados en la gestión inadecuada del personal y los recursos afecta la consecución de resultados. Así mismo que no se ajusta a la realidad y necesidad que evidencia la población.

El modelo de gestión de atención integral de salud basado en familia y comunidad plantea que el personal de salud aborde la problemática de los pacientes mediante la identificación de síntomas que puedan ser atendidos de manera directa.

Este modelo está propuesto desde el año 2011 pero sugerido desde el año 2003 para la creación y mejora de políticas públicas de salud, hace hincapié en las actividades preventivo promocionales en todas las etapas de vida de la persona.

Para esto se construyen modelos ajustados a la necesidad de cada etapa. Según la revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública refiere que este modelo considera la salud como un “proceso dinámico que considere que la salud del individuo es influenciada por sus antecedentes con influencia en su salud del futuro”

El modelo planteó desde sus inicios un enfoque de desarrollo, descentralización, presupuesto por resultados (donde se enmarca que la atención se evalúa por cantidad y no calidad de pacientes atendidos), así como el fortalecimiento del primer nivel de atención de salud. En la practica el enfoque propuesto no aborda los pilares básicos que se pretendieron instalar como es el desarrollo territorial, la atención al factor humano, el fortalecimiento de las redes de salud.

Además, dentro de las dinámicas de acción se han contemplado otros aspectos desligados a la lucha contra la violencia como un tema trascendental que obligue en el papel y la práctica a los operadores a orientar sus esfuerzos a esa causa.

En relación a los cambios de personal, si bien servir garantiza que la movilidad y rotación de puestos solo se dé bajo una partida presupuestal que no se vea afectada y con los requisitos indispensables por parte del profesional de salud, las jefaturas y puestos de mayor envergadura suelen ser identificados bajo una suerte de “compadrazgo” “el mismo que corta la garantía de una continuidad en la labor y una validación de competencias técnicas por parte de quienes llegan a dirigir los centros de salud o las oficinas con personal a cargo, así como quienes gestan las grandes decisiones políticas.

En relación al perfil del talento humano que logra permanecer en los puestos por los nombramientos y que corren una suerte de inamovilidad, los nombramientos vinculan al colaborador a la institución bajo contrato indeterminado.

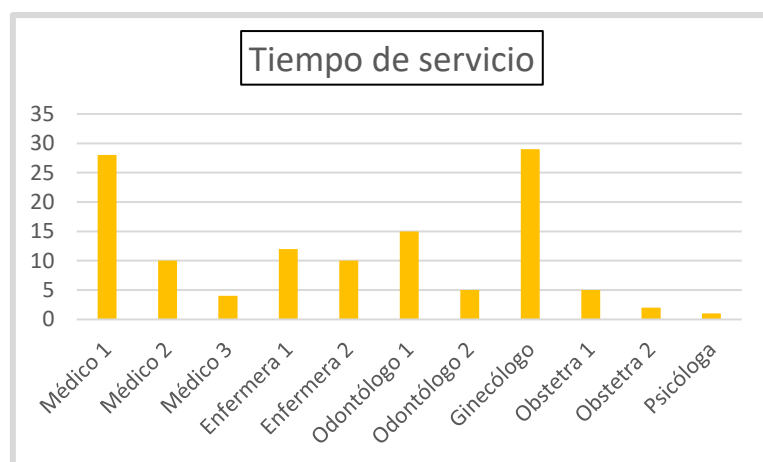
Por medio de la ley N° 30957 MINSA autoriza el nombramiento progresivo del personal de salud en un mínimo de 20% para aquellos que cumplen con los requisitos mínimos establecidos en relación a rendimiento, antigüedad y requisitos mínimos estatales. Esta situación no era así hasta hace unos años, previo al 2018.

Los procesos de nombramiento daban bajo menores requisitos y una antigüedad mínima que garantizaba que el personal ya conocía sus funciones y podía desempeñarlas en un mínimo de 20 años.

En el centro de salud Ciudad y Campo, son 10 operadores de salud con título profesional y grado académico.

- ✓ (3) médicos generales,
- ✓ (2) obstetras
- ✓ (2) odontólogos
- ✓ (1) psicóloga
- ✓ (10) técnicas de salud

El tiempo de servicio de cada profesional:



En relación a motivación del personal de salud, perciben un clima de desencanto, poca motivación y ausencia de metas personales en relación a las metas laborales.

“Yo sólo estoy esperando unos años para irme, estoy aquí tanto tiempo y he visto como se ha desvalorizado mi trabajo, que no quiero quedarme. He sido responsable de este lugar en algún momento, pero los que trabajan para el Estado siempre han querido todo fácil y ponen a gente sin criterio, sin autonomía para tomar decisiones. Así no es posible hacer nada”. (Personal médico C.S. Ciudad y Campo)

“Las personas que están fuera del sistema de salud creen que atender a los pacientes es sencillo, yo he estudiado muchos años para tener los conocimientos que tengo y atiendo aparte en particular. Sólo cuando se es joven una se ilusiona, pero eso cambia con el tiempo, con las cosas que van pasando y nuestro ministerio ha sido muy ingrato con todos. Sólo se preocupan en los números, pero no en las personas y aquí llega de todo y ya hasta me aburro, pero es lo que tengo y soy estable”. (Personal médico C.S. Ciudad y Campo)

“La gente aquí es bien difícil, sólo los que están frescos y llegan hace poco o no son nombrados cuidan su trabajo. El resto del personal hace lo que quiere, se molestan si les llaman la atención, no les gusta trabajar el tiempo completo y encima son los primeros en quejarse. No me gusta ganarme problemas y prefiero evitar porque si no tienen sus conocidos en la red de salud y yo tengo que cuidar mi trabajo”. (Personal médico C.S. Ciudad y Campo)

“Las cosas han mejorado desde que entré, mi servicio tiene más capacitación, pero internamente es horrible señorita, se pelean, hay muchos chismes y tiempo libre. La atención debe ser de 8 a 2 pero desde las 11 de la mañana ya están desocupados y viendo su celular o salen a hacer su mercado. Nadie les dice nada y ni les importa que la gente haga cola. Yo me encierro y voy avanzando mis cosas porque piden un montón de papeles y registros para estadística”. (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

“Yo creo que sí podemos hacer cosas para prevenir la violencia el tema es que no nos respaldan. Mi servicio no está orientado directo a ese tema, pero veo muchos casos y no sólo mujeres sino también niños y bebés. Aquí ni sabemos cómo se llama el comisario o alguna institución que nos oriente o sepa cómo atender mejor esos casos de violencia. Una vez lo intenté y me dijeron que tenía que ser mi jefa la que busque una cita con el encargado de turno de la comisaria si quería hablar de algo en particular y eso no iba a pasar porque cuando lo comenté aquí me dijeron que no me meta que eso se lo deje a la psicóloga”. (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

Ya señalaba la Organización Panamericana de la Salud en el 2015 que el capital humano constituyen la base del sistema de salud, por ser los principales ejecutores de las políticas de salud, es un factor esencial para el aseguramiento del acceso equitativo a los servicios de calidad de la población.

Se evidencia un pobre trabajo en red, la usencia de reconocimiento de los actores que lideran el proceso y la tensión en la interrelación entre los miembros del centro de salud. Basándonos en los conceptos de la gerencia social podemos notar que no hay cogestión entre los miembros que conforman el equipo de atención. Hay un limitado liderazgo por parte de la jefatura médica, la misma que se visibiliza en la desaprobación de la gestión y la lucha permanente entre el poder humano y el poder administrativo.

La visión de la gestión interna es cortoplacista con interés de cumplir metas inmediatas, pero sin previsión de planes a futuro, esto impacta considerablemente en problemáticas como la violencia pues es un problema que requiere tiempo para la intervención y el cambio o situación esperado, en este caso la disminución del impacto.

Hallazgo 6: Los operadores de salud cuentan con limitaciones técnicas y personales para la detección de la violencia

El personal de salud, no cuenta con las competencias personales desarrolladas según lo requiere el nivel de intervención. Relacionado con el tiempo de servicio, así como con la insatisfacción laboral. Se infiere que el personal del C.S., Ciudad y Campo no muestra interés por el tema de la violencia. Esto parte en gran medida por que al momento de generar la política no se ha considerado el factor personal de cada colaborador. Si bien la guía detalla los pasos a seguir, hay una realidad particular en cada profesional. La misma que sin la adecuada motivación y acompañamiento no permite un involucramiento sincero con el objetivo. Así mismo la intermitencia en las capacitaciones han dejado vacíos en relación a la intervención con el uso de herramientas y lenguaje técnico, así como las redes para un adecuado soporte.

Otro punto importante es el relacionado al uso adecuado de nuevas tecnologías, las mismas que facilitarían la intervención y también la adquisición de nuevos conocimientos. Esto está enlazado con el hecho de que el personal suele tener muchos formatos que llenar y gran demanda de tiempo en labores administrativas para las cuales no están debidamente capacitados ni poseen las herramientas idóneas.

“Nadie sabe lo de nadie, como vamos a aconsejar a las mujeres y si más de una aquí también sufre violencia”. (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

“Yo prefiero no meterme, luego van a pensar que siempre tengo que ayudar y a mí me pagan por ser médico no psicólogo. Para eso está el Ministerio de la Mujer. (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

Durante las entrevistas, los operadores se mostraron renuentes a responder si se sentían preparados para atender esta problemática.

Hallazgo 7: Los operadores de salud revelan una inadecuada concepción del significado de la violencia

Los operadores de salud muestran una inadecuada concepción del significado de violencia, hay una profunda desvalorización de la información que revelan las víctimas.

Hay una concepción de víctima que “se buscó lo que le pasa” pero sigue produciendo cierta pena, aquí podemos citar a Janos 2019 citando a (Lameiras & Rodríguez, 2003) que el sexismo benevolente, aquel que disfraza conductas machistas y de sexismo hostil donde la mujer se ve subordinada al varón, pero hay una suerte de empatía a ella por ser mujer, claramente lo que expresan los operadores de salud.

Del personal entrevistado son 3 varones (médico general, odontólogo, ginecólogo) y 6 mujeres (médicos generales, psicóloga, enfermeras, obstetras y odontóloga), en ambos grupos de género se aprecia un pensamiento rígido sobre las mujeres víctimas, siendo en los hombres útilmente acompañada de desconocimiento y en las mujeres de sentir de tristeza y pena.

“La violencia siempre ha existido, eso no es novedad, pero mientras más bulla hacen es peor, no ve que aumentan las muertes”. (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

“Un día vi llegar a una chica joven con varios niños y esperando uno más, tenía el brazo lleno de marcas, se inyectaba drogas y en la espalda y su cara moretones, cuando le pregunté qué le había pasado, sólo me dijo que no me meta. Me dio pena, cuando llegué a mi casa me puse a llorar, pero yo no puedo decirle anda denúncialo o vete de

la casa. Si no quieren ayuda, así denuncien igual están acostumbradas a eso". (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

"Para todo hablan de violencia, las mujeres se han vuelto muy dramáticas y es culpa de las feministas que ahora ya no se les puede decir nada". (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

"Con tanta ayuda que hay, dejarse maltratar ya es por descuido, porque les gusta esa vida, muchas no trabajan entonces si les hacen algo igual se lo cobran a la pareja". (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

Janos 2018 citando a Gerger, Kley, Bohner & Siebler, 2013, indican que los mitos que se tejen alrededor de la violencia; en este caso sexual podrían definirse como una serie de creencias falsas acerca de estereotipos y prejuicios sobre la víctima y los agresores y las circunstancias relacionadas a la violencia. Si analizamos esta afirmación, podemos ver que se corrobora con lo hallado en el centro de salud, el prejuicio y la generalización para los casos atendidos.

Soto en 2019 nos mencionaba que más allá de una ausencia de conocimientos sobre un punto determinado existe una falta de interés por el involucramiento.

"La violencia para mi es lo que sale en la tele o los periódicos, que las matan o les hacen daño pero que las griten a las mujeres siempre ha ocurrido, mi papá la gritaba a mi mamá y ella no se quejaba, era porque los hombres tienen carácter fuerte". (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

"Yo sí creo que existe violencia física y psicológica pero que hasta acusen al esposo de tener sexo. Eso me da un poco de risa porque ellas mismas saben con quien se casan". (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

“Ahora a todo le llaman violencia, el Gobierno con tal de quedar bien. Siempre le da por su lado a la población”. Las mujeres lloran y ya hay que creerles lo que dicen”. (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

“Eso de la violencia sólo les da a las mujeres que se dejan, Las que son ignorantes, pero yo que voy a permitir eso. A mí nadie me manda, esas mujeres, no todas, pero la mayoría siguen con sus maridos por interés y como no saben hacer otra cosa, prefieren el golpe”. (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

Hallazgo 8: Los operadores muestran desconocimiento del marco legal de atención frente a casos de violencia, así como del impacto de la violencia como problema de salud pública

Los operadores refieren desconocimiento del marco legal, indicando que no los han capacitado previamente en las acciones a tomar cuando llega al centro de salud una víctima. Así mismo refieren 7 de 10 entrevistados que nunca participaron de ninguna capacitación.

“Cuando entró en vigencia el tema de anemia, por ejemplo, nos capacitaron, todas las semanas había charlas y bueno ahora no sé si se den, pero no nos obligan porque así es, va cambiando con el tiempo y no hay consecuencia”. (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

“No nos avisan, entonces encima que tenemos muchos pacientes, ir a capacitaciones o atender de forma especial un caso de violencia es difícil. Si nos piden un mínimo de atenciones por día. en qué tiempo podemos acompañar a una mujer a hacer una denuncia, eso un problema de las obstetras y de la jefa médico”. (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

“Las normas han cambiado tanto y yo como sé que no me meteré en problemas, ir a la fiscalía o que me acusen de algo más”. (Personal de salud C.S. Ciudad y Campo)

Según la ley 30364 que busca prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia producida en el ámbito público o privado contra las mujeres en su condición de tales y contra los integrantes del grupo familiar.” Indica la obligatoriedad de que los servidores públicos de las diferentes instituciones apliquen principios de igualdad, primacía del bienestar de los niños, debida diligencia, intervención inmediata y oportuna, principio de sencillez y oralidad, así como principio de razonabilidad y proporcionalidad. Sobre esta ley se enmarcan acciones puntuales que se deben dar desde el Estado frente a una víctima.

Bajo esta ley en el año 2019 se dispone el Decreto Supremo 012- 2019 – MIMP, denominado Protocolo para atender y proteger a las víctimas de violencia. Dicho documento propone una serie de procesos que involucran a los sectores y funcionarios con nivel de involucramiento en el tema para propiciar un trabajo coordinado y de protección a la integridad de la persona. Aquí se hace énfasis a la participación y rectoría no sólo del MIMP sino del ministerio de Salud, interior, justicia, educación e instituciones como poder judicial, ministerio público y los gobiernos locales y regionales.

Dentro de los lineamientos se encuentran; la atención diferenciada a las víctimas, la que enmarca un trato y prestación del servicio según la edad, tipo de caso y condices de la víctima por parte del operador que la atiende, asegurando un espacio de cuidado, empatía. entre otros, haciendo salvedad en los niños, adultas mayores, población LGTBI y migrantes.

La articulación sectorial para la atención y protección de víctimas, enmarcándonos en este punto se aprecia que los operadores de salud no cumplen con el servicio de asistencia articulada con las instituciones encargadas de velar por la protección jurídica y defensa de las víctimas mediante las entidades prestadoras de salud IPRES, así mismo se evidencia ausencia de redes de soporte en relación al patrocinio y seguimiento

de los casos que representa una real vinculación con el MIMP y sus representantes zonales como son los CEMS.

Así mismo en relación a la promoción, prevención, atención y recuperación de las víctimas la vinculación con el MINSA debería ser aún más fuerte pues nos menciona el rol clave que cumplen los operadores al ser un espacio de atención primario donde se recibe la información de primera fuente.

Dentro de esta ruta y orientado directamente al servicio de psicología, radica la recuperación y promoción de la salud de la víctima y los integrantes del grupo familiar. Por conducto regular las víctimas que siguen procesos en la fiscalía o CEM's son derivadas a los centros de salud para el seguimiento del caso y la recuperación, pero al entrevistar a la psicóloga mencionó que:

“Es poco frecuente que vengan víctimas derivadas por alguna entidad del Estado, y si lo hacen es sólo para que les firmen el papel de seguimiento, no tenemos comunicación con las otras instituciones y ellos tampoco nos involucran en sus procesos”.

Para el presente estudio se han analizado las acciones sólo comprendidas en los periodos ya mencionados. Incluyendo sí, nueva información que aún está siendo trasladada al espacio y actores involucrados.

Así mismo se ha incluido información que se considera relevante relacionada a la percepción personal de las usuarias del servicio de salud. Siendo este punto frecuentemente olvidado al momento de diseñar los planes y políticas de intervención. La información obtenida nos da luces de las posibles estrategias a implementar en materia de prevención de violencia. Los testimonios enriquecen la comprensión del problema.

Hallazgo 9: La percepción de las usuarias del servicio de salud es parcialmente negativa en relación a la intervención en casos de violencia.

Las usuarias del servicio de salud como ya se ha mencionado, muestran cercanía al centro de atención y su personal. En promedio entre las mujeres entrevistadas más de la mitad asisten al menos una vez por semana a tratar algún malestar o molestia física para ellas mismas o alguien de su grupo familiar, es decir considerando que el personal ha trabajado y trabaja en la actualidad por largos periodos de tiempo; es muy posible que logren acompañar en todo el desarrollo de vida a estas personas. Iniciando con controles prenatales, pediatría, ginecología, y medicina general como el servicio más frecuentado.

Las usuarias consideran que el personal de salud puede atender a sus demandas, los años de asistencia al centro de salud o las referencias que tienen por otras usuarias les genera confianza y en muchos casos agradecimiento. Cabe resaltar que en su mayoría quienes asisten al C.S. llegan con un seguro integral, el mismo que subvenciona la atención. El sentir más recurrente es que al ser un servicio gratuito “mientras las atiendan” está bien. Sin ánimo de exigir o proponer mejoras, aunque internamente sientan que son necesarias para mejorar su experiencia e intervención en el lugar.

“Al médico yo lo conozco años, el me conoce desde que tengo mis primeros hijos, es bien acertados. Cuando está de mal humor nomás hay que escucharlo”. Usuaría del Servicio de salud

“Yo vengo aquí todo el tiempo, uy si le contara, ya me sé la vida de todos aquí y son buena gente. Atienden poco, pero si vienes temprano hasta encuentras a las doctorcitas de buen ánimo” Usuaría del Servicio de salud

En relación a la intervención en violencia, las usuarias dan por desterrado que exista algún tipo de intervención. Refieren que “ese tema no se toca, no se habla”. Sugiriendo además una suerte de indiferencia en caso una situación de ese tipo (violencia) se presente en el C.S. A su vez varias de ellas mencionaron que en alguna oportunidad tuvieron ganas de decirle a sus médicos tratantes los motivos internos que las llevaban a consulta. Si era un dolor de cabeza o la espera de un nuevo bebé, así como un

malestar reiterativo a nivel emocional, pero asumieron que no podían hacerlo ya que no serían escuchadas como esperaban.

En el C.S. Ciudad y Campo los casos de violencia llegan y han llegado desde mucho tiempo atrás, dejando un sinsabor en las usuarias al ver la forma en que fueron atendidos. Como espacio de salud básico, las mujeres violentadas han llegado por derivación de alguna autoridad (PNP o CEM's o Fiscalías). Casos puntuales, donde la actitud del personal no se ha caracterizado por la empatía.

Yo ni loca le podría contar al médico que me conoce tantos años si me pasara algo, seguro me va a gritar o decir que yo tengo la culpa". Usuaría del Servicio de salud

Una vez mi ex pareja me pegó, todo mi brazo estaba morado de los jalones que me dio y la enfermera me dijo mi vida, me dio tanta vergüenza que me fui y compré una pastilla para el dolor". Usuaría del Servicio de salud

"Le confieso que mi último bebito no fue deseado señorita, mi esposo empezó a tomar mucho y se ponía bien agresivo cuando quería intimidad. Así salí embarazada de mi último hijo. Pensarán que soy mañosa si estoy contando eso". Usuaría del Servicio de salud

"Uy estos médicos tienen un carácter. Gritan, se molestan y hasta atienden con bulla mirando el celular y saliendo a cada rato a la calle. No se están para esos casos delicados". Usuaría del Servicio de salud

A lo ya mencionado por las usuarias que suma el hecho de que no se dan las suficientes actividades de promoción y prevención de una vida libre de violencia. El tema es tocado de forma superficial y adjudicado sólo al área de psicología. La misma que no ha tenido presencia activa en los últimos años. El tema de la violencia es tocado sólo de forma superficial.

"Acá nunca hacen nada señorita. Cualquier cosa que una quiere hablar te dicen anda a psicología y allí nunca están o no te atienden de buena gana".

"No he visto que hagan nada por la violencia, sólo una vez pusieron unos lazos y nada más". Usuaría del Servicio de salud

“Yo pregunté una vez que vinieron a mi casa a hacerme unas preguntas para una ficha si me podían ayudar porque mi esposo les pegaba mucho a mis hijos y me dijeron que no sabían, que vaya al CEM”. Usuaría del Servicio de salud

Hallazgo 10: Las usuarias del servicio tienen conocimientos básicos sobre el concepto de violencia, pero muestran indiferencia ante los signos de alerta

Las usuarias del servicio de salud, conocen el significado de violencia mediante símbolos como golpes o insultos, pero tienen normalizado el machismo: el control del dinero, la obligación de tener relaciones sexuales, la no responsabilidad frente a la planificación, etc., trabajan en casa y muchas veces fuera. cuántas mujeres en el Rímac trabajan.

Según las Naciones Unidas al 2019, 1 de cada 3 mujeres han sufrido alguna manifestación de violencia por parte de su pareja o ex pareja, la violencia está instaurada en el modo de vida e interrelaciones personal y afectiva que adoptan las mujeres. Las usuarias del servicio de salud entrevistadas no son la excepción.

La normalización de la violencia y las estructuras sociales que favorecen el machismo repercuten en la poca actuación frente al problema. Las mujeres entrevistadas revelaban una suerte de “poco interés”

Rodríguez Campos, citando a Legarde en 1993 señala que las mujeres “hemos construido nuestra identidad a partir de una división excluyente, compulsiva y antagónica entre hombre y mujeres pues se han polarizado las cualidades que definen a cada uno. Esto nos reafirma los roles que juegan hombres y mujeres en la percepción de la violencia, asociado a comportamientos esperados.

“A mí, que me van a pegar, yo sé que la violencia es pegar y yo me defiendo. y si me insultan también lo hago, pero eso no es violencia, así pasa en la pareja y las mujeres somos jodidas, eso hace renegar al esposo, pero hay que darle por su lado sino reniegan”. Usuaría del Servicio de salud

En la edición de Voces que rompen el silencio, que recopila el análisis de la campaña Cartas de mujeres se hace mención bajo el título Subjetividades y violencia: Una aproximación a las subjetividades de mujeres que han sufrido violencia psicológica por parte de sus parejas que las mujeres a menudo callan la situación de violencia y esto se relaciona a la propia experiencia de la víctima, socialmente es rechazada, pero se normaliza en el ámbito privado (Velásquez 2003).

⁸Nureña y Caparachin en 2019, nos dicen que entre los principales motivos para que una mujer violentada permanezca al lado de su pareja está fuertemente vinculada a la idea preconcebida de la familia y los lazos que se hacen para toda la vida. Ideas que claramente son reforzadas por el entorno familiar y cultural de la víctima.

Sumándole a esto la culpa, la vergüenza, la invalidación social por no cumplir con lo esperado y a una eterna esperanza de que el agresor cambie.

“Señorita, mi esposo y yo nos conocimos cuando yo era bien jovencita, no terminé el colegio porque no había dinero y él me ayudó. Es bueno, pero como todo hombre le gusta mandar y yo le hago caso. Si se molesta se la agarra con mis hijos y nos da menos dinero para la comida”. Usuaría del Servicio de salud

“Mi esposo a mí no me pega, ni me grita porque yo tengo mi trabajo y sabe que no me muero por plata, pero ya estoy tantos años con él, uy mi familia lo quiere mucho. Es más costumbre, pero así es la vida, ya tenemos hijos y ellos necesitan a su papá. Además, mi familia primero me bota a mí antes que a él”. Usuaría del Servicio de salud

Citando a (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002). Revelan que para fines de estudio la literatura ha dado mayor énfasis a la violencia física, ya que a diferencia de la psicológica es la que tiene mayores características para medirla y objetivarla.

Velásquez en el 2003 mencionaba la importancia de laborar la raíz subjetiva de la violencia dándole énfasis a las emociones que para materia de esta investigación resulta

⁸ GRADE 2019

cierta; pues si bien las usuarias no revelan verbalmente indicadores de violencia estos sí se ven reflejados en un registro conductual que dejó las entrevistas, miradas perdidas, ojos lloroso y expresiones de incomodidad al tocar el tema, al ahondar y gestos en los espacios libres de la propia entrevista afirman que la violencia se calla porque mueve el dolor.

Así mismo Seligman 1975 habla de que las mujeres violentadas aprenden la indefensión como recurso para no propiciar el cambio de la situación, sentir que no se puede ser hacer más que esperar lo que toca. Citando a Walker 1989 la indefensión parece estar relacionada a los aprendizajes primarios.

“Señorita yo le digo en confianza que no soy feliz, pero eso ya no importa, importa que mis hijos tengan a su papá que nos da la comida y nuestros gustos, yo sé que él hace sonseras en la calle, pero a mí no me falta nada y ya pues, yo lo elegí, me queda aguantar nomas”. Usuaría del servicio de salud

“Mi papá era bien tosco con mi mamá y ella me decía que así son los hombres y que está bien. Que las familias no son perfectas. Sufrir es parte de eso pues”. Usuaría del servicio de salud

CONCLUSIONES

Las normas vigentes son limitantes para la atención de la problemática que genera la violencia. Las políticas públicas implementadas por parte del MINSA tienen actuación transversal en la problemática que atendemos sin embargo podemos afirmar que los constantes cambios políticos, los mismos que obedecen a una inadecuada concepción del problema, las decisiones y facultades que recaen en personal con poca preparación, así como la inadecuada gestión del talento humano, no permite que la Guía Técnica para la Atención de las Personas afectadas por la Violencia Basada en Género, mediante su instrumento principal que es la ficha de tamizaje de detección de violencia logre la efectividad deseada.

Se aprecia que hay un trabajo desarticulado entre las principales instituciones colindantes tales como la comisaria, centro de emergencia mujer, organizaciones sociales de base, organizaciones religiosas entre otros tanto estatales como particulares donde la comunicación interinstitucional es limitada para actividades protocolares. Sumaremos a esto que la identificación de los actores aún es incipiente y sesgada por afinidad política y de conveniencia en el uso de recursos. Provocando barreras a fin de no asumir mayores responsabilidades.

En el centro de salud Ciudad y Campo los operadores no tienen establecidos los lineamientos de atención de la violencia, la guía de tamizaje no es de obligatoriedad en la práctica y los esfuerzos nacionales no se evidencian como directrices en la promoción y prevención de la violencia a nivel primario. Así mismo otro factor que limita es el modelo de gestión por resultados que a la fecha viene aplicando el MINSA, y por el cual, las atenciones pasan a ser medidas por cantidad y no por calidad.

Así mismo en relación a la correspondencia del instrumento y las características del público estudiado se aprecia que la guía de detección se encuentra desactualizada en fondo y forma. El instrumento como tal cumple con recabar la información mínima indispensable para saber si hay o no violencia, pero no aborda aspectos importantes relacionados a la gravedad y protección de la mujer en caso sea víctima. Si bien corresponde a la atención primaria, lo ya mencionado implica que a la fecha no contemple nuevas formas de violencia y un perfil más diferenciado de las mujeres usuarias, según edad, accesos y uso del servicio.

Por otro lado, las condiciones de los espacios y la predisposición de las usuarias hacia un tema que se revela en ellas bajo constructos sociales nocivos donde la normalización y solapamiento de la violencia es una forma de vida, disminuye las posibilidades de intervención efectiva. El formato de la guía es un instrumento válido, pero debe responder a una mejor identificación de las características de las usuarias, así como al nivel de atención y el objetivo del mismo.

En relación a las competencias de los operadores de salud, se evidencia que es mínima como por ejemplo en relación a los requisitos mínimos que sugiere la guía de detección de violencia como estándar para la atención e las usuarias.

Así también se aprecia debilitada motivación al trabajo, ausencia de identificación con el servicio de salud y una limitada valoración de sus funciones e impacto en sus pacientes. Así mismo la inadecuada concepción teórica de la violencia, el desconocimiento del marco legal de actuación y una demostrada indiferencia a las políticas públicas que deberían aplicarse en el Centro de Salud dada sus características.

Por otro lado, la labor bajo el modelo por resultados y el enfoque de atención MAIS FCB agrava la problemática y bloquea el accionar de los profesionales al no contemplar la realidad del público al que se atiende, así como la forma de trabajo instaurado en los centros de atención primaria; la ausencia de supervisión para agilizar procesos, el desorden, insuficiente capacitación y herramientas. Así mismo, aunque ambos enfoques estén orientados a la mejora de los servicios aún falta mucho en materia de prevención de salud. Los y las usuarias requieren tiempo y estrategias para la atención de sus síntomas, los mismos que son diversos, profundos y parten de un contexto también variado según la persona.

No hay un estado equilibrado que permita la atención masiva sin involucrar recursos económicos, técnicos y personales. En relación a las competencias emocionales se puede identificar un inadecuado control de impulsos, actitud negativa al cambio, baja tolerancia a la frustración, bajo nivel de empatía y nula sensibilización con la problemática; caracterizado por la actitud defensiva en el trabajo, la dificultad para comprender los problemas con los que acuden a atenderse. Se suma a esto desconfianza en su propia institución y rechazo hacia los lineamientos impuestos de forma interna o incluso sectorial.

Por todo lo ya mencionado se concluye en que los operadores de salud del Centro de Salud Ciudad y Campo no cuentan con las competencias suficientes para la aplicación de la ficha de tamizaje; así mismo estas limitaciones lo que hacen es empobrecer el proceso de promoción de salud y atención de víctimas de violencia que se espera desde el Estado, escalonado a todas sus instancias de atención dirigidas por el MINSA.

Los operadores que en su mayoría corresponden a un tipo de contrato indefinido, sujeto a leyes que amparan el ejercicio profesional sin meritocracia, ni supervisión o evaluación que realmente responda a las preguntas: ¿esta persona es idónea para las funciones a desempeñar? y ¿los objetivos pueden lograrse con la gestión de persona que se realiza en la actualidad?, ¿los modelos tanto de resultados como de intervención familiar contemplan la variedad de casos y problemática? Preguntas interesantes que podrían acercarnos a los lineamientos y sobre todo a la problemática subyacente que está en el personal operador y el público usuario.



RECOMENDACIONES

Las decisiones políticas estatales demuestran una baja intención y capacidad para la lucha contra la violencia a la mujer, es fundamental que desde las políticas públicas se refuerce la obligatoriedad de los planes y proyectos de acción diferenciados para la promoción prevención detección y atención de casos. Así mismo se deberá promover la institucionalización de los centros de salud en calidad de proveedor de atención primaria. Siendo el espacio inmediato en el cual las víctimas buscan ayuda en salud física, pero en el cual no confían para temas vinculados a la violencia. Replantear estrategias que impulsen la confianza de la población en sus instituciones de primera línea.

Otro impacto de las decisiones políticas son las limitadas redes de alcance que fomentan, para ello se deberán tener plenamente identificados a los actores involucrados y motivar la reunión y/o creación de mesas de diálogo y trabajo, donde se expongan las necesidades y falencias de cada institución con el fin de articular y sumar esfuerzos a nivel macro y con responsables que no sólo provengan del ministerio que lo propone (suele ser el MIMP).

Parte de las decisiones que limitan la efectividad del instrumento radica en la gestión del talento, es importante incluir una medición objetiva del perfil del operador para así proponer actividades de capacitación y seguimiento de avances que estén vinculados a la política de interés. La sensibilización del operador radicará en el reconocimiento de la importancia de su labor, sus alcances, limitaciones y los recursos que como institución (MINSA) se les dé. En relación a la gestión por resultados está debe contemplar una identificación del contexto en el cual se interviene, así se garantizará que los lineamientos se ajusten a las necesidades de los beneficiarios y de las estructuras internas propias de los centros de salud.

En relación a la correspondencia del instrumento con las características del público usuario, urge una actualización de la guía y el formato de la ficha de tamizaje, para ello será necesario una identificación de las características propias de la población a quien va dirigida y una capacitación implementada desde el MINSA a fin de dotar de estrategias de atención sobre esta problemática a los operadores de salud. Así mismo si bien la ficha como tal resulta útil se deberá reforzar en la creación de

condiciones estructurales, de tiempo y acceso que tengan las usuarias del servicio esto con el fin de recoger la mayor cantidad de información posible.

En alianza con otras instituciones como MIMP mediante sus CEM será clave el intercambio de información que permita derivar de forma oportuna a la mujer en caso sea víctima y disminuir el alcance de la violencia.

La creación de alianzas locales interinstitucionales con respaldo de la autoridad local como es la municipalidad, respaldará las acciones in situ, y así se evitará la burocracia interna y sus efectos como son; la respuesta tardía, aumento en el nivel de complejidad de casos, incluso consecuencias fatales como el feminicidio. El agilizar los trámites partiendo de una comunicación multinivel y con directrices plenamente establecida en base a la experiencia.

Sobre las competencias de los operadores del servicio, es importante identificar las condiciones en las que se encuentran los profesionales y se propone la implementación de programas piloto por micro redes. Esto permitirá contar con un grupo de muestra y plantear con ellos la revisión de las competencias profesionales que consideran necesarias para el correcto ejercicio de sus funciones y por ende de la orientación hacia la causa común que es la detección oportuna y promoción de salud en el público usuario.

Convocar a los operadores y no sólo establecer lineamientos verticales permitirá conocer de primera mano las reales necesidades y falencias de este público, así como el involucrarlos el levantar información y concientizar del alcance positivo de puede lograrse con una intervención adecuada en autonomía, cumplimiento de protocolos y conocimiento del problema. El desarrollo de competencias debe plantearse como una necesidad del operador, primero a nivel académico y luego a nivel personal, pero con una participación activa.

La propuesta implica no partir desde cero sino utilizar las fortalezas que el personal ya tiene como son la experiencia y reconocimiento por parte de las usuarias.

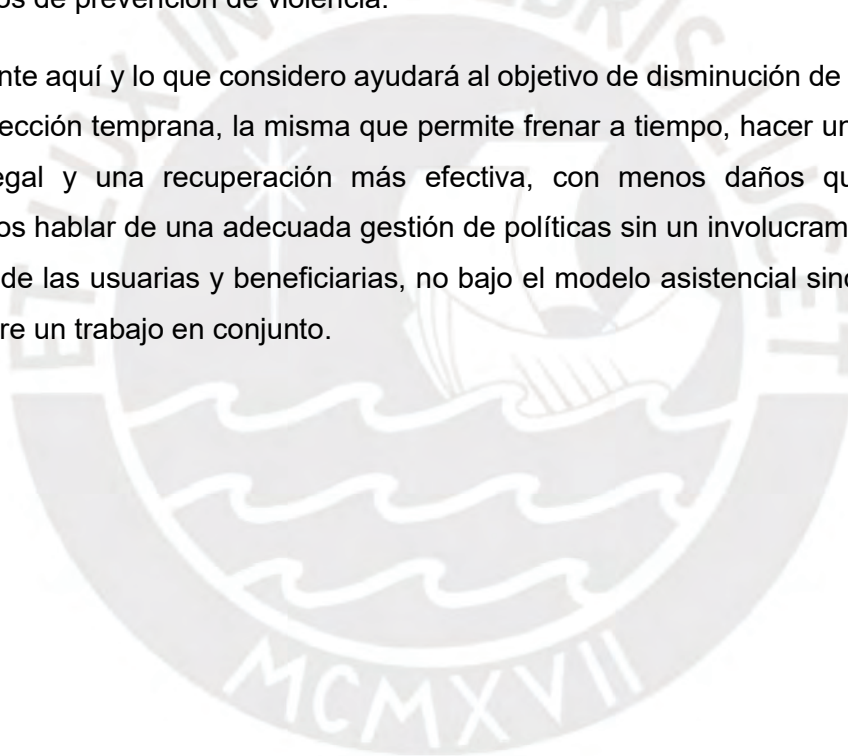
A nivel académico se ha detectado la ausencia de capacitaciones que enriquezcan su vida profesional, más allá de las capacitaciones masivas que ofrece el MINSA, la misma que no logra satisfacer lo esperado por los operadores.

En relación a las competencias emocionales, es crucial que quienes tengan la facultad de brindar atención a una problemática tan compleja tengan previo una sesión evaluativa sobre salud mental. Esto a fin de saber que el operador está en las

condiciones adecuadas para ser un factor positivo en el proceso y para no verse afectado por la información que manejará.

No podemos dejar de involucrar a la población, la problemática de la violencia y la permisividad social obliga a una acción frontal donde se vincule al Estado con las usuarias. Previa contextualización e identificación de los canales más idóneos para la creación de vínculos de confianza y respeto será importante disponer de las actividades extra murales que plantee el modelo de atención MAIS FBC para así reestructurar la participación de las usuarias, las visitas domiciliarias así como los espacios de desarrollo común como son las escuelas y los centros comunales o de asistencia conjunta a algún programa social pueden servir de punto de conexión para la creación de agentes comunitarios de prevención de violencia.

Lo importante aquí y lo que considero ayudará al objetivo de disminución de la violencia será la detección temprana, la misma que permite frenar a tiempo, hacer un adecuado proceso legal y una recuperación más efectiva, con menos daños que reparar. No podemos hablar de una adecuada gestión de políticas sin un involucramiento real y sostenible de las usuarias y beneficiarias, no bajo el modelo asistencial sino uno en el cual se logre un trabajo en conjunto.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLEMANN, Clara
2017 Violencia contra las mujeres, ¿alguien está escuchando en el sector de la salud? BID.
<https://blogs.iadb.org/salud/es/violencia-contra-las-mujeres-sector-salud/>
2. Aliaga, Ricardo
2018 “Por qué es tan caótico el sistema de salud peruano?”. Conexión ESAN. Consulta octubre 2020.
<https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2018/01/26/por-que-es-tan-caotico-el-sistema-de-salud-peruano/>
3. AMBIA, Mabel
2015 “Análisis del perfil de competencias del personal de salud para la aplicación del enfoque de promoción de la salud, en el marco del programa estratégico articulado nutricional del puesto de salud de Lliupapuquio, Provincia de Andahuaylas”. Tesis de maestría en Gerencia Social. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado.
4. ARRIOLA, Inés
2013 “Obstáculos en el acceso a la justicia de víctimas de violencia psicológica en el procedimiento de violencia familiar nacional ¿decisiones justas con enfoque de derechos humanos y de género?: análisis de casos con resolución de la Segunda Sala de Familia de Lima entre setiembre-diciembre 2011”. Tesis de maestría en Derechos Humanos. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado.
5. BOBADILLA, Percy
2004 “La gerencia social en el nuevo siglo: una aproximación teórica”. Debates en Sociología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú
<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/debatesensociologia/article/view/7023>

6. CALDERÓN, Percy
2009 “Teoría de conflictos de Johan Galtung” Granada, 2009, N° 2. Consulta junio 2020
<https://www.redalyc.org/pdf/2050/205016389005.pdf>

7. CONCURSO DE INVESTIGACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO 2016
Voces que rompen el silencio de la violencia 2016.
<https://www.mujereslibresdeviolencia.usmp.edu.pe/wp-content/uploads/2017/03/DARS-GIZWEB.pdf>

8. CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2016 Decreto Supremo N° 008-2016 – MIMP. Lima, 26 de julio. Consulta 20 agosto 2019.
<http://www.mimp.gob.pe/normatividad/normaspdf/server/php/files/ds-008-2016-mimp.pdf>

2015 Ley para Prevenir, Sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Lima, 23 de noviembre.
<https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/30364.pdf>

9. CRUZ, Peggy y VEGA Georgina
2001 “*La Gestión por competencias*”. Trabajo de licenciatura en Administración de empresas. Chile: Universidad de Antofagasta, Escuela de Administración.
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/gestion_por_competencias._procesos._metodologia.pdf

10. DADOR, Jennie
2011 Violencia de género contra las mujeres. CIES. Lima, Perú
<http://cies.org.pe/sites/default/files/files/articulos/economiaysociedad/15-dador.pdf>

11. DEFENSORIA DEL PUEBLO DE VENEZUELA

2016 Protocolo para la detección temprana y la intervención oportuna de la violencia contra niños, niñas y adolescentes.

<https://www.unicef.org/venezuela/media/531/file>

12. DEFENSORÍA DEL PUEBLO DEL PERÚ

2013 Balance sobre el cumplimiento del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015

<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe-003-2013-DP-ADM.pdf>

13. DEZA, Sabina

2012 “¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia?”.

Avances en psicología. Lima. 20 (1). Consulta Julio 2020.

<http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2012/sabinadeza.pdf>

14. DIAZ, Rodolfo y otros

2002 “El Enfoque de las Competencias Laborales: Historia, Definiciones y Generación de un Modelo de Competencias para las Organizaciones y las Personas” Vol. 11 N°2. Consulta septiembre 2020.

<http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/433/412>

15. DIRECCIÓN DE SALUD LIMA NORTE (DIRIS NORTE)

2019 Reglamento interno de servidores civiles de la Dirección de redes Integrales de Salud. Lima Norte

<http://www.dirislimanorte.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/RIS-2019-2.pdf>

16. HERNÁNDEZ, Wilson
2019 Violencias contra las Mujeres. La necesidad de un doble plural. GRADE, Lima. <http://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/LibroGRADEViolenciaSMujeres.pdf>
17. HUAYHUARINA, Elizabeth
2019 *“Análisis de la estrategia de prevención y promoción frente a la violencia familiar y violencia contra la mujer con énfasis en la población de varones, implementada por el programa nacional contra la violencia familiar y sexual en los centros emergencia mujer de los distritos de Surco y La Molina”*. Tesis de maestría en Gerencia Social. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado.
18. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019. Consulta: enero 2020.
https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf
2020, Lima: Estimaciones Poblacionales
<http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/la-poblacion-de-lima-supera-los-nueve-millones-y-medio-de-habitantes-12031/#:text=El%20Instituto%20Nacional>
19. JANOS, Erika
2019 *“Atribución de la culpa a la víctima de violencia sexual y su relación con la revelación emocional”*. Tesis de maestría en Psicología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Escuela de Posgrado
20. KLIKSBURG, Bernardo
1993 Pobreza un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial. México: Fondo Cultura Económica
<http://revistas.unam.mx/index.php/rel/article/view/51799/46223>

21. KUSUNOKI, Lourdes y TAVERA Mario
2016 *“Diagnóstico de las competencias relacionadas a la atención primaria en salud de los profesionales del servicio rural urbano marginal de salud de la dirección regional de salud Lima- 2015”*. Tesis de maestría en Gerencia Social. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado.
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7895>
22. MERTENS, Leonard
1996 “Competencia laboral: Sistemas, surgimiento y modelos”.
Montevideo, 1996
https://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/mertens.pdf
23. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP)
- 2020 Estadísticas del MIMP, Programa Aurora 2020
<https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php?codigo=8>
- 2020 Informe Balance; Ejecución del plan de acción conjunto 2019.Lima
<https://observatorioviolencia.pe/wp-content/uploads/2020/07/Informe-PAC-amigable-VF.pdf>
- 2020 Estadísticas del MIMP 2020
<https://www.mimp.gob.pe/omep/estadisticas-violencia.php>
- 2016 Violencia basada en Género, Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado
https://oig.cepal.org/sites/default/files/mimp_violencia_basada_en_genero_marco_conceptual_para_las_politicas_publicas_y_la_accion_del_estado.p
- 2017 Conceptos fundamentales para la transversalización del enfoque de género.
<https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dcteg/Folleto-Conceptos-Fundamentales.pdf>

2019 Avances técnico-normativos de los sectores MIMP y MINSA.
<https://peru.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/maria-del-carmen-panizo-mimp.pdf>

24. MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2007 Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género.

http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1253_PROM47.pdf

Estadísticas de Salud 2009 al 2016. Consulta noviembre 2019

<http://bvs.minsa.gob.pe/blog/vhl/catalogos-minsa/estadisticas-de-salud/>

Oficina de planeamiento, presupuesto y modernización. Presupuesto por resultados, Salud Mental 2019

https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_9.pdf

2011 Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria

<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/observatorio/publicaciones.html>

2011 Gestión por competencias

<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s2/II-2.%20Competencias%20Laborales%20para%20la%20mejora%20del%20desempe%C3%B1o%20de%20los%20Recursos%20Humanos%20en%20Salud.pdf>

25. MOKATE, Karen y SAAVEDRA José

2006 Gerencia Social: Un Enfoque Integral para la Gestión de Políticas y Programas. Washington: INDES

<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Gerencia-Social-Un-Enfoque-Integral-para-la-Gesti%C3%B3n-de-Pol%C3%ADticas-y-Programas.pdf>

26. LEGARDE, Marcela
1996 El género.
https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHyMediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf
27. LICHA, Isabel
2002 La construcción de escenarios: Herramientas de la gerencia social. Licha-2000%20Gerencia%20social.pdf
28. ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS
s/f Convención de Belem do Pará
<https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Folleto-BelemdoPara-ES-WEB.pdf>
29. ORTIZ, Gaby y VIVES Carmen
2012 Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. Gaceta Sanitaria, Volumen 26. España
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003608?via%3DiHub>
30. PAVIETLICH, Iván
2015 *“Análisis del Plan Nacional de igualdad de género con énfasis en la dimensión de orientación sexual: aportes de la gerencia social para mejorar las políticas de género en el Perú”*. Tesis de maestría en Gerencia Social. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
31. PÉREZ, Guadalupe
2020 Transversalización del enfoque de género en organizaciones y proyectos sociales: definiciones y orientaciones básicas. GRADE
<http://www.grade.org.pe/crear/archivos/Transversalizaci%C3%B3n-del-enfoque-de-g%C3%A9nero-VF.pdf>

32. RODRÍGUEZ, María
2018 *“Relaciones de pareja, violencia y resistencia: trayectorias de un grupo de mujeres de un centro poblado rural de la costa sur del Perú”*. Tesis de maestría en Estudios de Género. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
33. SERRANO, Pilar
2012 La perspectiva de género como una apertura conceptual y metodológica en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*.
<https://scielosp.org/pdf/rcsp/2012.v38suppl5/811-822/es>
34. SOTO, Alonso
2019 Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*.
<https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425>
35. SULBRANDT, José
2002 Introducción a la gerencia social.
<http://courseware.url.edu.gt/PROFASR/Docentes/Facultad%20de%20Ciencias%20Pol%C3%ADticas%20y%20Sociales/Gu%C3%ADa%20Docente%20Gerencia%20Social%201/Bibliograf%C3%ADa%20digital/Gu%C3%ADa%201/Unidad%201/SULBRA.PDF>
36. TEJADA José y NAVÍO, Antonio
2005 “El desarrollo y la gestión de competencias profesionales: Una mirada desde la formación”. Grupo CIFO; España
<https://rieoei.org/historico/deloslectores/1089Tejada.pdf>
37. ZARATE, Eduardo
2001 “Descentralización de los servicios de salud” Año 9 N° 18.
Consulta agosto 2020
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001_n18/descen_serv_salud.htm#

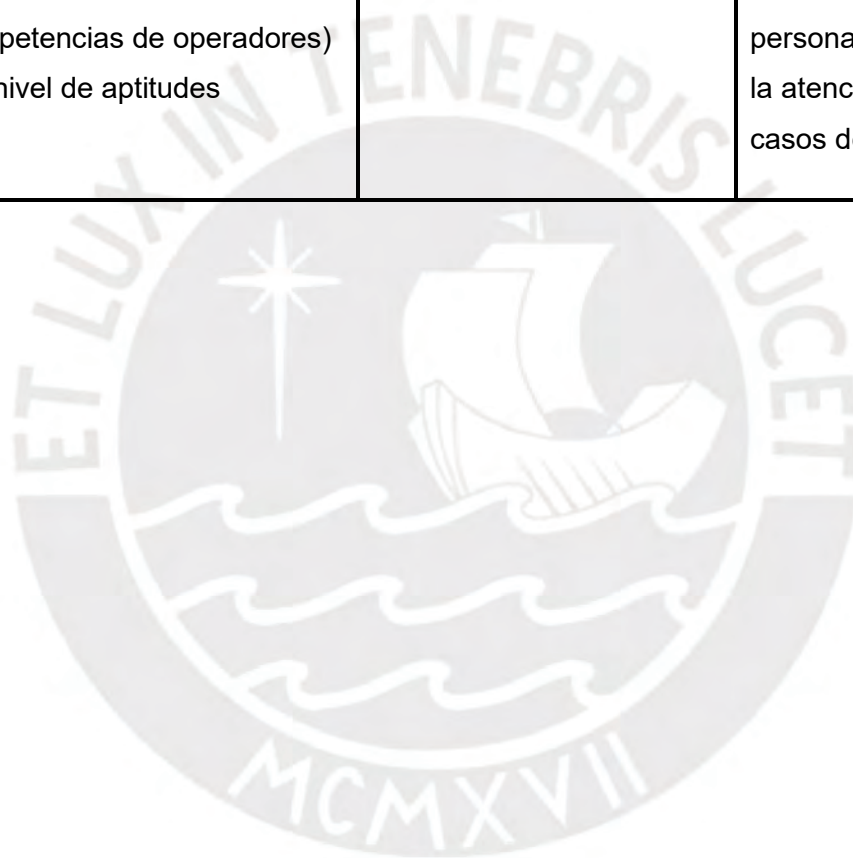
ANEXOS

1. Esquema de pertenencia de variable – indicador / pág. 78
2. Esquema de recojo de información / pág. 80
3. Relación de abreviaturas o siglas / pág. 82
4. Guía de entrevista operadores de salud / pág. 83
5. Guía de entrevista usuarias de servicio de salud / pág. 85
6. Consentimiento informado / pág. 86



Instrumento	Variables	Indicadores
Guía técnica para la atención de las personas afectadas por la violencia basada en género. FICHA DE REGISTRO DOCUMENTAL 01	Efectividad del instrumento	Facilita suficiente información
Formatos de derivación interna FICHA DE REGISTRO DOCUMENTAL 02	Efectividad del instrumento	Articulación interna y externa
Indicadores estadísticos de las atenciones FICHA DE REGISTRO DOCUMENTAL 03	Efectiva aplicación	Tiempos de acción
Protocolo de aplicación del instrumento – FICHA DE REGISTRO DOCUMENTAL 04		Aplicación completa del instrumento
Registro de atenciones diarias FICHA DE REGISTRO DOCUMENTAL 05	Decisiones políticas limitantes	Indicadores por resultados
Ficha de registro documental – FICHA DE ATENCIÓN 06	Afectación en la aplicación	Omisión en la aplicación
Guía de entrevista a operadores de salud (casos detectados) GEO 01	Efectividad del instrumento	Facilita suficiente información
Guía de entrevista a operadores de salud (cumplimiento del protocolo) GEO 01		Articulación interna y externa
Guía de entrevista a operadores de salud (políticas limitantes) GEO 01	Decisiones políticas limitantes	Indicadores por resultados
Guía de entrevista a operadores de salud (correspondencia del instrumento por accesibilidad) GEO 01	Correspondencia del instrumento según nivel	Accesibilidad a población

Guía de entrevista a operadores de salud (competencias) GEO 01	de atención / condiciones de la población	Atención de cualquier nivel de violencia
Guía de entrevista a usuarios del servicio (competencias de operadores) GEO 02 – A nivel técnico profesional	Competencias de los Operadores de salud	Cualidades técnico-profesionales frente a la atención de casos de violencia
Guía de entrevista a usuarios del servicio (competencias de operadores) GEO 02 – A nivel de aptitudes personales		Herramientas personales frente a la atención de casos de violencia



Técnicas	Instrumentos	Muestra
Revisión documentaria	Guía técnica para la atención de las personas afectadas por la violencia basada en género. FICHA DE REGISTRO DOCUMENTAL 01	1 muestra
	Formatos de derivación interna FICHA DE REGISTRO DOCUMENTAL 02	1 muestra
	Indicadores estadísticos de las atenciones FICHA DE REGISTRO DOCUMENTAL 03	5 muestras
	Protocolo de aplicación del instrumento – FICHA DE REGISTRO DOCUMENTAL 04	1 muestra
	Registro de atenciones diarias FICHA DE REGISTRO DOCUMENTAL 05	5 muestras
	Resolución de cambios internos de personal	1 muestra
	Ficha de registro documental – FICHAS DE ATENCIÓN 06	05 muestras
Entrevista	Guía de entrevista a operadores de salud (casos detectados) GEO 01	10 muestras
	Guía de entrevista a operadores de salud (cumplimiento del protocolo) GEO 01	10 muestras
	Guía de entrevista a operadores de salud (políticas limitantes) GEO 01	10 muestras
	Guía de entrevista a operadores de salud (correspondencia del instrumento por accesibilidad) GEO 01	10 muestras
	Guía de entrevista a operadores de salud (competencias) GEO 01	10 muestras

	Guía de entrevista a usuarias del servicio (competencias de operadores) GEO 02 – A nivel técnico profesional	20 muestras
	Guía de entrevista a usuarias del servicio (competencias de operadores) GEO 02 – A nivel de aptitudes personales	20 muestras



Relación de abreviaturas o siglas:

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer

DDHH: Derechos Humanos

ENDES: Encuesta demográfica y de salud familiar

MINSA: Ministerio de Salud

MINEDU: Ministerio de Educación

MININTER: Ministerio del Interior

MIMP: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

MAIS FBC: Modelo de Atención Integral en Salud Basado en familia

MINJUS: Ministerio de Justicia

VBG: Violencia basada en Género

PCM: Presidencia del Consejo de Ministros

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PLANIG: Plan Nacional de Igualdad de Género

APS: Atención Primaria de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

SERVIR: Autoridad Nacional del Servicio Civil

LGTBI: Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales

OEA: Organización de los Estados Americanos

Guía de entrevista – Operadores de Salud

Edad:

Profesión: Especialización.....

Tipo de contrato: Indefinido CAS Locación Otros

Tiempo laborando en la institución:

¿Aplica la ficha de tamizaje de violencia?.....

¿Se encuentra satisfecho con su estado laboral actual?.....

Facilita suficiente información:

1.- ¿La ficha de tamizaje lo ayuda a conocer la problemática de los usuarios del servicio?

2.- ¿Qué elementos le agranía a la ficha de tamizaje?

Protocolo de atención:

3.- En relación al protocolo de atención, ¿Es posible cumplir con los pasos requeridos?
¿por qué?

4.- ¿Considera que la atención que se brinda es oportuna?

5.- ¿El protocolo actual está actualiado, siendo útil para la atención?

6.- ¿Considera usted qué necesita redes de soporte frente a los casos que presentan los usuarios?

7.- ¿Cree importante atender a los usuarios según el nivel de riesgo que presentan?

Políticas limitantes

8.- ¿Cree usted que los cambios políticos afectan la atención de los usuarios del servicio?

9.- En relación a la intención política por disminuir la violencia, cómo la calificaría:

1) Muy alta 2) Alta 3)Media 4)Baja 5)Muy baja

10.- ¿Considera usted que las decisiones políticas favorecen el compromiso del personal con los usuarios o con el cumplimiento de indicadores?

Correspondencia del instrumento (técnico)

11.- ¿Para usted, la ficha de tamizaje es accesible a los usuarios del servicio?

12.- ¿Crees usted que las preguntas son entendidas por el público usuario?

13.- ¿La ficha de tamizaje permite atender cualquier nivel de violencia?

14.- ¿La ficha de tamizaje permite adaptarse a las condiciones de los usuarios?

15.- ¿Qué propuestas haría usted para hacer más efectiva la detección de la violencia?

16.- ¿Siente usted que necesita alguna preparación extra para atender los casos que llegan al centro de salud?

17.- ¿Considera usted que conoce en su totalidad la ficha de tamizaje de violencia?

18.- ¿Siente usted que los casos de violencia lo afectan emocionalmente?

1)Sí 2) No

Si marcó sí, a qué nivel?

A)Mucho

B)Poco

d) Nada

Guía de entrevista – Usuaris del servicio

Edad:

Ocupación:

¿Tiene hijos?

¿Cuántos?:

Estado Civil:

Natural de:

Competencias técnicas de los operadores de salud:

1.- ¿Qué considera es lo más importante cuando va al centro de salud?

2.- ¿Confía en quiénes la atienden en el centro de salud?

3.- ¿Siente usted que la tratan con respeto y amabilidad cuando asiste al C.S.?

4.- ¿Considera usted que los encargados de aplicar la ficha de tamizaje tienen dominio del tema?

Situación personal:

5.- ¿Siente usted que su problema fue solucionado?

6.- ¿Cómo definiría su situación personal actual?

8.- Para usted, ¿qué es la violencia?

9.- ¿El centro de salud tiene los espacios adecuados para atender a las usuarias?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:

.....
con DNI: en pleno uso de mis facultades, doy el consentimiento para que se me entreviste.

La información y resultados de la entrevista formarán parte de la investigación denominada *"Análisis de los factores que inciden en la efectiva aplicación de un instrumento de detección de violencia en el Centro de Salud Ciudad y Campo – Rímac en el periodo 2018 – 2019"*, realizado por la psicóloga *Marjorie Velarde Pareja*, con el propósito de obtener el grado de Magister en Gerencia Social de la Universidad Católica del Perú.

La información que brinde será tratada de acuerdo a las normas éticas de investigaciones internacionales, así como los datos personales se guardarán en reserva pues sólo es para fines académicos. Después de haber leído y comprendido el objetivo del estudio y las especificaciones para el manejo de la información.

Rímac, de de 201...

Firma