



Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual

Seguimiento de las recomendaciones defensoriales en
establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno

Defensoría del Pueblo
Jirón Ucayali N° 388
Lima – Perú
Teléfono: (511) 311-0300
Fax: (511) 426-7889
E-mail: defensor@defensoria.gob.pe
Internet: <http://www.defensoria.gob.pe>
Línea gratuita: 0800-15170

Primera edición: Lima, Perú, junio de 2016.
400 ejemplares.

Hecho el Depósito Legal en Biblioteca Nacional del Perú 2016-07979

La presente publicación se realizó con el auspicio de una canasta de fondos¹ financiada por Canadá (2006-2017), AECID (2007-2016), ASDI (2007-2010), Bélgica (2012-2014) y COSUDE (2006-2011), en el marco del programa “La promoción de la equidad e inclusión para la realización de los derechos humanos” de la Defensoría del Pueblo – Ampliado.

¹ www.defensoria.gob.pe/canastadefondos

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
CAPÍTULO I	
LA VIOLENCIA SEXUAL COMO VIOLACIÓN DE DERECHOS HUMANOS Y UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	11
1.1 La violencia sexual como un problema de derechos humanos	16
1.2 La violencia sexual como un problema de salud personal y de salud pública	20
1.3 La violencia sexual como un problema de seguridad ciudadana y de alto costo social y económico	27
1.4 La legitimación de la violencia sexual en el Perú	29
CAPÍTULO II	
ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	31
2.1. Normas de rango constitucional	31
2.2. Normas con rango de ley	36
2.3. Normas de rango infralegal	43
2.3.1. Políticas y Planes	44
2.3.2. Guías y/o protocolos del Ministerio de Salud sobre la atención a casos de violencia contra las mujeres, incluyendo violencia sexual	53
CAPÍTULO III	
RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN REALIZADA A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE AREQUIPA, JUNIN, LIMA, PIURA Y PUNO	61
3.1. Disponibilidad: ambiente especial para la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual en los servicios de salud	64
3.2. Accesibilidad económica de las víctimas de violencia sexual a los servicios de salud	67
3.2.1. Sobre la atención y rehabilitación de las mujeres víctimas de violencia	68

3.2.2. Sobre la certificación del estado de salud y las consecuencias de la violencia perpetrada contra las mujeres	70
3.2.3. Sobre la cobertura en el Seguro Integral de Salud (SIS)	72
3.3. Aceptabilidad y calidad en la atención de las víctimas de violencia sexual en los servicios de salud	75
3.3.1. Identificación de casos de violencia contra las mujeres	75
3.3.1.1. La detección de casos de violencia sexual	80
3.3.1.2. Embarazo adolescente y violencia sexual	82
3.3.2. Atención de los casos de violencia sexual	84
3.3.2.1. Conocimiento sobre la normatividad referida a la atención de casos de violencia sexual	84
3.3.2.2. La utilización de flujogramas de atención	88
3.3.2.3. Atención frente a hechos recientes de violencia sexual	89
3.3.2.4. Los tratamientos psicológicos	96
3.3.3. Enfoque médico pericial	99
3.3.4. Registro de casos de violencia contra las mujeres	108
3.3.4.1. Sobre el Registro Único Inter Servicios	109
3.3.4.2. Registro de atenciones a mujeres víctimas de violencia dentro del sector salud	111
3.3.5. Referencia y denuncia de casos de violencia sexual	120
3.3.5.1. Referencia de casos de violencia sexual	120
3.3.5.2. Denuncia de casos de violencia sexual	126
3.3.6. Competencias técnicas y capacitación de operadores y operadoras de salud	129
CONCLUSIONES	137
RECOMENDACIONES	151
BIBLIOGRAFÍA	155
ANEXOS	163

PRESENTACIÓN

La violencia contra las mujeres es un asunto de derechos humanos que no solo requiere ser abordado desde el ámbito del acceso a la justicia sino que también resulta ser un problema de salud pública. En este sentido, el Informe de Adjuntía N° 003-2016-DP/ADM, titulado “*Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual: Seguimiento de las recomendaciones defensoriales en establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*”² tiene como objetivo contribuir a garantizar una atención de calidad de la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual en los establecimientos de salud.

En este marco, el presente estudio incide de manera específica en la atención de la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual, quienes se encuentran en especial situación de vulnerabilidad dada la afectación de sus derechos a la integridad física y psicológica, libertad sexual, salud física y mental, libre desarrollo de la personalidad y a una vida libre de violencia. Además, como lo ha señalado el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), “la violencia contra la mujer es una forma de discriminación”³. Por tanto, la violencia sexual supone una expresión de discriminación contra las mujeres.

En lo que concierne al contexto de la violencia sexual, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015 sostiene que el 7,9% de las mujeres en el Perú sufrió alguna vez en su vida una agresión sexual, reportándose que en los últimos 12 meses, 20,301 mujeres entre 15 y 49 años de edad alguna vez unidas fueron agredidas física y/o sexualmente por sus parejas o ex parejas⁴. De otro lado, entre enero de 2009 y octubre de 2015, el Ministerio Público registró un total de 129,668 denuncias por delitos de violación de la libertad sexual⁵, mientras que el Instituto Nacional Penitenciario reportó que la población penal de varones por delito de violación sexual es de 4,213 y

² Cabe recordar que en el año 2010 se publicó el Informe de Adjuntía N° 003-2010-DP/ADM, “*Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: Supervisión de establecimientos de salud de Lima y Callao*” y en el año 2012, el Informe de Adjuntía N° 003-2012-DP/ADM, “*Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: Supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*”; cuyas recomendaciones son objeto de seguimiento en el documento que se presenta.

³ Cfr. COMITÉ CEDAW. *Recomendación General 19 “La violencia contra la mujer”*. 29 de enero de 1992, párr. 1.

⁴ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015*. Lima: INEI, 2016, p. 365.

⁵ OBSERVATORIO DE LA CRIMINALIDAD. *Información Estadística contra la violencia hacia la mujer. Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Lima, Ministerio Público, 2015. Disponible en: <http://portal.mpfj.gob.pe/descargas/00%20Infografia%2025%20nov%202015.pdf>. Consulta: 31 de mayo de 2016.

por delito de violación sexual de menor de edad es de 6,981⁶. Ambos delitos contra la libertad sexual suman un total 11,194 varones privados de su libertad, ubicándose como el segundo delito más frecuente en el país.

Es indudable que este tipo de agresiones de connotación sexual además de suponer un acto ilícito grave, tiene consecuencias importantes para la salud de las mujeres. En tal sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que las mujeres víctimas de violencia sexual, en particular de violación sexual, están expuestas a afectaciones a la salud reproductiva por embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual; vulneraciones a la salud mental por el trastorno de estrés postraumático, la depresión y la ansiedad; comportamientos de alto riesgo e incluso la muerte⁷.

No obstante, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las decisiones de las mujeres de acudir o no al servicio de salud se encuentran muchas veces condicionadas a las decisiones del esposo o pareja, o de otro familiar. Este comportamiento no solo estaría impidiendo acciones de prevención, sino colocando barreras a las acciones de atención de su salud⁸.

En este contexto, resulta fundamental tomar en cuenta que la Ley N° 30364, "*Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*"⁹ dispone garantizar la atención de calidad y gratuita para las mujeres víctimas de violencia, incluyendo su afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) para la recuperación integral de su salud física y mental; así como la incorporación del enfoque médico pericial en la atención de estos casos, entre otros aspectos.

Por lo expuesto, se requiere una evaluación de las normas del sector Salud a fin de uniformizar el procedimiento de atención de casos de violencia contra las mujeres, en especial de los siguientes instrumentos: i) Las normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el

⁶ INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO. *Informe Estadístico Penitenciario-Diciembre 2015*. Lima, 2015, p. 29. Disponible en: http://www.inpe.gob.pe/pdf/diciembre_15.pdf. Consulta: 31 de mayo de 2016.

⁷ Cfr. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Washington D.C, 2013, p. 7.

⁸ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Servicios de Salud con Enfoque de Género en el Marco de la Atención Primaria de Salud*, 2004. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nej24602.pdf>, p. 24. Consulta: 31 de mayo del 2016.

⁹ Publicada el 23 de noviembre de 2015 en el Diario Oficial El Peruano. Véase artículo 26 y artículo 45 inciso 3 de la Ley N° 30364, "*Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*".

maltrato infantil¹⁰; ii) las guías nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva¹¹; iii) la guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género¹².

Asimismo, el presente informe da cuenta de que si bien se han hecho esfuerzos normativos e institucionales para mejorar la atención de la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual, persisten desafíos puesto que la gran mayoría de establecimientos de salud supervisados no cuenta con un ambiente especial para atender este tipo de casos y enfrenta obstáculos para recoger muestras y evidencias que acrediten la violencia sexual. De igual modo, se han reportado problemas para identificar, registrar y referir estos casos, así como para efectuar todas las pruebas de laboratorio y entregar los medicamentos necesarios a las víctimas; situación que releva la necesidad de capacitación al personal de salud en la atención de este tipo de casos.

Finalmente, quisiéramos agradecer al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) por el apoyo en la elaboración del presente informe; así como aprovechar la oportunidad para reafirmar el compromiso de la Defensoría del Pueblo de continuar realizando esfuerzos institucionales para la defensa del derecho a la salud física y mental de las mujeres, en especial de aquellas víctimas de violencia sexual. Velar por sus derechos debe ser un compromiso del Estado y de la ciudadanía.

Lima, junio de 2016.

Eduardo Vega Luna
Defensor del Pueblo (e)

¹⁰ Aprobadas mediante la Resolución Ministerial N° 455-2001/SA/DM, de fecha 27 de julio de 2001.

¹¹ Aprobadas mediante la Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, de fecha 21 de junio de 2004.

¹² Aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 141-2007/MINSA, de fecha 13 de febrero de 2007.

CAPÍTULO I

LA VIOLENCIA SEXUAL COMO VIOLACIÓN DE DERECHOS HUMANOS Y UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

A lo largo de todo su ciclo de vida, las mujeres se encuentran en riesgo de sufrir violencia de género, en alguna de sus formas. La naturaleza cambiante de sus relaciones a lo largo de sus vidas (en el hogar, la escuela, al interior de sus comunidades, etc.) y una sociedad marcada por estereotipos de género, terminan por legitimar su discriminación y las expone a formas específicas de violencia, como se puede observar en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 1:
Ciclo de la violencia durante la vida de mujeres y niñas



Fuente: ONU MUJERES. Elementos esenciales de planificación para la eliminación contra la violencia de mujeres y niñas¹³.

¹³ ONU MUJERES. *Elementos esenciales de planificación para la eliminación contra la violencia de mujeres y niñas*. Junio 2013, p. 4. En <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1372349315.pdf>. Consulta: 12 de enero de 2016. Se trata de un gráfico adaptado de Ellsberg and Heise, 2005. *Researching Violence against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists*. WHO and PATH, Geneva: 10; adaptado de Watts and Zimmerman. 2002. "Violence against Women: Global Scope and Magnitude," *Lancet* 359 (9313): 1233, y Shane y Ellsberg. 2002. *Violence against Women: Effects on Reproductive Health*, Report No 20 (1), PATH, UNFPA, Washington: 2

Una de las formas de violencia de género es la violencia sexual, como señala Radhika Coomaraswamy, Relatora Especial sobre la Violencia contra las Mujeres, esta degrada y aterroriza a las víctimas pues “todas las formas de violencia sexual contra la mujer son métodos empleados para su sometimiento mediante el control de su sexualidad por la violencia, el miedo y la intimidación”¹⁴.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) conceptualiza la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”¹⁵.

Según esta organización, en la violencia sexual puede existir coerción, fuerza física, intimidación psíquica, extorsión u otras amenazas. También, puede ocurrir cuando la víctima no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque está ebria, bajo los efectos de estupefacientes, dormida o no puede comprender la situación¹⁶.

Esta forma de violencia comprende una gran diversidad de actos, entre ellas: las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio o en las citas, las violaciones por parte de extraños, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas, los matrimonios precoces y los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de la virginidad¹⁷. Asimismo, abarca

¹⁴ NACIONES UNIDAS. *Intensificación de la promoción y el fomento de los derechos humanos y las libertades fundamentales, en particular la cuestión del programa y los métodos de trabajo de la Comisión*. Informe de la Relatora Especial, Sra. Radhika Coomaraswamy, sobre la violencia contra las mujeres, con inclusión de sus causas y consecuencias. Comisión de Derechos Humanos, 53º período de sesiones, E/CN.4/1997/47, 12 de febrero de 1997, párr. 18.

¹⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Nota descriptiva N°. 239. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011. Citado en CONTRERAS, J. M.; BOTT, S.; GUEDES, A.; DARTNALL, E. *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios*. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual, 2010, p. 7.

¹⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual*. Washington, DC, OPS, 2013, p. 2.

¹⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Resumen*. Washington D.C., OMS, 2002, p. 21.

actos como la desnudez forzosa, obligar a alguien a bailar enfrente de quienes están ejerciendo control, obligar a alguien a observar mientras otra persona es violada o abusada sexualmente. Estos son en sí actos de violencia sexual y, por lo tanto, constituyen un atentado contra la dignidad de una persona¹⁸.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante Corte IDH) ha descrito a la violencia sexual como las acciones de naturaleza sexual cometidas en una persona sin su consentimiento, que, además de comprender la invasión física del cuerpo humano, pueden incluir actos que no involucren penetración o incluso contacto físico alguno¹⁹.

Por su parte, el Estatuto de Roma conceptualiza la violencia sexual como:

Un acto de naturaleza sexual contra una o más personas que haya hecho que esa o esas personas realizaran un acto de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza o mediante coacción, como la causada por el miedo a la violencia, la intimidación, la detención, la opresión psicológica o el abuso de poder contra esa o esas personas o contra otra o aprovechando un entorno de coacción o la incapacidad de esa o esas personas de dar su libre consentimiento²⁰.

A nivel nacional, la *Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, recientemente aprobada, define como violencia sexual las “acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de la personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación”²¹.

Además, la legislación vigente ha reconocido diversas formas de violencia sexual. El Código Penal sanciona como delitos la violación sexual²², los

¹⁸ SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN Y WOMEN’S LINK WORLDWIDE. *El principio de igualdad de género en la Jurisprudencia Comparada. Muestra analítica de criterios internacionales y nacionales*. México DF, Suprema Corte de Justicia, 2014, p. 119.

¹⁹ CORTE IDH. *Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú*. Sentencia de 25 de noviembre de 2006, Párr. 306.

²⁰ CORTE PENAL INTERNACIONAL. *Elementos de los Crímenes*. U.N. Doc. PCNICC/2000/1/Add.2 (2000). Art. 7 1) g)-6 y Art. 8 2) e) vi)-6. Numeral 1.

²¹ Art. 8 literal c) Ley N° 30364. *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. Publicada el 23 de noviembre de 2015.

²² Código Penal. Arts. 170-174.

actos contra el pudor²³ y la seducción²⁴; igualmente tipifica el delito de proposiciones sexuales a personas menores de catorce años²⁵. Además, la *Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual*²⁶ sanciona administrativamente el acoso sexual en los centros de trabajo e instituciones educativas, y la *Ley para prevenir y sancionar el acoso sexual en espacios públicos*²⁷ adopta medidas administrativas para prevenir la ocurrencia del denominado acoso callejero.

La violación sexual es una modalidad de violencia sexual. Esta es definida por la OMS como la penetración forzada físicamente, o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes corporales u otro objeto²⁸.

Por su parte, en el Estatuto de Roma, se entiende la violación sexual como la invasión del cuerpo de una persona mediante una conducta que haya ocasionado la penetración, por insignificante que fuera, de cualquier parte del cuerpo de la víctima o del autor con un órgano sexual o del orificio anal o vaginal de la víctima con un objeto u otra parte del cuerpo. Esta invasión puede tener lugar por la fuerza, o mediante la amenaza de la fuerza o mediante coacción, como la causada por el temor a la violencia, la intimidación, la detención, la opresión psicológica o el abuso de poder, contra esa u otra persona o aprovechando un entorno de coacción, o se haya realizado contra una persona incapaz de dar su libre consentimiento²⁹.

En ese marco, la violación sexual no se reduce a la penetración de órganos sexuales, sino también con la introducción de otros órganos u objetos. Por ejemplo, la Corte IDH ha determinado que las inspecciones vaginales dactilares, constituyen violación sexual que por sus efectos puede ser considerada como tortura³⁰.

²³ Código Penal. Arts. 176º y 176º-A

²⁴ Código Penal. Art. 175.

²⁵ Código Penal. Art. 183º-B.

²⁶ Ley N° 27942. *Ley de prevención y sanción del hostigamiento sexual*. Publicada el 27 de febrero de 2003 y modificada por la Ley N° 29430 publicada el 8 de noviembre de 2011.

²⁷ Ley N° 30314. *Ley para Prevenir y Sancionar el Acoso Sexual en Espacios Públicos*. Publicada el 26 de marzo de 2015

²⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violencia contra la Mujer*. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>. Consulta: 8 de marzo de 2016.

²⁹ CORTE PENAL INTERNACIONAL. *Elementos de los Crímenes*. U.N. Doc. PCNICC/2000/1/Add.2. 2000. Art. 7 1) g)-1 y Art. 8 2) b) xxii)-1. Numeral 1 y 2.

³⁰ CORTE IDH. *Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú*. Sentencia de 25 de noviembre de 2006, párr. 260, inciso y).

La legislación peruana, siguiendo el concepto asumido por el Estatuto de Roma, define la violación sexual como el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o la realización de otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías a personas menores de 14 años³¹, o si esta conducta se da mediando violencia o grave amenaza a personas mayores de esta edad³². Asimismo, ha considerado supuestos específicos para aquellos casos en los que esta conducta se da aprovechando que la persona se encuentra en incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia³³.

El Código Penal vigente protege la indemnidad sexual de los niños, niñas y adolescentes menores de 14 años, o la libertad sexual de quienes tienen esta edad o más. El Tribunal Constitucional peruano ha establecido que:

La libertad sexual está referida a la libertad de disponer de la sexualidad propia. Ésta comprende una faceta positiva, referida a la libertad de disposición, sin más límite que la libertad ajena; y en una figura negativa, referida a la capacidad de rechazar proposiciones o actos no deseados. Por el contrario, la indemnidad sexual implica la ausencia de libertad sexual. En efecto, la indemnidad sexual está referida a la incapacidad de disponer y ejercer la libertad sexual, por considerar que la persona no se encuentra en capacidad de comprender el acto sexual.³⁴

En ese marco ha puntualizado que con la indemnidad sexual se busca que determinadas personas, consideradas especialmente vulnerables, queden exentas de cualquier daño; destacándose en el caso de las personas menores de 14 años, “las alteraciones que la confrontación sexual puede originar en el adecuado desarrollo de su personalidad o, más específicamente de su proceso de formación sexual, o las perturbaciones de su equilibrio psíquico derivadas de su incompreensión del derecho penal sexual”³⁵.

Finalmente debe indicarse que la violación sexual ha sido reconocida como un elemento agravante en los casos de feminicidio si es que ésta precedió la muerte de la víctima³⁶.

³¹ Código Penal. Art. 173.

³² Código Penal. Art.170.

³³ Código Penal. Art. 171 y Art. 172.

³⁴ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Proceso de Inconstitucionalidad. Exp. 00008-2012-PI/TC, 12 de diciembre de 2012. Párr. 36. Luego de que se emitiera la sentencia del Tribunal Constitucional mencionada, el Congreso de la República aprobó la Ley N° 30076, publicada el 19 de julio de 2013, mediante la cual se agravó la pena para los casos de violación sexual en agravio de personas entre catorce y menores de dieciocho años de edad.

³⁵ Ídem, párr. 35.

³⁶ Código Penal. Art. 108-B.

1.1. La violencia sexual como un problema de derechos humanos

La violencia sexual no es un problema aislado sino el resultado de una violencia estructural de género y de patrones socioculturales que discriminan a las mujeres. Al respecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha señalado que:

La violencia estructural de género responde a un sistema que justifica la dominación masculina sobre la base de una supuesta inferioridad biológica de las mujeres, que tiene su origen en la familia y se proyecta en todo el orden social, económico, cultural, religioso y político. De esta manera, todo el aparato estatal y la sociedad en su conjunto son incapaces de asegurar el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres. Los patrones socioculturales, a su vez, reproducen e incentivan la violencia sexual, enviando un mensaje de control y poder sobre las mujeres³⁷.

El reconocimiento explícito de que las mujeres tienen el derecho humano a una vida libre de violencia se dio en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena³⁸ en el año 1993; un año antes el Comité CEDAW³⁹ ya había reconocido que la definición de la discriminación contra la mujer incluía la violencia basada en el sexo, es decir, “la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que le afecta en forma desproporcionada”⁴⁰; reconociendo que ésta era una “forma de discriminación que inhibe gravemente la capacidad de la mujer de gozar de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre”⁴¹, y que los Estados tienen la obligación de adoptar medidas con la diligencia debida para impedir la violación de los derechos o para investigar y castigar los actos de violencia e indemnizar a las víctimas⁴².

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (en adelante Convención de Belem do Pará⁴³) es el primer tratado internacional específicamente creado para abordar las obligaciones estatales respecto a esta problemática. La Convención define

³⁷ COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 63. 9 de diciembre de 2011. p. 15.

³⁸ NACIONES UNIDAS. *Declaración y Programa de Acción de Viena*. Adoptada en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. 1993. Párr. 18.

³⁹ Órgano supranacional responsable de vigilar el cumplimiento de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

⁴⁰ COMITÉ DE LA CEDAW. *Recomendación General No 19: la violencia contra la mujer*. A/47/38, 2002.

⁴¹ Ídem. Párr. 1.

⁴² Ídem. Párr. 9.

⁴³ Ratificado por el Estado peruano el 22 de marzo de 1996 mediante Resolución Legislativa 26583.

la violencia contra la mujer como la violencia física, sexual y psicológica, que tenga lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal; que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona o incluso aquella que es perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes⁴⁴.

El Perú al ratificar este tratado internacional reconoce que la violencia contra la mujer limita total o parcialmente el reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales, y constituye una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres; asimismo entiende que la violencia contra la mujer trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión; y reconoce que su eliminación es condición indispensable para su desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de la vida⁴⁵.

La Corte IDH ha reconocido que la violación sexual constituye una forma paradigmática de violencia contra las mujeres cuyas consecuencias, incluso, trascienden a la persona de la víctima⁴⁶. Asimismo ha señalado que “la violación sexual es una experiencia sumamente traumática que puede tener severas consecuencias y causa gran daño físico y psicológico que deja a la víctima “humillada física y emocionalmente”, situación difícilmente superable por el paso del tiempo, a diferencia de lo que acontece en otras experiencias traumáticas”⁴⁷, vulnerando su derecho a la integridad.

Esta instancia supranacional ha reconocido “que es inherente a la violación sexual el sufrimiento severo de la víctima, aun cuando no exista evidencia de lesiones o enfermedades físicas”⁴⁸. Las mujeres víctimas también experimentan severos daños y secuelas psicológicas e incluso sociales.

La Corte IDH igualmente estima que la violación y otras formas de violencia sexual vulnera valores y aspectos esenciales de la vida privada, supone una intromisión en su vida sexual y anula el derecho a tomar libremente las

⁴⁴ Artículo 2 de la Convención para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Convención de Belem do Pará.

⁴⁵ Ídem. Preámbulo.

⁴⁶ CORTE IDH. *Caso Fernández Ortega y Otros Vs. México*. Sentencia de 30 de agosto de 2010, párr. 119.

⁴⁷ CORTE IDH. *Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú*. Sentencia de 25 de noviembre de 2006, párr. 311.

⁴⁸ CORTE IDH. *Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú*. Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párr. 193.

decisiones respecto con quien tener relaciones sexuales, perdiendo de forma completa el control sobre sus decisiones más personales e íntimas, y sobre las funciones corporales básicas⁴⁹.

A nivel supranacional también se ha reconocido que un caso de violación sexual puede constituir tortura si cuenta con los elementos de intencionalidad, severidad del sufrimiento y finalidad del acto, así se dé en un solo hecho u ocurra fuera de las instalaciones estatales⁵⁰.

De la misma manera, en el Derecho Penal Internacional, se ha aceptado que la violación sexual puede constituir un crimen de lesa humanidad si es que es cometida como parte de un ataque generalizado o sistemático, dirigido contra una población civil⁵¹. No obstante, esta también puede constituir un crimen de guerra si es que ha tenido lugar en el contexto de un conflicto armado internacional⁵².

Internamente, también se ha reconocido la gravedad de la violación sexual en la vida de las personas y la afectación que esta produce en sus derechos fundamentalmente. El Tribunal Constitucional ha reconocido que:

La violación sexual constituye un acto que solo puede ser ejecutado por quien revela un particular menosprecio por la dignidad del ser humano, siendo gravemente atentatorio del derecho fundamental a la integridad física, psíquica y moral, y del derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad, ambos reconocidos en el artículo 2º, inciso 1, de la Constitución. Dicha gravedad, evidentemente, se acentúa cuando el acto es realizado contra un menor de edad, quien en razón de su menor desarrollo físico y mental, se encuentra en estado de mayor vulnerabilidad e indefensión; y alcanza niveles de particular depravación cuando a la violación le sigue la muerte del menor, tal como se encuentra tipificado en el artículo 173º-A del Código Penal⁵³.

Es preciso recordar que la discriminación por motivos de sexo y género, y en ese marco la violencia que produce, tiene un impacto diferenciado dependiendo de las características que tienen las mujeres en su diversidad.

⁴⁹ Ídem, párr. 197.

⁵⁰ CORTE IDH. *Caso Fernández Ortega y Otros Vs. México*. Sentencia de 30 de agosto de 2010, párr. 128.

⁵¹ CORTE PENAL INTERNACIONAL. *Elementos de los Crímenes*. U.N. Doc. PCNICC/2000/1/Add.2. 2000. Artículo 7 1) g) -1.

⁵² Ídem. Artículo 8 2) b) xxii)-1.

⁵³ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del 11 de noviembre de 2011. Exp. 0012-2010-PI/TC. Párr. 48.

El Comité CEDAW, refiriéndose a la definición de “interseccionalidad”, ha señalado que:

La discriminación de la mujer por motivos de sexo y género está unida de manera indivisible a otros factores que afectan a la mujer, como la raza, el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, el estatus, la edad, la clase, la casta, la orientación sexual y la identidad de género. La discriminación por motivos de sexo o género puede afectar a las mujeres de algunos grupos en diferente medida o forma que a los hombres⁵⁴.

Sobre este mismo punto, la nueva *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar* ha establecido que “la experiencia que las mujeres tienen de la violencia se ve influida por factores o identidades como su etnia, color, religión, opinión política o de otro tipo; origen nacional o social, patrimonio, estado civil, orientación sexual, condición de seropositiva, condición de inmigrante o refugiada, edad o discapacidad”⁵⁵.

Las características de la violencia contra las mujeres, y concretamente la violencia sexual, varía dependiendo de si las mujeres viven en tiempos de paz, o por el contrario están inmersas en conflictos o situaciones que sin ser calificadas como tales, constituyen situaciones preocupantes con consecuencias similares⁵⁶. El Comité CEDAW afirma que “las mujeres no constituyen un grupo homogéneo y sus experiencias en relación con los conflictos [así como] sus necesidades específicas en contextos posteriores a conflictos son diversas”⁵⁷; en ese marco se debe recordar que para “la mayoría de mujeres en entornos posteriores a conflictos, la violencia no termina con

⁵⁴ COMITÉ CEDAW. *Recomendación General Nro. 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. CEDAW/C/GC/28. 16 de diciembre de 2010 Párr. 18

⁵⁵ Ley 30364. Art. 3 inc. 5.

⁵⁶ El COMITÉ CEDAW hace referencia a “conflictos armados internacionales y no internacionales, las situaciones de ocupación extranjera y otras formas de ocupación, así como la fase posterior al conflicto. Además, la recomendación aborda otras situaciones preocupantes, como las perturbaciones internas, la lucha civil prolongada y de baja intensidad, los conflictos políticos, la violencia étnica y comunitaria, los estados de emergencia y la represión de los levantamientos en masa, la guerra contra el terrorismo y la delincuencia organizada, que quizá no aparezcan clasificadas necesariamente como conflictos armados conforme al derecho internacional humanitario y que tienen como consecuencia violaciones graves de los derechos de la mujer”. En: COMITÉ CEDAW. *Recomendación General Nro. 30 sobre las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflicto*. CEDAW/C/GC/30. 1ro. de noviembre de 2013. Párr. 4.

⁵⁷ COMITÉ CEDAW. *Recomendación General Nro. 30 sobre las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflicto*. CEDAW/C/GC/30. 1ro. de noviembre de 2013. Párr. 6.

el alto el fuego oficial o la firma del acuerdo de paz [por el contrario] suele aumentar en las situaciones posteriores a conflictos. ... aunque las formas y los lugares de la violencia cambian, lo que quiere decir que puede que ya no exista la violencia patrocinada por el Estado, todas las formas de violencia por razón de género, en particular la violencia sexual, se intensifican en las situaciones posteriores a conflictos”⁵⁸.

Como se puede apreciar de la regulación internacional y la normatividad nacional, la violación sexual -y la violencia sexual en general- supone una grave vulneración a los derechos de las mujeres, tales como la integridad y la libertad personal, así como la salud física y mental. Por tanto, se requiere la especial atención y diligencia del Estado a fin de que se cumplan efectivamente las obligaciones de protección y garantía que éste ha asumido a partir de los tratados internacionales.

1.2. La violencia sexual como un problema de salud personal y de salud pública

La violencia sexual no es solo una violación a los derechos humanos, también tiene consecuencias conductuales, sociales y de salud mental en las víctimas. Las niñas y mujeres soportan la mayor carga de traumatismos y enfermedades resultantes de la violencia sexual, no solo por ser la mayoría de las víctimas, sino también porque son vulnerables a consecuencias para la salud sexual y reproductiva, su salud mental, en su conducta e incluso pone en peligro su vida. Algunos ejemplos recogidos por la OMS son los siguientes:

Tabla N° 1
Ejemplos de consecuencias de la violencia y la coacción sexuales para la salud de las mujeres

Salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none">• Traumatismo ginecológico• Embarazo no planeado• Aborto inseguro• Disfunción sexual• Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH• Fístula traumática
---------------------------	--

⁵⁸ Ídem, párr. 35.

Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Trastorno por estrés postraumático • Ansiedad • Dificultades del sueño • Síntomas somáticos • Comportamiento suicida • Trastorno de pánico
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso del alcohol y otras drogas) • Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente
Resultados mortales	<p>Muerte por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suicidio • Complicaciones del embarazo • Aborto inseguro • Sida • Asesinato durante la violación o en defensa del "honor" • Infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación

Fuente: OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres⁵⁹

Además, la violencia sexual tiene efectos sociales en el entorno de la víctima, “como la agresión y rechazo a la familia, que pueden verse incrementados por amenazas o medidas tomadas por el agresor en contra de la vida y de los integrantes de la familia”⁶⁰; situación que se agudiza cuando el perpetrador del delito es parte del entorno familiar pues “con frecuencia, se presentan crisis familiares asociadas, entre otras razones, a la dependencia económica o emocional hacia el agresor, [así como por el] conflicto entre creer o no creer y “culpar” a la víctima”⁶¹. Por otro lado, la violencia sexual perpetrada contra mujeres indígenas en el marco de un conflicto armado puede acarrear “el repudio de su propia comunidad como consecuencia” de la agresión perpetrada, situación que agrava su dolor y humillación⁶².

⁵⁹ ORGANIZACIÓN PARANAMERICANA DE LA SALUD. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Op. Cit. p.7.

⁶⁰ CONVENIO SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD – FONDO DE NACIONES UNIDAS, UNFPA. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Bogotá, D.C. 2008, p. 13. En http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/protocolo_para_el_abordaje.pdf Consulta: 15 de marzo de 2016.

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. *Caso Ana, Beatriz y Celia Gonzáles Pérez vs. México*. Caso 11.565. Informe 53/01. 4 de abril de 2001, Párr.95.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que la violencia contra la mujer es un problema importante de salud pública, siendo la violencia sexual, al igual que la violencia de pareja, formas sumamente generalizadas de violencia contra la mujer⁶³. Como se ha observado el impacto de la violencia sexual no solo afecta a las mujeres como individuos, sino que trasciende a la familia y la sociedad, siendo importante reconocer que tiene un “nexo indisoluble con otros eventos de interés en salud pública [como] el VIH/Sida, las ITS, el embarazo en adolescentes, la mortalidad materna y perinatal, la mortalidad infantil, la desnutrición y los suicidios”⁶⁴.

En el Perú, si bien no se tiene data oficial sobre la prevalencia de todas las formas de violencia sexual existente, la información con la que se cuenta evidencia que no se trata de un fenómeno aislado, sino de alta incidencia. De ahí que sea necesario su reconocimiento como un problema de salud pública.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2015) muestra que a nivel nacional el 6.9% de mujeres, alguna vez unidas, fue víctima de violencia sexual por parte de su esposo o compañero en algún momento de su vida. El 6.3% fue obligada a tener relaciones sexuales aunque no quería, mientras que el 3.2% a realizar actos sexuales que no aprobaba⁶⁵.

Por otro lado, *el Estudio Multicéntrico de la OMS sobre la Violencia de Pareja y la Salud de las Mujeres* que aborda el tema en Lima Metropolitana y el Cusco puede dar señales de lo que está ocurriendo a nivel nacional. El estudio reveló que el 10.3% de mujeres en Lima y el 11.3% en Cusco experimentó violencia sexual a partir de los 15 años por alguna persona distinta a su pareja⁶⁶; creciendo la proporción a 18.7% en Lima Metropolitana y el 18.1%

⁶³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Respuesta de la salud a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*. Washington, OMS, 2014, p. 3

⁶⁴ CONVENIO SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD – FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS, UNFPA. *Protocolo para...* Op. Cit., p. 13.

⁶⁵ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015*. Información preliminar presentada al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables para la elaboración del IX Informe sobre la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. Periodo Anual 2015. Versión preliminar. Lima, febrero 2016. Es preciso indicar que el promedio nacional esconde realidades diversas: en la zona rural el 7.8% fue agredida sexualmente, mientras que en la zona urbana el 6.7%; asimismo da cuenta que en la sierra el porcentaje ascendía a 8.2%, en la selva a 7.1%, en Lima Metropolitana a 6.7% y en el Resto Costa a 5.7%. Esta misma encuesta evidencia que en los últimos 12 meses las mujeres agredidas sexualmente por parte de su esposo o compañero representan el 3.8%.

⁶⁶ GUEZMES, ANA Y OTROS. *Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en el Perú. Estudio Multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres*. Lima: Organización Mundial de la Salud, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002, p.68.

del Cusco si es que se le preguntaba por la violación perpetrada antes de los 15 años de edad. En este último caso, la mayoría los agresores eran personas conocidas o cercanas a la víctima. En el 10.1% en Lima y el 4.8% en Cusco, la violencia fue perpetrada por el padre o el padrastro de la víctima, aunque el principal agresor resultaba ser algún otro familiar masculino diferente a éstos (43% Lima y 35.8% Cusco), seguido de un desconocido (23.5% Lima y 20.9% Cusco), o un amigo de la familia (12.3% Lima y 10.8% Cusco)⁶⁷.

Sobre otras formas de violencia sexual (diferentes a la violación sexual), el Instituto de Opinión Pública de la Pontificia Universidad Católica del Perú, evidenció que el 15% de mujeres a nivel nacional fue blanco de roces incómodos y frotamientos en el transporte público y/o espacios congestionados. Esta forma de agresión sexual se agrava en el caso de las mujeres que tienen entre 18 y 29 años de edad (23.2%) a nivel nacional, y más si viven en una urbe como Lima (37.7%)⁶⁸. Así lo evidencia el VI Informe de percepción sobre calidad de vida realizado por el Observatorio ciudadano Lima Como Vamos en el año 2015; este estudio reveló que del total de personas entrevistadas⁶⁹, el 33% mujeres señaló haber “recibido silbidos, miradas incómodas, ruidos o gestos vulgares en la calle o en lugares públicos”⁷⁰.

Los datos presentados evidencian que la violencia sexual tiene una alta prevalencia en el país. Aplicando la información que brinda la ENDES 2015 a la población existente en el país tenemos que en los últimos 12 meses 20,301 mujeres entre 15 y 49 años de edad alguna vez unidas, fueron agredidas físicas y/o sexualmente por sus parejas o ex parejas⁷¹. Este porcentaje aumentó en comparación a la ENDES 2014, donde se reportó que las víctimas de violencia física y/o sexual fueron 13,278. Si ese mismo cálculo se hiciera para las otras formas de violencia caracterizadas (violencia sexual a menores de 15 años o el acoso sexual callejero) encontraríamos que anualmente cientos de miles de mujeres son agredidas sexualmente en el país.

⁶⁷ Ídem, p. 73-74. La encuesta utilizó la técnica de las “caritas” a través de la cual de forma anónima marcaban en una carita triste o feliz, si habían tenido o no violencia sexual antes de los 15 años.

⁶⁸ INSTITUTO DE OPINIÓN PÚBLICA PUCP. *Acoso Sexual Callejero*. Año VIII. Marzo de 2013, pp. 3 y 6.

⁶⁹ La muestra de personas entrevistadas es 1920 personas mayores de 18 años, residentes en Lima Metropolitana.

⁷⁰ Observatorio Ciudadano Lima Cómo Vamos. VI Informe de Percepción sobre calidad de vida (2015), p. 8. Disponible en: <http://www.limacomovamos.org/cm/wp-content/uploads/2016/01/Encuesta2015.pdf>. Consulta: 01 de mayo de 2016.

⁷¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015*. Lima: INEI, 2015, p. 365.

Un estudio a nivel de Latinoamérica y El Caribe evidencia que en general, solo un 5% de las víctimas adultas de violencia sexual denunciarían el incidente a la policía⁷², identificando que entre los principales motivos por los cuales se desisten de hacerlo, se encuentran: a) el estigma, la vergüenza y el temor a sufrir discriminación; b) el temor a represalias del perpetrador; c) el sentido de culpa; d) el camino hacia denunciar la violencia es demasiado complicado, peligroso o tiene poca probabilidad de ser beneficioso; y e) la falta de apoyo por parte de la familia y amistades; y la expectativa de que los organismos responsables de imponer el cumplimiento de la ley serían ineficaces o incluso abusivos⁷³.

En el Perú no se cuenta con un registro unificado con capacidad de evidenciar el número de mujeres, víctimas de violencia sexual que acuden al Estado en busca de atención, protección o justicia. Sin embargo, algunas instituciones brindan información periódica que da cuenta de la demanda existente.

Por ejemplo, la Policía Nacional del Perú, entre los meses enero y noviembre de 2015 recibió 4353 denuncias por el delito de violación sexual; el 92.6% de ellas corresponde a víctimas mujeres (4,054 casos) y el 6.9% a varones (299 casos). La población más afectada estuvo constituida por las adolescentes entre 14 y 17 años de edad (1,535 casos – 37.9%) y niñas hasta los 13 años (1,319 casos – 32.5%). La policía además da cuenta que el 40.6% de casos de violación sexual tuvo como lugar de agresión el domicilio de la víctima, y cuando se pregunta por el perpetrador, se evidencia que el 17.2% de casos denunciados fue cometido por una persona de su familia (padre, padrastro, primo sobrino, tío, hermano), el 13% por un vecino y el 7.6% por su enamorado⁷⁴.

Por su parte, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en el año 2014 registró 2,541 atenciones a niñas, adolescentes, mujeres adultas y adultas mayores. En el año 2015, la cifra se incrementó a 2,678 víctimas de violencia sexual atendidas por Centro Emergencia Mujer (CEM), a nivel nacional⁷⁵.

⁷² CONTRERAS, J. M.; BOTT, S.; GUEDES, A.; DARTNALL, E. *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios*. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual, 2010. p. 41.

⁷³ Ídem, p. 42 y 43.

⁷⁴ POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ. *Información preliminar presentada al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables para la elaboración del IX Informe sobre la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres*. Periodo Anual 2015. Versión preliminar. Lima, marzo 2016.

⁷⁵ MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP). Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/portalmimp2014/index.php?option=com_content&view=article&id=1405&Itemid=431 (consulta: 31 de mayo de 2016).

Por otro lado, a nivel de los 31 distritos fiscales, en el año 2014 el Ministerio Público⁷⁶ recibió 18,900 denuncias por violación a la libertad sexual, cifra que se incrementó en el año 2015 con 19,647 denuncias por este mismo delito. Cabe señalar que los departamentos de estudio registran el siguiente número de denuncias para el año 2015: Arequipa (1,434); Junín (584); Lima⁷⁷ (6,157); Piura (768) y Puno (307).

En el año 2015, el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) reportó que la población penal de varones por el delito de violación sexual es de 4,213 (5.8%) y de violación de menor de edad es de 6,981 (9.6%)⁷⁸. Ambos delitos contra la libertad sexual suman un total 11,194 varones privados de su libertad, ubicándose como el segundo delito más frecuente, luego del robo agravado, por el que hay 21,304 hombres privados de su libertad (29.3%).

Esta información debería reflejar el número de personas que acuden al Estado en búsqueda de atención y justicia, sin embargo, tal como ha reconocido el Comité Estadístico Interinstitucional de la Criminalidad se trata de datos que tienen falencias.

La información estadística disponible sobre la criminalidad, proveniente de los registros administrativos de los sectores involucrados (Ministerio de Justicia, Ministerio del Interior, Policía Nacional del Perú, Ministerio Público, Poder Judicial e Instituto Nacional Penitenciario), sufre una serie de deficiencias, que ponen en duda la calidad de la información que permita adoptar políticas de prevención, control y represión de la criminalidad⁷⁹.

Además se cuenta con información de los casos de violación sexual y otras formas de violencia sexual perpetradas entre los años 1980 y 2000, en el marco del conflicto armado interno que afectó al Perú. El Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación-CVR reveló la existencia de reiteradas y persistentes violaciones sexuales en agravio de mujeres durante este conflicto, las que constituyeron en muchos casos un instrumento de tortura

⁷⁶ Información proporcionada por el Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, mediante oficio N° 439-2016-MP-FN-OBSERVATORIO de fecha 26 de mayo de 2016.

⁷⁷ Incluye los distritos fiscales de Lima Norte y Lima Sur.

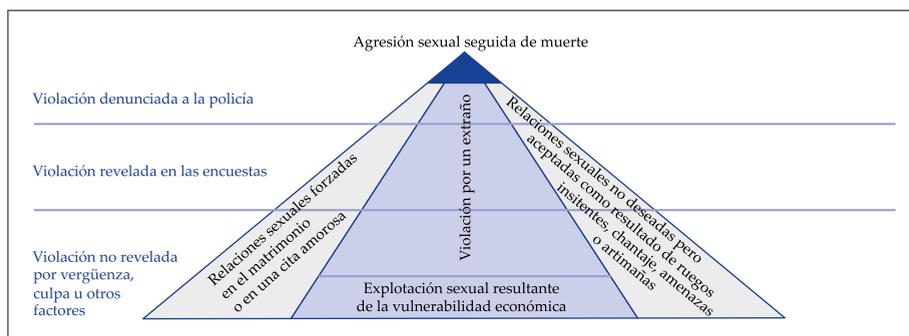
⁷⁸ INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO. Informe Estadístico Penitenciario-Diciembre 2015, p. 29. Lima. 2015. Disponible en: http://www.inpe.gob.pe/pdf/diciembre_15.pdf (Consulta: 31 de mayo de 2016).

⁷⁹ COMITÉ ESTADÍSTICO INTERINSTITUCIONAL DE LA CRIMINALIDAD. *Plan de Trabajo 2013-2014* (Doc.CEIC 1- 2013), p. 8.En: <http://www.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2013/12/PLAN-DE-TRABAJO-CEIC-05-12-2013ok.pdf> Consulta: 2 de junio de 2016.

y amedrentamiento –mayoritariamente- contra mujeres de comunidades campesinas. El informe registró 538 casos de violación sexual (527 contra mujeres y 11 contra varones)⁸⁰, cifra conservadora si se considera que al mes de marzo de 2016, el Consejo de Reparaciones ya había registrado 4,482 casos de violación sexual y 1,490 casos de otras formas de violencia sexual⁸¹.

Los datos presentados son indicadores de la dimensión de la violencia sexual en el país, al menos sobre la prevalencia de la violencia sexual en relación de pareja o de los casos de denunciados; sin embargo, la OMS asevera que la relación entre “las fuentes de información y la magnitud mundial del problema de violencia sexual puede representarse por un iceberg flotando en el agua”⁸². Para ello, esta institución propone un cuadro en el que se muestra más allá de las investigaciones existentes existe una fuerte dimensión de sub-registro de casos.

Gráfico N° 2
Magnitud del problema de violencia sexual



Fuente: OMS, Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2002.

Como se ha indicado la violencia sexual es un problema de salud pública, por su dimensión así como por las consecuencias en la salud de las mujeres, en sus familias y en su comunidad. Adoptar el enfoque de salud pública frente a la violencia sexual implica no solamente centrarse en los pacientes a título

⁸⁰ COMISION DE LA VERDAD Y RECONCILIACION. *Informe Final*. Tomo VIII, Capítulo 2, p.66. En <http://www.cverdad.org.pe/ifinal/pdf/TOMO%20VIII/SEGUNDA%20PARTE/Impacto%20diferenciado%20de%20la%20violencia/2.1%20DISCRIMINACION%20DE%20GENERO.pdf> Consulta: 16 de marzo de 2016.

⁸¹ SECRETARIA TECNICA DEL CONSEJO DE REPARACIONES. Información sobre número de casos registrados por el Consejo de Reparaciones al 16 de marzo de 2016. Mimeo.

⁸² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003, p. 162.

individual, sino también en la salud de las comunidades y las poblaciones como un todo, interviniendo en aquellos grupos que corren mayor riesgo de enfermedades o lesiones; en este caso las niñas, adolescentes y mujeres. Los objetivos fundamentales son preservar, promover y mejorar la salud, haciendo hincapié en prevenir la aparición o recurrencia de enfermedades o lesiones, más que en tratar sus consecuencias para la salud⁸³. De ahí que su adopción implique el desarrollo de intervenciones desde un enfoque multidimensional y colectivo, al margen del problema individual

1.3. La violencia sexual como un problema de seguridad ciudadana⁸⁴ y de alto costo social y económico

Si se entiende la seguridad ciudadana como “la situación de una comunidad cívica, donde la vida social puede desarrollarse sin mayor peligro, constituyéndose como condición para el libre ejercicio de los derechos y libertades”⁸⁵, entonces cualquier tipo de violencia contra las mujeres en el espacio privado o público constituye una afectación a la seguridad ciudadana en la medida que atenta gravemente contra sus derechos fundamentales.

El acoso sexual callejero que en su gran mayoría sufren las mujeres en el país, por ejemplo, es una muestra clara de la inseguridad ciudadana y la afectación del derecho al libre tránsito de las mujeres, así como de la apropiación simbólica de los espacios públicos por parte de los hombres⁸⁶. De esta manera, las fuentes de inseguridad ciudadana no sólo provienen del crimen organizado (narcotráfico, terrorismo, etc.) o común (delitos patrimoniales, homicidios, etc.), sino también de los actos de violencia en agravio de mujeres en la calle y en el contexto de relaciones de pareja.

Conforme lo ha advertido la CIDH, la violencia intrafamiliar y doméstica, que afecta particularmente a las mujeres, erróneamente en muchos casos

⁸³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Resumen. Washington, OMS, 2002, p. 4.

⁸⁴ Para mayor información sobre esta problemática, se puede consultar: DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La violencia sexual: un problema de seguridad ciudadana. Las voces de las víctimas*. Serie Informes Defensoriales N° 21. Lima, 2000.

⁸⁵ REIXES SAN JUAN, Teresa y REMOTTI CARBONELL, José Carlos. “La configuración constitucional de la seguridad ciudadana”. En: *Revista de Estudios Políticos*. N° 87. Madrid: Centro de estudios Constitucionales, 1995. p. 159.

⁸⁶ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Violencia contra las mujeres en relación de pareja en el Callao. Supervisión a la Policía Nacional del Perú y al Ministerio Público*. Informe de Adjuntía N° 003-2015-DP/ADM. Lima, Defensoría del Pueblo; Lima, 2015. p. 46.

no es tomada en cuenta como un problema de seguridad ciudadana⁸⁷. En esta medida, urge que el Estado enfoque esta problemática como un tema de interés público que trasciende a la esfera de lo privado y que, por tanto, exige una especial diligencia por parte de las entidades pública encargadas de investigar y sancionar estos hechos de violencia, velando a fin de cuentas por el orden y la seguridad ciudadana.

Por otro lado, debe reconocerse los costos sociales y económicos que produce la violencia sexual contra las mujeres, ya que “las mujeres pueden llegar a encontrarse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos”⁸⁸.

Sobre este punto, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) sostiene que la violencia contra las mujeres genera diversos costos que afectan a la víctima (salud, bienestar, ingresos, pérdidas), a sus familiares, a la comunidad (seguridad), al trabajo (pérdida de productividad) y al gobierno (provisión de recursos de salud, justicia, bienestar social para entender esta problemática)⁸⁹.

En efecto, en cuanto al impacto de la violencia contra las mujeres en la economía del país, se ha evidenciado que las mujeres víctimas de violencia que son trabajadoras de empresas privadas y administraciones públicas tienen un déficit de productividad laboral, en la medida en que se presentan problemas de ausentismo (inasistencia de la víctima de violencia al centro de trabajo) y presentismo (productividad disminuida del trabajo, esto es, cuando las víctimas de la violencia asisten al trabajo, pero no son productivas por las consecuencias físicas o mentales de la violencia). Esta situación afecta gravemente el acceso igualitario de las mujeres a los recursos económicos y sociales, pues produce una disminución de sus ingresos por descuentos, salarios perdidos, y menores posibilidades para capacitarse y ascender en los puestos laborales⁹⁰.

⁸⁷ COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. *Informe sobre seguridad ciudadana y derechos humanos*. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 2009. p. 35.

⁸⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violencia de pareja y violencia sexual contra la Mujer*. Nota Descriptiva Nro. 239. Enero de 2016. En <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>. Consulta: 15 de marzo de 2016.

⁸⁹ Cfr. BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. *El impacto socio-económico de la violencia doméstica contra la mujer en Chile y Nicaragua*. Unidad de la Mujer en el Desarrollo, 1997.

⁹⁰ Cfr. VARA HORNA, Aristides Alfredo. *Los costos empresariales de la violencia contra las mujeres en el Perú. Una estimación del impacto de la violencia contra la mujer en relaciones de pareja en la productividad laboral de las empresas peruanas*. USMP: Lima, 2013.

1.4. La legitimación de la violencia sexual en el Perú

Pese a que la violencia sexual es una violación de derechos humanos y un problema de salud pública, también es cierto que es una conducta tolerada en la sociedad peruana. Su alta prevalencia está vinculada a estereotipos sociales que la legitiman.

Según la Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (ENARES)⁹¹ del INEI en el año 2015, dentro de las principales actitudes que apoyan la violencia hacia las mujeres, se tiene que el 45.5% señala que está de acuerdo o muy de acuerdo “si una mujer no atiende a su esposo o pareja o no cumple con sus deberes del hogar, merece ser reprendida por su esposo o pareja”; mientras que un 27.1% manifiesta que “si una mujer le falta el respeto a su esposo o pareja, ella merece alguna forma de castigo”. Asimismo esta encuesta revela que dentro de los principales imaginarios que apoyan la violencia hacia las mujeres, el 39% considera que “la mujer que es infiel a su esposo o pareja debe tener alguna forma de castigo por él”⁹².

Esta percepción social se condice con la percepción de los jueces y juezas que investigan y sancionan estos hechos, dado que la Defensoría del Pueblo evidenció en el Informe de Adjuntía N° 004-2011-DP/ADM, “Violencia sexual en el Perú: un análisis de casos judiciales”, que el 64,5 % del total de magistrados y magistradas entrevistados/as sostuvieron que los delitos sexuales debería ser perseguidos a instancia de parte (acción privada) y no de oficio por el Ministerio Público. El considerar que los delitos sexuales no deben ser perseguidos por el Estado de oficio (acción pública), muestra la percepción equivocada de que se trata de un asunto que debería ser resuelto primordialmente entre agresor y agredida⁹³.

Asimismo, se observa que la población peruana sigue responsabilizando a las mujeres por las agresiones sexuales de las que son víctimas. Según la ENARES 2015, dentro de los principales imaginarios que apoyan la violencia

⁹¹ Información presentada en el marco del Seminario Internacional “Medición de la violencia contra la mujer por Encuestas de Hogares” organizado por el Banco Internacional de Desarrollo (BID) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizado en Lima del 11 al 13 de mayo de 2016. Encuesta dirigida a mujeres y varones de 18 años a más años de edad.

⁹² *Ibidem*.

⁹³ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Violencia sexual en el Perú: Un análisis de casos judiciales*. Informe de Adjuntía 004-2011-DP/ADM. Lima, Defensoría del Pueblo, 2011. pp. 105-106.

hacia las mujeres el 43.8% de encuestados/as señala que “una mujer que se viste provocativamente está buscando que la acosen sexualmente”⁹⁴.

Esta información es relevante en la medida de que más allá de la normatividad vigente y las obligaciones establecidas para los funcionarios o funcionarias del Estado, persisten estereotipos de género discriminatorios en la sociedad en general y en los funcionarios y funcionarias que son parte de ella, los que van a tener un impacto negativo en la vigencia de los derechos humanos de las mujeres.

⁹⁴ Información presentada en el marco del Seminario Internacional “Medición de la violencia contra la mujer por Encuestas de Hogares” organizado por el Banco Internacional de Desarrollo (BID) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) realizado del 11 al 13 de mayo de 2016.

CAPÍTULO II

ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

En el presente capítulo del informe abordaremos lo referido a las normas internacionales y nacionales que regulan aspectos del derecho a salud de las personas y, en específico, el derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual. Para tal efecto, se realizará un análisis del marco normativo vigente teniendo en cuenta el rango de las normas respectivas; esto es, normas de rango constitucional, legal e infralegal.

2.1. Normas de rango constitucional

La Constitución de 1993 reconoce el derecho de toda persona a la protección de su salud; y prevé que el Poder Ejecutivo tiene la responsabilidad de normar y supervisar la política nacional de salud, diseñándola y conduciéndola de forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud⁹⁵. Si bien el derecho a la salud de las personas suele estar vinculado a otros derechos como la vida, la integridad y la dignidad de las personas⁹⁶, en la actualidad ya se ha reconocido que se trata de un derecho fundamental autónomo, con exigencias propias⁹⁷.

En ese marco se debe recordar que el derecho a la salud exige del Estado una acción de conservación y otra de restablecimiento frente a las perturbaciones en la estabilidad orgánica y funcional (tanto física como mental) del ser humano:

Acciones que el Estado debe proteger tratando de que todas las personas, cada día, tengan una mejor calidad de vida, para lo cual debe invertir en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo adoptar políticas, planes y programas en ese sentido⁹⁸.

⁹⁵ Constitución Política del Perú. Arts. 6 y 9.

⁹⁶ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. N° 1429-2002-HC/TC de 19 de noviembre de 2002, FJ 14.

⁹⁷ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. N° 5842-2006-PHC/TC de 7 de noviembre de 2008, FJ 48.

⁹⁸ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. N° 2945-2003-AA/TC de 20 de abril de 2004, FJ. 28.

Para abordar el derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual es preciso recordar que los derechos y libertades que reconoce la Constitución deben ser interpretados conforme a los tratados de derechos humanos que el Perú ha suscrito⁹⁹, los que además de ser parte del derecho nacional,¹⁰⁰ tienen rango constitucional¹⁰¹. La interpretación de estos derechos debe tener en cuenta adicionalmente la interpretación realizada por los tribunales internacionales¹⁰², las que incluyen las sentencias y las opiniones consultivas de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, así como las sentencias de la Corte Penal Internacional. Adicionalmente debe considerarse la interpretación desarrollada por los “órganos supranacionales de protección de los atributos inherentes al ser humano”¹⁰³.

En ese marco, el mismo Tribunal Constitucional peruano, tomando como referente las Observaciones Generales del Comité para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC)¹⁰⁴, ha definido el contenido del derecho a disfrutar de las condiciones y acceder a los servicios de salud de forma equitativa y con la calidad adecuada, y ha determinado que es obligación del Estado asegurar el acceso a los servicios de salud de un modo integral, es decir con prestaciones que supongan la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad física y económica, en tanto elementos esenciales de la atención sanitaria, así como respetar el principio de no discriminación y asignar los recursos para la salud y una distribución equitativa de dichos recursos¹⁰⁵.

Adicionalmente se debe recordar que la Convención de Belem do Pará, en su artículo 7 inciso “b” compromete al Estado a actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer; disposición que según la Corte Interamericana de Derechos Humanos significa que en este tipo de casos, los Estados tienen una responsabilidad reforzada en su obligación de garantizar derechos y el cumplimiento de su deber de debida

⁹⁹ Constitución Política del Perú. Cuarta Disposición Final y Transitoria.

¹⁰⁰ Constitución Política del Perú. Art. 55.

¹⁰¹ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. N° 0025-2005-PI/TC y 0026-2005-PI/TC de 25 de abril de 2006, fundamento B, numeral 1, sub numeral 1.1.

¹⁰² Código Procesal Constitucional. Artículo V del Título Preliminar.

¹⁰³ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. N° 217-02-HC/TC de 17 de abril de 2002, FJ. 2.

¹⁰⁴ Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 22º período de sesiones, U.N. Doc. E/C.12/2000/4. 2000.

¹⁰⁵ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. N° 0033-2010-PI/TC de 10 de abril de 2012, FJ. 32.

diligencia¹⁰⁶. La Corte IDH además establece que la estrategia de prevención debe ser integral, es decir, debe prevenir factores de riesgo de la violencia contra las mujeres, y a la vez fortalecer las instituciones para que puedan proporcionar una respuesta efectiva a los casos de violencia contra la mujer¹⁰⁷.

En el marco específico de los casos de violencia sexual, la Corte IDH ha señalado que en una investigación penal por violencia sexual, entre otros elementos, es necesario que se brinde atención médica, sanitaria y psicológica a la víctima, tanto de emergencia como de forma continuada si así se requiere, mediante un protocolo de atención cuyo objetivo sea reducir las consecuencias de la violación¹⁰⁸.

Esta obligación deviene de la aplicación del artículo 7 inciso “b” de la Convención de Belem do Pará, y es reforzada por lo dispuesto en el artículo 8 inciso “d” y “f” del mismo tratado, los que obligan al Estado peruano a adoptar, en forma progresiva, a “suministrar los servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia” así como ofrecerle “acceso a programas eficaces de rehabilitación” que le permitan participar plenamente en la vida pública, privada y social.

Sobre este mismo tema se ha pronunciado el Comité CEDAW en su Recomendación Nro. 19 sobre “La Violencia contra la Mujer”, al interpretar el contenido del artículo 12 de la Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) sobre el derecho a la salud. En ella ha invocado a los Estados a proporcionar servicios apropiados de protección y apoyo a las víctimas de violencia contra las mujeres; establecer servicios destinados a las víctimas de violencia en el hogar, violaciones, ataques sexuales y otras formas de violencia contra la mujer; contar con trabajadores sanitarios especialmente capacitados; y prestar especial atención a las mujeres de zonas rurales o comunidades alejadas¹⁰⁹.

El Comité CEDAW además, en su Recomendación Nro. 24 “Mujer y Salud” recuerda que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para las mujeres, por lo que los Estados deben

¹⁰⁶ CORTE IDH. *Caso González y Otras Vs. México*. Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 258.

¹⁰⁷ *Ibíd.*

¹⁰⁸ CORTE IDH. *Caso Fernández Ortega y Otros Vs. México*. Sentencia de 30 de agosto de 2010, párr. 196 y *Caso Espinoza Gonzáles vs. Perú*. Sentencia de Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. 20 de noviembre de 2014, párr. 242.

¹⁰⁹ COMITÉ CEDAW. *Recomendación General Nro. 19. La Violencia contra la Mujer*. 29 de enero de 1992, párr. 24. Incisos b, k, o y q.

garantizar la promulgación y aplicación de políticas, incluidos protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios que aborden la violencia contra las mujeres y los abusos contra las niñas, así como la prestación de los servicios apropiados¹¹⁰.

El Comité CEDAW además recomienda garantizar la capacitación del personal de salud sobre cuestiones relacionadas con el género, de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género¹¹¹. Finalmente, el Comité considera que los Estados deben ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de las mujeres durante todo su ciclo de vida, la que debe incluir las respuestas a la violencia contra las mujeres, y a garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y genésica¹¹².

En efecto, el derecho fundamental a la salud no se agota en el reconocimiento normativo de su existencia, sino que implica la obligación estatal de adoptar medidas tendientes para garantizar que los programas y fundamentalmente los establecimientos, bienes y servicios de salud estén disponibles, accesibles, aceptables y sean de calidad para las mujeres que han sufrido violencia sexual. Conforme lo ha sostenido el propio Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (Comité DESC), estas características son descritas de la siguiente manera:

Tabla N° 2
Características de los establecimientos, bienes y servicios de salud para las mujeres que han sufrido violencia sexual

<i>a) Disponibilidad</i>	Se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas que comprendan la atención de casos de violencia sexual. Esos servicios incluirán condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
--------------------------	--

¹¹⁰ COMITÉ CEDAW. *Recomendación General Nro. 24. La Mujer y la salud*. Artículo 12 CEDAW. Mujer y Salud, párr. 15 inc. "a".

¹¹¹ Ídem, párr. 15 inc. "b".

¹¹² Ídem, párr. 29.

<i>b) Accesibilidad</i>	Los establecimientos, bienes y servicios de salud que atienden casos de violencia sexual deben ser accesibles para todas las víctimas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: la no discriminación por género así como por ninguno de los motivos prohibidos, reconociendo que éstos muchas veces se intersectan en la vivencia de las mujeres; la accesibilidad física en términos geográficos pero también respecto a los requerimientos que puedan tener las personas con discapacidad; la accesibilidad económica basada en el principio de equidad, donde los gastos de salud no recaigan en los hogares más pobres en relación a los más ricos; así como el derecho de toda persona a solicitar, recibir y difundir información sobre el vínculo entre violencia sexual y salud, sin afectar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
<i>c) Aceptabilidad</i>	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud que atienden a víctimas de violencia sexual deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
<i>d) Calidad</i>	Los establecimientos, bienes y servicios de salud que atienden a las víctimas de violencia sexual deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, así como condiciones sanitarias adecuadas.

Fuente: Adecuación realizada en base a lo establecido en la Observación General N^o 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud¹¹³.

Como se puede observar, el derecho a la salud que tienen todas las personas, incluidas aquellas que han sido violentadas sexualmente exige del Estado

¹¹³ COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES DE LAS NACIONES UNIDAS. *Observación General N^o 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 22^o período de sesiones, 25 de abril al 12 de mayo del 2000, Párr. 12.

una acción de conservación y otra de restablecimiento frente a los hechos ocurridos, la que debe estar enmarcada en una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de las mujeres durante todo su ciclo de vida y debe incluir servicios especializados, diferenciados y eficaces en la atención, en respuesta a las necesidades específicas de cada víctima.

2.2. Normas con rango de ley

En primer lugar, habría que mencionar que nuestro ordenamiento jurídico penal reprime determinados actos de violencia sexual. Así, el Código Penal peruano tipifica, entre otros, los siguientes delitos:

Tabla N° 3
Delitos vinculados a la violencia sexual en el Código Penal

Delito	Tipificación
Art. 170.- Violación sexual	<p>El que con violencia o grave amenaza, obliga a una persona a tener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de seis ni mayor de ocho años.</p> <p>La pena será no menor de doce ni mayor de dieciocho años e inhabilitación conforme corresponda:</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="336 1084 1085 1112">1. Si la violación se realiza a mano armada o por dos o más sujetos.<li data-bbox="336 1142 1085 1388">2. Si para la ejecución del delito se haya prevalido de cualquier posición o cargo que le dé particular autoridad sobre la víctima, o de una relación de parentesco por ser ascendente, cónyuge, conviviente de este, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción o afines de la víctima, de una relación proveniente de un contrato de locación de servicios, de una relación laboral o si la víctima le presta servicios como trabajador del hogar.<li data-bbox="336 1419 1085 1552">3. Si fuere cometido por personal perteneciente a las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Serenazgo, Policía Municipal o vigilancia privada, en ejercicio de su función pública.<li data-bbox="336 1583 1085 1648">4. Si el autor tuviere conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave.

	<p>5. Si el autor es docente o auxiliar de educación del centro educativo donde estudia la víctima.</p> <p>6. Si la víctima tiene entre catorce y menos de dieciocho años de edad.</p>
<p>Artículo 171.- Violación de persona en estado de inconsciencia o en la imposibilidad de resistir</p>	<p>El que tiene acceso carnal con una persona por vía vaginal, anal o bucal, o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, después de haberla puesto en estado de inconsciencia o en la imposibilidad de resistir, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de diez ni mayor de quince años.</p> <p>Cuando el autor comete este delito abusando de su profesión, ciencia u oficio, la pena será privativa de la libertad no menor de doce ni mayor a dieciocho años.</p>
<p>Artículo 172.- Violación de persona en incapacidad de resistencia</p>	<p>El que tiene acceso carnal con una persona por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, conociendo que sufre anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia, retardo mental o que se encuentra en incapacidad de resistir, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de veinte ni mayor de veinticinco años.</p> <p>Cuando el autor comete el delito abusando de su profesión, ciencia u oficio, la pena será privativa de libertad no menor de veinticinco ni mayor de treinta años.</p>
<p>Artículo 173. Violación sexual de menor de edad</p>	<p>El que tiene acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, con un menor de edad, será reprimido con las siguientes penas privativas de libertad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si la víctima tiene menos de diez años de edad la pena será de cadena perpetua. 2. Si la víctima tiene entre diez años de edad, y menos de catorce, la pena será no menor de treinta, ni mayor de treinta y cinco años. <p>En el caso del numeral 2, la pena será de cadena perpetua si el agente tiene cualquier posición, cargo o vínculo familiar que le dé particular autoridad sobre la víctima o le impulse a depositar en él su confianza.</p>

<p>Artículo 176.- Actos contra el pudor</p>	<p>El que sin propósito de tener acceso carnal regulado por el artículo 170, con violencia o grave amenaza, realiza sobre una persona u obliga a ésta a efectuar sobre sí misma o sobre tercero, tocamientos indebidos en sus partes íntimas o actos libidinosos contrarios al pudor, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de cinco años. La pena será no menor de cinco ni mayor de siete:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si el agente se encuentra en las agravantes previstas en el artículo 170 incisos 2, 3 y 4. 2. Si la víctima se hallare en los supuestos de los artículos 171 y 172. 3. Si el agente tuviere la condición de docente, auxiliar u otra vinculación académica que le confiera autoridad sobre la víctima
<p>Artículo 183-B.- proposiciones sexuales a niños, niñas y adolescentes</p>	<p>El que contacta con un menor de catorce años para solicitar u obtener de él material pornográfico, o para llevar a cabo actividades sexuales con él, será reprimido con una pena privativa de libertad no menor de cuatro ni mayor de ocho años e inhabilitación conforme a los numerales 1, 2 y 4 del artículo 36.</p> <p>Cuando la víctima tiene entre catorce y menos de dieciocho años de edad y medie engaño, la pena será no menor de tres ni mayor de seis años e inhabilitación conforme a los numerales 1, 2 y 4 del artículo 36.”</p>

Fuente: Código Penal peruano

Elaboración: Defensoría del Pueblo

De otro lado, en noviembre de 2015, se publicó la Ley N° 30364, *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*¹¹⁴, primera norma con rango legal que recoge la definición de violencia contra las mujeres de la *Convención de Belem do Pará* y establece un concepto integral de violencia sexual¹¹⁵.

La Ley N° 30364 describe de manera articulada las diferentes obligaciones que tiene el Estado peruano en materia de prevención, atención, protección

¹¹⁴ Publicada el 23 de noviembre de 2015 en el Diario Oficial El Peruano.

¹¹⁵ Idem. Arts. 5 y 8 inc. “c”. Se entiende como violencia sexual “acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de la personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación”.

y reparación a las víctimas, así como sanción y reeducación del agresor; creando para ello el *Sistema Nacional para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, conformado por diferentes sectores del gobierno central, el Poder Judicial, el Ministerio Público e instancias sub nacionales de nivel regional y local. Concretamente esta norma establece que es de interés público la protección de las mujeres contra los actos de violencia, y que es política del Estado la creación de servicios de atención y prevención contra este fenómeno; siendo el Estado responsable de la recuperación de las víctimas¹¹⁶.

En ese marco, la Ley N° 30364 establece funciones específicas para el sector salud en aras de garantizar el derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia, incluyendo la violencia sexual¹¹⁷. Ellas son descritas de la siguiente manera:

- a) Promover y fortalecer programas para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, contribuyendo a lograr el bienestar y desarrollo de la persona, en condiciones de plena accesibilidad y respeto de los derechos fundamentales, de conformidad con las políticas sectoriales.
- b) Garantizar atención de calidad a los casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, incluyendo su afiliación en el Seguro Integral de Salud para la atención y recuperación integral de la salud física y mental gratuita, lo que incluye la atención, los exámenes, hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico o psiquiátrico y cualquier otra actividad necesaria para el restablecimiento de la salud.
- c) Desarrollar programas de sensibilización y formación continua del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar la adecuada atención de las víctimas de violencia a que se refiere la ley.

Es preciso indicar que antes de la aprobación de la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, no existía norma que de manera articulada y pormenorizada estableciera las condiciones para garantizar el derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual. Una breve descripción de las normas pre existentes dan cuenta de esta situación:

¹¹⁶ Ídem. Art. 27.

¹¹⁷ Ídem. Art. 45, inciso 3.

- La Ley N° 26842, *Ley General de Salud*¹¹⁸, señala que toda persona tiene derecho a la recuperación, rehabilitación y promoción de su salud mental, reconoce expresamente que los casos de violencia familiar son un problema de salud mental, además determina que su atención es responsabilidad primaria de la familia y del Estado.
- La Ley N° 28983, *Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres*, determina que son lineamientos del Poder Ejecutivo, gobiernos regionales y gobiernos locales “desarrollar políticas, planes y programas para la prevención, atención y eliminación de la violencia en todas sus formas y en todos los espacios, en especial la ejercida contra las mujeres”; así como “garantizar el derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad a los servicios, con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos” y “garantizar que los programas de salud den cobertura integral a la población en situación de extrema pobreza y pobreza”¹¹⁹.
- La Ley N° 30314, *Ley para Prevenir y Sancionar el Acoso Sexual en Espacios Públicos*, establece que el Ministerio de Salud formula, difunde y evalúa estrategias para el desarrollo de acciones a favor de la prevención y atención de casos de acoso sexual en espacios públicos e incorpora como parte de la atención de salud mental en los servicios médicos a nivel nacional, la atención de casos derivados por esta causa¹²⁰.
- La Ley N° 28592, *Ley que crea el Programa Integral de Reparaciones – PIR* (Ley PIR), norma que reconoce como “víctimas directas” a las personas que han sufrido violación sexual - más no otras formas de violencia sexual - durante el período de mayo de 1980 a noviembre de 2000, conforme al Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Esta norma reconoce, entre otros, un programa de reparaciones en salud, con el objetivo de recuperación de la salud mental y física, reconstitución de las redes de soporte social y fortalecimiento de las capacidades para el desarrollo personal y social de las víctimas; proponiendo para ello la atención integral en servicios públicos de salud y la recuperación desde la intervención clínica¹²¹.

¹¹⁸ *Ley General de Salud*. Ley N° 26842. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 20 de julio de 1997. Art. 11.

¹¹⁹ Ley N° 28983. *Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres*. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 16 de marzo de 2007. Art. 6.

¹²⁰ Ley N° 30314. *Ley para Prevenir y Sancionar el Acoso Sexual en Espacios Públicos*. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 26 de marzo de 2015. Art. 10

¹²¹ Ley N° 28592. *Ley que crea el Programa Integral de Reparaciones – PIR*. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 29 de julio de 2005. Art. 6.

Como se puede observar, antes de la aprobación de la Ley N° 30364, *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, las normas con rango legal preexistentes establecían medidas aisladas sobre el rol que debe cumplir el sector salud en materia de atención a las víctimas de violencia contra las mujeres y concretamente de violencia sexual¹²². La única excepción era la *Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres*, que de manera general aborda el tema.

Es preciso señalar que la aprobación de la Ley N° 30364 era un requerimiento de más de una instancia supranacional. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) había instado al Estado peruano a adoptar con urgencia una “ley integral de prevención de la violencia contra la mujer para prevenir tales actos, proteger a las víctimas y enjuiciar a sus autores, que prevea la reparación, la imposición de sanciones, el acceso a la justicia y **mecanismos integrales de protección y prestación de servicios a las víctimas aplicando un criterio intercultural**”¹²³ [el resaltado es nuestro].

Asimismo, el Comité de Expertas del MESECVI (Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belem do Para) había exhortado al Estado a “modificar y/o armonizar el marco jurídico relativo a la prevención y sanción de la violencia contra las mujeres teniendo en cuenta la definición establecida en los artículos 1 y 2 de la Convención”¹²⁴. La aprobación de la Ley también se condice con la recomendación del Consejo de Derechos Humanos, aceptada por el Estado peruano, de velar por el acceso de las mujeres a la atención de salud y mejorar los servicios de salud reproductiva así como aplicar las

¹²² No obstante, en el ámbito normativo infralegal, el Ministerio de Salud, desde el año 2001, sí cuenta con varias normas destinadas a regular la atención de la salud física y mental de las víctimas de violencia en los servicios públicos de salud. Los protocolos que regulan la atención a víctimas de violencia en servicios de salud son los siguientes: Las Guías Nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, aprobada por Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA; la Norma Técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, aprobada por la Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA; la Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género, aprobada por la Resolución Ministerial N° 141-2007/MINSA; la Norma Técnica de salud para la implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno-neonatal, aprobada por Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA; y las Normas y Procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil, aprobados por la Resolución Ministerial N° 455-2011/SA/DM.

¹²³ COMITÉ CEDAW. *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú*. CEDAW/C/PER/CO/7-8. 24 de julio de 2014, párr. 18.

¹²⁴ MESECVI. *Recomendaciones del Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belem do Pará*. 2012.

medidas legislativas y administrativas para proteger a las mujeres contra la violencia doméstica y sexual¹²⁵.

La aprobación de la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar* es un paso importante; sin embargo aún existen recomendaciones de instancias supranacionales vinculadas al reconocimiento de derechos a las víctimas de violencia sexual pendientes de aprobar. Por ejemplo, la despenalización del aborto por violación o el reconocimiento de reparaciones a todas las víctimas de violencia sexual durante el conflicto armado interno vivido en el Perú entre los años 1980 y 2000.

El Comité CEDAW¹²⁶, el Comité de Derechos Humanos¹²⁷, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹²⁸, el Comité contra la Tortura¹²⁹ y recientemente el Comité de los Derechos del Niño¹³⁰ han mostrado su preocupación por la penalización del aborto en casos de violación o incesto. Estos órganos supranacionales han recomendado al Estado peruano modificar su legislación penal para dejar de sancionar a las mujeres que recurren a abortos en casos de embarazos resultantes de violación.

Respecto a este tema, dos comisiones del Congreso abordaron la iniciativa ciudadana 3839/2014-IC *Ley que despenaliza el aborto en los casos de embarazos a consecuencia de una violación sexual, inseminación artificial o transferencia de óvulos no consentidas*, la misma que fue archivada¹³¹. Es preciso indicar que la Defensoría del Pueblo emitió una opinión técnica favorable a la iniciativa en la medida que ésta incorpore requisitos legales mínimos para acceder al servicio de interrupción del embarazo, tales como el establecimiento de un

¹²⁵ CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal*. Perú. A/HRC/22/15. 27 de diciembre de 2012. párr. 116.94 y 116.39.

¹²⁶ Ídem, párr. 36.

¹²⁷ COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS. *Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Perú*. CCPR/C/PER/CO/5. 29 de abril de 2013, párr. 4.

¹²⁸ COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto*. E/C.12/per/CO/2-4. 18 de mayo de 2012, párr. 21.

¹²⁹ COMITÉ CONTRA LA TORTURA. *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Perú*, aprobadas por el Comité en su 49o período de sesiones. CAT/C/PER/CO/5-6. 21 de enero de 2013, párr. 15.

¹³⁰ COMITÉ DE DERECHOS DEL NIÑO. *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Perú*. CRC/C/PER/CO/4-5. 29 de enero de 2016, párr. 55.

¹³¹ La iniciativa fue archivada en la Comisión de Justicia y Derechos Humanos (06/07/2015) y en la Comisión de Constitución y Reglamento (08/06/2016).

plazo máximo para realizarlos así como la presentación previa de la denuncia policial por violación¹³².

Por otro lado, el Comité CEDAW¹³³, el Comité de Derechos Humanos¹³⁴ y el Comité contra la Tortura¹³⁵, han expresado su preocupación debido a que La Ley N° 28592, *Ley que crea el Programa Integral de Reparaciones* reconoce como “víctimas” solo a aquellas que sufrieron violación sexual y no a las que sufrieron otras formas de violencia sexual. Por ello, se ha instado al Estado a otorgar reparaciones individuales a todas las mujeres que hayan sufrido cualquier tipo de violencia, abuso sexual o actos de violencia sexual¹³⁶, decisión que requiere la modificación de la referida norma¹³⁷.

Como se puede observar, la Ley N° 30364, *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, es la primera norma con rango legal que establece funciones específicas para el sector salud en materia de prevención, atención y recuperación de víctimas de violencia contra las mujeres, entre las que se encuentra la violencia sexual. En este marco es preciso que se reglamente la norma y se adopten medidas administrativas y de naturaleza presupuestal en las instituciones correspondientes, a fin de promover su efectiva implementación¹³⁸.

2.3. Normas de rango infralegal

En este punto, se pueden identificar normas infralegales que constituyen políticas y planes emitidos por el Poder Ejecutivo, así como guías o protocolos

¹³² Así se lo hizo saber a la Comisión de Justicia y Derechos Humanos, y Constitución y Reglamento del Congreso de la República mediante Oficios N° 262-2015/DP y N° 263-2015/DP, respectivamente, de fecha 26 de mayo de 2015.

¹³³ COMITÉ CEDAW. *Observaciones finales sobre los informes periódicos 18º a 21º del Perú*. CERD/C/PER/CO/18-21. 25 de septiembre de 2014, párr. 12.

¹³⁴ COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS. *Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Perú*. CCPR/C/PER/CO/5. 29 de abril de 2013, párr. 22.

¹³⁵ Ley 28592. Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones - PIR. Art. 3.

¹³⁶ COMITÉ CONTRA LA TORTURA. *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Perú*. CAT/C/PER/CO/5-6. 21 de enero de 2013, párr. 16.

¹³⁷ El Congreso aprobó el 31 de mayo de 2012, el Proyecto de Ley N° 00719/2011-CR *Ley que modifica la Ley N° 28592*, propuesta que reconocía como víctimas a aquellas personas que sufrieron diversas formas de violencia sexual como la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el aborto forzado, en el marco de acciones violatorias de derechos humanos desde mayo de 1980 a noviembre de 2000. Sin embargo, esta aprobación fue observada por el Poder Ejecutivo el 25 de junio de 2012, sin que hasta el momento haya sido objeto de un nuevo debate y una eventual aprobación en el Congreso.

¹³⁸ Cfr. DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Informe Defensorial N° 173. Femicidio íntimo en el Perú: análisis de expedientes judiciales (2012-2015)*. Octavo Reporte de la Defensoría del Pueblo sobre el cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (2015). Lima: Defensoría del Pueblo, 2015, pp. 201-205.

sobre la atención de casos de violencia contra las mujeres emitidas por el sector salud.

2.3.1. Políticas y Planes

En materia de políticas estatales, se han aprobado planes intersectoriales que directa o indirectamente abordan la obligación de brindar atención a las víctimas de violencia sexual.

* *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015*

Por la temática que aborda, el *Plan contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015*¹³⁹ ha sido la política que con mayor claridad ha detallado los objetivos, resultados y metas vinculados a la violencia contra las mujeres, y en ese marco la atención de casos de violencia sexual. Se trata de una política cuya vigencia culminó (diciembre de 2015), pero que es descrita pues rigió durante el periodo en el que se realizó la supervisión de los servicios de salud que se reportan en el presente documento¹⁴⁰.

El *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015* tiene como objetivo específico 2.1: “mejorar el acceso y calidad de los servicios de atención integral a las mujeres víctimas de violencia basada en género a nivel nacional, regional y local”; y prevé como actividades la capacitación y sensibilización de los operadores del sistema de salud sobre la atención de casos con adecuación intercultural, el abastecimiento y entrega de insumos para la atención de la violencia sexual: la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)¹⁴¹, antibióticos y antirretrovirales, además de implementar servicios de salud mental y la aplicación del Protocolo de Atención de la violencia basada en género a poblaciones diversas¹⁴².

¹³⁹ Decreto Supremo 003-2009-MIMDES. *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015*. Aprobado el 26 de marzo de 2009.

¹⁴⁰ Actualmente, el MIMP se encuentra desarrollando la propuesta del nuevo Plan contra la Violencia hacia la Mujer, sobre la base de los resultados de la evaluación realizada al Plan anterior.

¹⁴¹ La distribución de la AOE ha quedado suspendida en los servicios públicos de salud debido a la sentencia N° 02005-2009-PA/TC del Tribunal Constitucional que prohibió su distribución gratuita. Ello ha generado una situación de discriminación por razón económica en agravio de mujeres de escasos recursos, puesto que se permite adquirir la AOE en establecimientos privados de venta y distribución de medicamentos, en: DEFENSORÍA DEL PUEBLO. La anticoncepción oral de emergencia. Informe N° 78. Defensoría del Pueblo: Lima, 2003. p. 56.

¹⁴² Decreto Supremo 003-2009-MIMDES. Objetivo Estratégico 2: Garantizar el acceso de las mujeres afectadas por la violencia basada en género a los servicios del sistema de justicia, salud, entre otros, contribuyendo a superar su condición de víctimas. Resultado Esperado 2: Mujeres que acceden a servicios de calidad para la atención integral de la violencia basada en género. Objetivo Específico 2.1. Mejorar el acceso y calidad de los servicios de atención integral a las mujeres

Asimismo, ha considerado como actividad la adaptación del Protocolo para la atención de la VBG (violencia basada en género) a fin de garantizar la atención de las víctimas de violencia sexual durante el periodo de violencia terrorista; y la aprobación e implementación de protocolo para evaluación de daño psíquico, así como elaboración de guías o módulos de capacitación para médicos legistas sobre evaluación de daño psíquico¹⁴³.

Es preciso indicar que este Plan omite pronunciarse sobre algunas poblaciones de mujeres históricamente discriminadas, Tal es el caso de las mujeres lesbianas y trans, a las que indirectamente menciona al reconocer la existencia de la homofobia, pero sobre las cuales no establece ningún resultado o actividad¹⁴⁴. Asimismo, no se aborda la situación de las mujeres con discapacidad, hecho que fue objeto de preocupación del Comité de Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, el que hizo referencia a la falta de reconocimiento de una protección especial para esta población¹⁴⁵.

En la medida de que el periodo de vigencia del *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015* concluyó en diciembre de 2015, es precisa la realización de una evaluación de su implementación, en especial en aquellas medidas vinculadas a la atención de víctimas de violencia sexual.

Si bien no se conoce aún la evaluación integral del *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015*, debe recordarse que en el año 2012, el Estado peruano aceptó la recomendación del Consejo de Derechos Humanos de proseguir los esfuerzos para poner fin a la violencia contra las mujeres mediante, entre otras cosas, la aplicación del segundo *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer*¹⁴⁶. Pese a este compromiso, al año siguiente, la Defensoría del Pueblo constataba que “aun cuando no puede dejarse de reconocer la existencia de esfuerzos realizados por los sectores involucrados para trabajar la problemática de la violencia contra las mujeres, en muchos de los casos las acciones desarrolladas no han sido las más adecuadas para cumplir con los objetivos previstos en el Plan Nacional”¹⁴⁷.

víctimas de violencia basada en género a nivel nacional, regional y local.

¹⁴³ Ídem. Objetivo Específico 2.2. Garantizar el acceso a las víctimas de violencia basada en género a la justicia, de manera eficaz y oportuna.

¹⁴⁴ Ídem. Acápite I. Caracterización de la Problemática. b) Violencia contra las mujeres f) homofobia.

¹⁴⁵ COMITÉ DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. *Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CRPD/C/PER/CO/1. 16 de mayo de 2012, párr. 14.

¹⁴⁶ CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal*. Perú. A/HRC/22/15. 27 de diciembre de 2012, párr. 116.38.

¹⁴⁷ DEFENSORIA DEL PUEBLO. *Balance sobre el cumplimiento del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015*. Informe 003-2013-DPM/ADM. Lima: Defensoría del Pueblo, 2013, p. 210.

En tal sentido, la Defensoría del Pueblo manifestó su preocupación pues la mayoría de acciones se habían caracterizado por ser específicas y aisladas, careciendo por ende del carácter programático que requiere toda acción que busca tener por resultado una efectiva disminución de las brechas de violencia de género¹⁴⁸. Esta apreciación fue confirmada en el año 2014 cuando el Comité CEDAW llamó la atención al Estado peruano sobre “la insuficiente coordinación y vigilancia” en la implementación del *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015*¹⁴⁹. La evaluación final de la implementación de esta política evidenciará si en los últimos años de ejecución pudo hacerse las correcciones pertinentes y se logró el objetivo general, o al menos algunos de los objetivos propuestos.

Además de la evaluación, es preciso que se impulse la aprobación de una nueva política específica para enfrentar la violencia contra las mujeres y especialmente la violencia sexual¹⁵⁰.

Para la elaboración de este nuevo plan, el Poder Ejecutivo debe recordar que la Recomendación 28 del Comité CEDAW¹⁵¹ establece que: “la discriminación de la mujer por motivos de sexo y género está unida de manera indivisible a otros factores que afectan a la mujer, como la raza, el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, el estatus, la edad, la clase, la casta, la orientación sexual y la identidad de género”. Por lo que el Estado Peruano debe reconocer y prohibir en sus instrumentos jurídicos estas formas entrecruzadas de discriminación y su impacto negativo combinado en las mujeres afectadas. También deben aprobar y poner en práctica políticas y programas para eliminar estas situaciones.

*** *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017***

Asimismo se cuenta con el *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017*¹⁵² donde se ha propuesto como meta al 2017 reducir en un 5.4% la proporción de mujeres en edad fértil, unidas o alguna vez unidas, víctimas de violencia

¹⁴⁸ *Ibídem.*

¹⁴⁹ COMITÉ CEDAW. *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú*. CEDAW/C/PER/CO/7-8. 24 de julio de 2014. Párr. 17.

¹⁵⁰ Al momento de concluir este informe, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables elabora la nueva política bajo la denominación “Plan Estratégico contra la Violencia de Género 2016 – 2021”.

¹⁵¹ COMITÉ CEDAW. *Proyecto de Recomendación general N° 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. 16 de diciembre de 2010, párr. 18.

¹⁵² Aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2012-MIMP. *Plan Nacional de Igualdad de Género PLANIG 2012-2017*. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 18 de agosto de 2012.

sexual por parte de su pareja, así como la trata de mujeres (sin especificar la meta). Además de lograr que el 100% de gobiernos regionales implementen políticas para reducir la violencia. Por otro lado, en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos se abordan ejes temáticos vinculados al acceso a servicios de salud por parte de las mujeres, y si bien no se mencionan específicamente a las víctimas de violencia sexual, éstas se ven indirectamente beneficiadas por los resultados propuestos.

Es así que se ha considerado incrementar el aseguramiento de mujeres para el acceso a los servicios de salud, la provisión de métodos anticonceptivos modernos, la implementación de protocolos de atención de salud con enfoque de género, interculturalidad y respeto a la orientación sexual, servicios de salud para adolescentes con el objetivo de reducir el embarazo adolescente, servicios especializados en salud mental a nivel regional, entre otras¹⁵³.

El informe sobre los avances de la *Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres* del año 2015, en el que se recogen varios de los indicadores propuestos por el *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017* da cuenta que:

5.- Hace falta afianzar más protocolos de salud para reforzar la eficiencia de los servicios y asegurar el cumplimiento de las normas favorables, así como el ejercicio de los derechos de las mujeres a la salud, sexualidad y reproducción. Constituye un reto importante lograr que el 15,8% de las mujeres rurales y el 15,8% de las mujeres urbanas que no tienen un seguro de salud, lo adquieran y se pongan en marcha políticas propulsoras de ello, a fin de disminuir índices, tales como el de la muerte materna que, en el año 2015, registró 413 muertes maternas en los establecimientos de salud del MINSA, con mayor proporción en Lima con 17,9%, Piura con 10,2% y Cajamarca con 7,5%.

(...)

7.- En el enfrentamiento de la violencia de género, hace falta afirmar los protocolos intra-institucionales y continuar impulsando los inter-institucionales, ya que no hay entidad alguna que pueda trabajar individualmente ante la violencia, en cumplimiento de sus competencias y funciones¹⁵⁴.

¹⁵³ *Plan Nacional de Igualdad de Género PLANIG 2012-2017*. Objetivo Estratégico 4 “Mejorar la salud de las mujeres y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres. Resultados 4.1., 4.3., 4.4., 4.5. y 4.6.

¹⁵⁴ MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. *IX Informe sobre la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. Periodo Anual 2015*. Versión preliminar. Lima, marzo de 2016.

Como se verá en el siguiente acápite, una de las dificultades existentes en la atención a víctimas de violencia sexual es la ausencia de normatividad administrativa que con claridad establezca la forma y las condiciones en las que ésta debe darse en cada establecimiento de salud.

* ***Plan Nacional de Derechos Humanos 2014-2016***

El *Plan Nacional de Derechos Humanos 2014-2016*¹⁵⁵, propone reducir los índices de violencia basada en género y prevé como actividad la uniformización de las normas para la prevención, derivación y denuncia de casos de violencia física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, así como el hostigamiento sexual. Sin embargo no considera la participación del sector salud¹⁵⁶, dejando de lado al sector responsable de la atención integral de las víctimas de violencia.

Es preciso indicar que el *Plan Nacional de Derechos Humanos 2014-2016*, al igual que el *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015*, hace mención explícita a la provisión de la AOE (Anticoncepción Oral de Emergencia), método anticonceptivo, que como se verá más adelante también, es considerado parte de los insumos que debe proveerse a las víctimas de violación sexual según los protocolos o guías de atención aprobadas por el MINSA.

No obstante, la distribución de este método anticonceptivo fue prohibida por el Tribunal Constitucional en el año 2009, cuando esta instancia ordenó al MINSA abstenerse de desarrollar como política pública la distribución a nivel nacional de la denominada “Píldora del día siguiente”¹⁵⁷; prohibiendo así la distribución gratuita del producto dedicado de AOE (píldora), más no su presentación como método Yuzpe; así como tampoco su venta en las farmacias.

En esa oportunidad, el Tribunal Constitucional también señaló que su posición podía modificarse si en el futuro se llegaba a producir niveles de consenso científico sobre la inocuidad del *levonorgestrel* (compuesto de la AOE) para el

¹⁵⁵ Decreto Supremo N° 005-2014-JUS. *Plan Nacional de Derechos Humanos 2014-2016*. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 5 de julio de 2014.

¹⁵⁶ *Plan Nacional de Derechos Humanos 2014-2016*. Lineamiento Estratégico 3 “Diseño y ejecución de políticas favor de los grupos de especial protección”.

¹⁵⁷ TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. 02005-2009-PA/TC de 16 de octubre de 2009.

concebido¹⁵⁸. En este contexto, el *Plan Nacional de Derechos Humanos 2014-2016* determina que el Ministerio de Salud solicitará a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o a un organismo especializado de prestigio internacional que informen sobre el supuesto efecto antimplantatorio del Anticonceptivo Oral de Emergencia y con base a ello realizar acciones legales correspondientes para adecuar la política pública de salud sobre la materia¹⁵⁹.

Sobre el particular, es preciso indicar que en el año 2012 la Corte Interamericana de Derechos Humanos determinó, basándose en diferentes criterios de interpretación jurídica y evidencia científica, que la protección del derecho a la vida reconocido en el artículo 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos se inicia en el momento en el que el embrión se implanta en el útero, no antes¹⁶⁰. Esta jurisprudencia es vinculante para el Estado peruano¹⁶¹ por lo que debería constituir un referente válido de interpretación del artículo 2 inciso 1 de la Constitución, que reconoce el derecho a la vida del concebido.

Considerando la importancia de la AOE como método anticonceptivo que funciona luego de una violación sexual, es preciso que el Ejecutivo adopte las medidas necesarias, en el marco de lo dispuesto en el *Plan Nacional de Derechos Humanos 2014-2016*, para asegurar la provisión de este insumo como método Yuzpe o a través de la venta en farmacias.

* *Plan Nacional de Salud Mental*

Se cuenta con el *Plan Nacional de Salud Mental*¹⁶² que refiere como resultado el establecimiento de prioridades en salud mental para los distintos niveles de intervención (básica y especializada); y según etapas de vida y poblaciones especiales, las cuales son articuladas con otros sectores afines. En el plan, entre otros puntos, se considera prioritario la prevención y atención del abuso sexual de niños y niñas, la violencia familiar en las distintas etapas de la vida de sus miembros, la violencia familiar de las familias nativas y las poblaciones afectadas por la violencia política. Sin embargo no establecen

¹⁵⁸ Ídem, FJ. 42.

¹⁵⁹ *Plan Nacional de Derechos Humanos 2014-2016*. Acápites: “Garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”.

¹⁶⁰ CORTE IDH. *Sentencia sobre Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Artavia Murillo vs. Costa Rica*. 28 de noviembre de 2012, párr. 264.

¹⁶¹ Conforme al *Código Procesal Constitucional*. Artículo V del Título Preliminar.

¹⁶² Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA. *Plan Nacional de Salud Mental*. Aprobado el 6 de octubre de 2006.

resultados, indicadores o acciones directamente relacionados a la atención de casos de violencia contra las mujeres.

En ese marco, la Defensoría del Pueblo recomendó aprobar el Plan Sectorial de Salud Mental “a fin de mejorar la planificación, formulación, ejecución y evaluación de las acciones del MINSA con relación a la atención de las mujeres víctimas de violencia en los servicios de salud, particularmente en lo referido a la adecuada identificación, atención y referencia de los casos de violencia psicológica en los establecimientos de salud”¹⁶³; recomendación que aún está pendiente de cumplir.

De igual modo, se recomendó “aprobar el Plan Estratégico Sectorial para la Atención de la Violencia contra la Mujer, a fin de mejorar la planificación, formulación, ejecución y evaluación de las acciones del MINSA con relación a la atención de las mujeres víctimas de violencia en los establecimientos de salud”. Si bien el sector no aprobó el Plan Estratégico, sí ha informado que todos los años aprueba el Plan Sectorial contra la violencia hacia la mujer cuyas actividades se insertan en el Plan Operativo Institucional (POI) y a su vez en el Plan Operativo de las instancias involucradas¹⁶⁴.

** El Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021*

El *Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021*¹⁶⁵ no aborda la atención de casos de violencia sexual en adolescentes embarazadas; sin embargo sí considera como objetivo específico la disminución de diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes, apostando por disminuir en 30% las denuncias por violación sexual en adolescentes. Ello a través de redes de protección y apoyo social, empoderamiento, orientación vocacional y comunicación social¹⁶⁶. Ante la ausencia de medidas específicas para las víctimas de violencia sexual, la

¹⁶³ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia; Supervisión a establecimientos de salud de Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*. Informe de Adjuntía 003-2012-DP/ADM. Lima, Defensoría del Pueblo, 2012. p. 104.

¹⁶⁴ Ficha remitida a la Defensoría del Pueblo por el Ministerio de Salud y suscrita por la licenciada Nancy Virrueta Jimenes, Responsable Sectorial ante el Comité Técnico Permanente, el Dr. Juan Daniel Aspilcueta Gho, Coordinador de la Estrategia SN de Salud Sexual y Reproductiva, y el Dr. Christian Antonio Vera Torres del Equipo Técnico de la Dirección de Servicios de Salud – DGSP. La información fue reportada por la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA.

¹⁶⁵ Decreto Supremo N° 012-2013. *Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021*. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 7 de noviembre de 2013.

¹⁶⁶ Ídem, Objetivo Específico Nro.5. Meta 2.

implementación de este Plan debe articular con la política nacional contra la violencia que se apruebe en el futuro y el *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017*.

Finalmente, es preciso indicar que algunas políticas nacionales, prevén la aprobación de normatividad regional y local que permita adecuar sus lineamientos a realidades geográficas concretas. Así se identifica que el *Plan nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015* preveía la creación de instancias regionales de concertación que tienen la responsabilidad de aprobar su Plan regional contra la violencia hacia la mujer¹⁶⁷; así como el *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017*, cuyo objetivo estratégico sobre transversalización del enfoque de género, establece que los gobiernos regionales deben aprobar sus Planes Regionales de Igualdad de Oportunidades. Estos planes deben ser normas de carácter descentralizado que adapten las políticas contra la violencia hacia la mujer y la igualdad de género aprobadas por el gobierno nacional en el ámbito regional.

En las regiones objeto de análisis en el presente documento, solo Piura cuenta con "*Plan Regional de Igualdad de Género 2016-2021*"¹⁶⁸ y Junín con el "*Plan regional contra la violencia hacia las mujeres de Junín 2015-2021*"¹⁶⁹ y el "*Plan regional de igualdad de Género 2013-2017*"¹⁷⁰.

Los objetivos específicos 2.1. y 2.2. del "*Plan regional contra la violencia hacia las mujeres de Junín 2015-2021*" prevén indicadores y metas relacionadas a mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud para las mujeres víctimas de violencia, resaltando aquellos que están explícitamente creados para incorporar el enfoque intercultural, además del enfoque de género.

En ese marco debe resaltarse como acciones estratégicas el diseño y seguimiento de rutas de atención intercultural de las mujeres afectadas por la violencia de género, así como la elaboración y validación de protocolos de atención intercultural de casos de violencia contra las mujeres en comunidades indígenas amazónicas y andinas (valorando el derecho consuetudinario); ello

¹⁶⁷ Decreto Supremo N° 003-2009-MIMDES. *Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer*. En el acápite IX. Mecanismos para la implementación y seguimiento del PNCVHM.

¹⁶⁸ GOBIERNO REGIONAL DE PIURA. Ordenanza Regional N° 346-2016/GRP-CR. Publicada en el Diario Oficial "El Peruano", el 01 de abril de 2016

¹⁶⁹ GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN. Ordenanza Regional N° 187-2014-GRJ/CR. Publicada en el Diario Oficial "El Peruano", el 24 de diciembre de 2014.

¹⁷⁰ GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN. Ordenanza Regional N°170-2012/GRJ/CR. Publicada en el Diario Oficial "El Peruano", el 19 de diciembre de 2013.

además de incorporar medidas de formación, formulación de protocolos, programas y estrategias para enfrentar la violencia en la región, así como la provisión de insumos como la AOE, antibióticos y antirretrovirales.

Asimismo se debe indicar que en el año 2011 el Gobierno Regional de Junín aprobó el “Protocolo Regional contra la violencia familiar y sexual”¹⁷¹ y en noviembre de 2015 la “Ruta de Atención para Denunciar casos de Denuncia Familiar y Sexual y Acceso al Bienestar”¹⁷².

Además se identificó que en Arequipa¹⁷³ se había aprobado el PRIO (Plan Regional de Igualdad de Oportunidades) sin embargo su vigencia culminó y no ha sido renovado. Cabe señalar, que en Piura se creó el “sistema regional de prevención y atención del acoso escolar, la violencia contra la mujer, niños, niñas y adolescentes”¹⁷⁴ y en Arequipa el “Sistema regional de prevención y atención de la violencia escolar (*bullying*) y la violencia intrafamiliar en contra de las mujeres, niños y adolescentes”¹⁷⁵. En la región Puno, en el año 2007, se reconoció “como problemática que merece urgente atención a la violencia familiar y asexual contra mujeres, niños, niñas y adolescentes”¹⁷⁶.

Por otro lado, en Arequipa¹⁷⁷, Junín¹⁷⁸ y Puno¹⁷⁹ se crearon los Consejos Regionales de la Mujer (COREM), y en Piura el denominado Consejo

¹⁷¹ GOBIERNO REGIONAL DE JUNIN. Aprobar el Protocolo regional contra la violencia familiar y sexual. Resolución Ejecutiva Regional N° 599-2011-GRJ-PR. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 13 de octubre de 2011.

¹⁷² GOBIERNO REGIONAL DE JUNIN. Ordenanza Regional que aprueba las rutas de atención en casos de denuncia familiar y sexual y acceso al bienestar. Ordenanza Regional N° 210-GRJ/CR. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 14 de noviembre de 2015.

¹⁷³ GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA. Plan regional de Igualdad de Oportunidades N° 2009-2014. Ordenanza Regional 100-Arequipa. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 6 de enero de 2010.

¹⁷⁴ GOBIERNO REGIONAL DE PIURA. Crea el sistema regional de prevención y atención del acoso escolar, la violencia contra la mujer, niños, niñas y adolescentes. Ordenanza Regional N° 238-2012-GRP-CR. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 5 de julio de 2012.

¹⁷⁵ GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA. Crea el Sistema regional de prevención y atención de la violencia escolar (*bullying*) y la violencia intrafamiliar en contra de las mujeres, niños y adolescentes. Ordenanza Regional N° 214-AREQUIPA. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 21 de marzo de 2013.

¹⁷⁶ GOBIERNO REGIONAL DE PUNO. Reconocen como problemática que merece urgente atención a la violencia familiar y sexual contra mujeres, niños, niñas y adolescentes. Ordenanza Regional N° 029-2007. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 8 de abril de 2008.

¹⁷⁷ GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA. Crea el Consejo Regional de la Mujer de la Región Arequipa-CREMAQP. Ordenanza Regional N° 028-AREQUIPA del 6 de diciembre de 2007, modificada por la Ordenanza Regional N° 229-Arequipa de 10 de junio de 2013.

¹⁷⁸ GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN. Resolución Ejecutiva Regional N° 076-2005-GR-JUNIN/PR del 8 de marzo de 2005. Ratificada mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 162-2010-GR-JUNIN/PR.

¹⁷⁹ GOBIERNO REGIONAL DE PUNO. Aprueban la creación del Consejo regional de la juventud y el Consejo regional de la mujer. Ordenanza Regional N°007-2011/GRP. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 21 de julio de 2011.

Regional de Igualdad de Género (CORIG)¹⁸⁰, como espacios consultivos y de interlocución entre representantes del Estado y de la sociedad civil bajo el auspicio de los gobiernos regionales. Asimismo, se encontraron normas regionales para abordar el hostigamiento sexual en Arequipa¹⁸¹, Lima¹⁸², Piura¹⁸³ y Puno¹⁸⁴.

Pese a la aprobación de estas normas, es preciso llamar la atención sobre la ausencia de planes descentralizados en la mayoría de regiones visitadas, situación que puede constituir un serio obstáculo en la implementación de las políticas nacionales, al no existir una ruta específica y asumida por el gobierno regional para enfrentar la violencia contra las mujeres, y concretamente la violencia sexual.

2.3.2. Guías y/o protocolos del Ministerio de Salud sobre la atención a casos de violencia contra las mujeres, incluyendo violencia sexual

En el Informe de Adjuntía N° 003-2012-DP/ADM¹⁸⁵, la Defensoría del Pueblo identificó las normas (protocolos o guías) que el Ministerio de Salud aprobó para regular la atención de la salud física y mental de las víctimas de violencia en los servicios de salud. Se evidenció que cada una de las normas tiene sus propios objetivos generales y específicos y presentan diferentes modelos de atención, aunque se reconoció algunos aspectos comunes¹⁸⁶. En ese marco,

¹⁸⁰ GOBIERNO REGIONAL DE PIURA. *Crea el Consejo Regional de la Mujer – COREM*. Ordenanza Regional N° 041-2004/GRP-CR del 27 de mayo de 2004, modificado por Ordenanza Regional N° 041-2004/GRP-CR. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 5 de diciembre de 2015.

¹⁸¹ GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA. *Declara de necesidad pública e interés regional la lucha para erradicar la violencia de género ejercida hacia las mujeres, niñas, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad*. Ordenanza Regional N° 265-Arequipa. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 26 de marzo de 2014.

¹⁸² MUNICIPALIDAD DE LIMA. Resolución de Alcaldía N° 396. *Aprueba la Directiva N° 001-2008-MML-GA-SP “Sobre la Prevención y la Sanción del Hostigamiento Sexual en la Municipalidad Metropolitana de Lima”* del 30 de setiembre de 2008.

¹⁸³ GOBIERNO REGIONAL DE PIURA. Resolución Ejecutiva Regional N° 881-2011/gob. Reg. PIURA. *Aprobar la Directiva N° 011-2011/GRP-480300 “Procedimientos para la prevención y sanción del hostigamiento sexual en el Gobierno Regional de Piura”* del 12 de setiembre de 2012.

¹⁸⁴ GOBIERNO REGIONAL DE PUNO. Ordenanza N° 09-2014 –GRP-CRP del 07 de agosto de 2014.

¹⁸⁵ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno. Informe de Adjuntía N° 003-2012-DP/ADM*. Op. Cit. p. 42.

¹⁸⁶ Las Normas y Procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil, aprobados por la Resolución Ministerial N° 455-2001/SA/DM; las Guías Nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, aprobada por Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA; la Norma Técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, aprobada por la Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA; la Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género, aprobada por la Resolución Ministerial N° 141-2007/MINSA; y la Norma Técnica de salud para la

la Defensoría recomendó al Ministerio de Salud “revisar los protocolos sanitarios aprobados y diseñar un único modelo de atención integral, que garantice la recuperación de la salud de la víctima, la implementación del enfoque médico-legal en la atención y reconozca la gratuidad de la atención a las mujeres víctimas en todos los servicios de salud”¹⁸⁷.

Es preciso indicar que de las normas analizadas por la Defensoría, son tres las que desarrollan en específico la ruta de atención y las responsabilidades de los operadores y operadoras de salud frente a los casos de violencia contra la mujer, las cuales deberían ser revisadas y abordadas en conjunto.

Tabla N° 4
Normas del sector salud que abordan el procedimiento para la atención de casos de violencia contra las mujeres

Norma	Denominación
RM 455-2001-SA/DM (27/07/2001)	Normas y procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil.
RM 668-2004/MINSA (21/06/2004)	Las Guías Nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva.
RM.141-2007/MINSA (13/02/2007)	Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género.

Fuente: MINSA

La coexistencia de estas normas también ha llamado la atención del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (Comité CEDAW), el que ha mostrado su preocupación por “la insuficiente armonización de las múltiples guías y protocolos relativos a la violencia contra la mujer”¹⁸⁸.

Pese a la recomendación de la Defensoría del Pueblo y a lo establecido por el Comité CEDAW, el Ministerio de Salud no ha diseñado y aprobado un único modelo de atención para víctimas de violencia de género, y así lo ha reportado al Grupo de Trabajo Nacional del Plan Nacional contra la Violencia

implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno-neonatal, aprobada por Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA.

¹⁸⁷ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno.* Informe de Adjuntía N°003-2012-DP/ADM. Op.cit. Pág. 104.

¹⁸⁸ COMITÉ CEDAW. *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú.* CEDAW/C/PER/CO/7-8. 24 de julio de 2014, párr. 17.

hacia la Mujer 2009-2015¹⁸⁹. Sin embargo, según la información alcanzada por el MINS¹⁹⁰, la Mesa Intrasectorial de Salud del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer se reunió el 20 de julio de 2015 en una convocatoria ampliada a los hospitales e institutos de Lima Metropolitana y la Sanidad de las Fuerzas Armadas, a fin de realizar la primera revisión para actualizar las guías mencionadas, acordando desarrollar un cronograma de reuniones a fin de cumplir con esta actualización.

La Defensoría del Pueblo considera necesario insistir en el diseño de un único modelo de atención integral, pues si bien reconoce que las tres normas tienen aspectos comunes importantes para la atención adecuada a las víctimas de violencia de género, incluida la violencia sexual, su coexistencia genera desafíos adicionales para las y los operadores de salud, que pueden repercutir negativamente en su desempeño. Entre ellos se puede identificar:

- a. Se trata de normas que abordan problemáticas distintas, y si bien no se superponen en su totalidad, exigen que el operador u operadora realice un ejercicio de sistematización o de síntesis para cumplir con la normatividad vigente.

En ese marco es preciso señalar que las *Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil*, tal como su nombre evidencia, aborda la situación de las mujeres víctimas de violencia de género en el marco de una relación de pareja, pero también la violencia contra niños y niñas así como contra los adultos mayores; formas de violencia que tienen especificidades que deben ser consideradas al momento de efectuar la atención. Frente a ella se cuenta con la *Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia basada en Género* y las *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva* que han sido creadas específicamente para atender la problemática de violencia de género de las mujeres, y en las que existen disposiciones específicas para casos de violencia sexual¹⁹¹.

¹⁸⁹ GRUPO DE TRABAJO NACIONAL. *Plan de Acción 2014. Informe de Logros*. Documento no publicado, p. 50.

¹⁹⁰ Ficha remitida a la Defensoría del Pueblo por el Ministerio de Salud y suscrita por la licenciada Nancy Virrueta Jimenes, Responsable Sectorial ante el Comité Técnico Permanente, el Dr. Juan Daniel Aspilcueta Gho, Coordinador de la Estrategia SN de Salud Sexual y Reproductiva, y el Dr. Christian Antonio Vera Torres del Equipo Técnico de la Dirección de Servicios de Salud – DGSP.

¹⁹¹ Es preciso indicar que las *Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil*, en el caso de los niños y niñas coexiste con la *Directiva Sanitaria que regula el funcionamiento de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS)* aprobado por Resolución Ministerial N° 472-2011/MINSA.

- b. Se trata de normas que no se reconocen como complementarias, salvo en el caso de las *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva* y la *Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia basada en Género*, según da a entender esta última norma.
- c. Se identifican disposiciones diferentes y en algunos casos contradictorias; situación que puede generar confusión en los operadores y operadoras de salud. Algunos ejemplos sobre esta situación son:
- Las *Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil*¹⁹² contienen disposiciones explícitamente relacionadas a casos de violencia sexual y guardan silencio sobre la provisión de AOE o la provisión de profilaxis post exposición ITS o VIH; mandatos que sí son considerados en las *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva* y la *Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia basada en Género*.
 - Se identifican mandatos diferentes, que podrían ser complementarios, sobre el registro de los casos atendidos:
 - o Las *Guías de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva* disponen que el caso debe registrarse en la historia clínica y que además debe llenarse la ficha epidemiológica del establecimiento así como los datos del HIS.
 - o La *Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia de Género* proporciona una Ficha de Tamizaje y un cuestionario de detección de la VBG; en tanto las *Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil* presentan una Ficha de Tamizaje de Violencia Familiar y Maltrato Infantil, una Ficha de evaluación de Violencia Familiar y Maltrato Infantil, y una Ficha Epidemiológica de Violencia Familiar¹⁹³.
 - Existe información que puede llevar a confusión a los operadores y operadoras de salud. Por ejemplo, las *Normas y Procedimientos para la*

¹⁹² Ministerio de Salud. R.M. N° 455-2001-SA-DM. *Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil*. Publicada en el Diario Oficial "El Peruano", el 05 de agosto de 2001.

¹⁹³ Se encuentra que las fichas de tamizaje son muy parecidas pues están centradas en la violencia familiar; sin embargo, los demás documentos son diferentes, y no existe un documento que indique la forma en que aplicando los tres protocolos deben implementarse.

Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil señalan que las muestras recogidas del cuerpo o la ropa de la víctima y que podrían ser usadas en un proceso judicial, deben ser preservadas en bolsas; lo que se puede interpretar como bolsas de papel o de plástico. En cambio, la *Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia de Género* y las *Guías de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva* especifican que la conservación debe darse en bolsas de papel, pues utilizar las de plástico podrían producir transpiración.

- Se dan mandatos distintos respecto a la eventual denuncia que amerita el caso. En el caso de violencia familiar, las *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva* indican expresamente que no debe alentarse la denuncia policial, sino dejar que la víctima tome sus propias decisiones, en cambio en la *Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia de Género* se llama a promover la denuncia. En los casos de violencia sexual, la primera norma indica que se promoverá la denuncia con ayuda del servicio social, mientras que la segunda señala que es el personal de salud (y eventualmente el médico a cargo del establecimiento) el que realizará la denuncia ante la comisaría o el Ministerio Público.

Asimismo, la Defensoría del Pueblo identifica que las normas analizadas, por la fecha en que fueron aprobadas, no son acordes con las *Directrices propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)*¹⁹⁴ para la atención de casos de violencia en relación de pareja y violencia sexual publicadas en el año 2013; lineamientos que fueron elaborados por un grupo internacional de expertos en base a evidencia científica y cuyo objetivo es introducir en los servicios y programas de salud, políticas encaminadas a mejorar la respuesta del sector de la salud.

Un comparación general de las *Directrices propuestas por la Organización Mundial de la Salud* y las normas aprobadas por el Ministerio de Salud muestran puntos coincidentes, en especial a los referidos a la primera atención o a la provisión de servicios de salud reproductiva posteriores a hecho de violencia sexual (AOE, profilaxis pos exposición VIH, ITS); sin embargo existen algunos puntos disímiles u otros en los que no existe el mismo nivel de profundización.

¹⁹⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. WHO clinical and policy Italia, OMS, 2013.

Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud, en su Recomendación 2, sugiere que no se aplique el método de detección universal o de indagación sistemática de casos de violencia en relación de pareja; mientras que *las Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil* y la *Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia basada en Género* reivindican el modelo de detección universal. Asimismo se identifica que la reglamentación de la atención en salud mental que proponen las *Directrices* no coincide con lo poco avanzado en las normas nacionales.

- La OMS, para las intervenciones psicológicas o de salud mental, diferencia el servicio que se pueda proveer a la víctima en los primeros días de ocurridos los hechos frente a los que se pueda suministrar a partir de los tres meses. En el Perú, las *Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil* y la *Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia basada en Género* no realizan esa diferenciación.
- La OMS, en su Recomendación 23, sugiere no recurrir a intervenciones psicológicas breves para revivir el incidente en los primeros días de ocurrido los hechos. Frente a ello las *Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil* guardan silencio y consideran como una intervención válida en cualquier momento “la intervención en crisis”.
- La OMS, en su Recomendación 24, 25 y 26 prevé situaciones, durante los primeros tres meses ocurridos los hechos, en las que será necesario brindar atención conforme a la *Guía de Intervención mhGAP* (si tiene depresión, problemas de consumo de alcohol o drogas o bien algún síntoma psicótico, es suicida o autoagresiva) o terapia cognitiva conductual o desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (si tiene dificultades para realizar tareas cotidianas). Salvo estos supuestos, la OMS solo recomienda acompañamiento y seguimiento. Frente a ello, las *Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil* y la *Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia basada en Género* guardan silencio.
- La OMS, en su Recomendación 29, sugiere que a partir de los 3 meses se aplique un tratamiento cognitivo conductual o de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, si la víctima es diagnosticada con Trastorno de Estrés Postraumático. Frente a ello, las *Normas y Proce-*

dimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil y la Guía Técnica de Atención no especifican que tipo de abordaje o enfoque se desarrollaran los profesionales de la salud mental para dar rehabilitación a las pacientes

La importancia de que el Ministerio de Salud considere las directrices propuestas por la OMS al momento de actualizar su normatividad, no solo se deriva de la especificidad de la propuesta y la especialidad de este órgano de las Naciones Unidas, sino de su reconocimiento por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en un caso de violencia sexual bajo su jurisdicción¹⁹⁵ y por el Consejo de Derechos Humanos, el que ha recomendado al Perú adoptar el enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva¹⁹⁶.

Adicionalmente, debe señalarse que el MINSA tampoco ha cumplido con la actividad programada en el Objetivo Específico 2.2 del *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015*, según la cual debía adaptar el Protocolo para la atención de la VBG para garantizar la atención de las víctimas de violencia sexual durante el período de violencia terrorista.

Sobre el primer punto, la Defensoría ha constatado que en el Plan de Acción del año 2015 del Grupo de Trabajo Nacional del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015, se ha previsto como una actividad para el cumplimiento del Objetivo Específico 2.2. “aprobar un documento técnico: Lineamientos para a Atención en Salud de Personas afectadas por el Proceso de Violencia 1980-2000 en el marco de la Ley No. 28592. Plan Integral de Reparaciones”, el que se encontraría pendiente de cumplir. La aprobación de este normatividad es necesaria para responder a las particularidades que tiene el impacto de la violencia sexual perpetrada en el marco de un conflicto armado, y poder lograr una rehabilitación adecuada para sus víctimas. Es preciso saber que hasta el 17 de marzo de 2016, de las 4482 víctimas de violación sexual registradas en el Consejo Reparaciones, 2669 personas estaban registradas en el Sistema Integral de Salud (SIS), mientras que de las 1 490 víctimas de otras formas de violencia sexual estaban registradas 980¹⁹⁷.

¹⁹⁵ CORTE IDH. *Caso Rosendo Cantú vs. México*. Sentencia de Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. 31 de agosto de 2010. Punto Resolutivo Nro. 16. Y *Caso Fernández Ortega vs. México*. Punto Resolutivo Nro. 18.

¹⁹⁶ CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal*. Perú. A/HRC/22/15, párr. 116.96.

¹⁹⁷ SECRETARIA TECNICA DEL CONSEJO DE REPARACIONES. Información sobre número de casos registrados por el Consejo de Reparaciones al 16 de marzo de 2016. Mimeo.

Ello significa que hay 3649 personas víctimas de violencia sexual que reciben como reparación en salud la cobertura en el SIS, pero no existen lineamientos de atención ni de cobertura claros con relación a su atención.

Es preciso indicar que esta obligación ha sido recordada también por órganos supranacionales de derechos humanos. El Comité CEDAW¹⁹⁸, el Comité de Derechos Humanos¹⁹⁹ y el Comité contra la Tortura²⁰⁰ han llamado al Estado peruano a otorgar reparaciones individuales a todas las mujeres que han sufrido violencia durante el conflicto armado interno.

Finalmente se debe indicar que el Ministerio de Salud tampoco ha cumplido con el Resultado 4.4. del *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017* que determina que los establecimientos de salud deben implementar protocolos de atención con un enfoque de respeto a la orientación sexual, además del enfoque de género e intercultural.

En este caso ha sido el Comité contra la Discriminación Racial, el que ha mostrado su preocupación sobre la violencia de género y la discriminación que enfrentan las mujeres indígenas y afroperuanas en el ámbito de la salud peruano²⁰¹ así como el Comité DESC, el que ha instado al Estado peruano a adoptar medidas para garantizar que las personas no sea discriminadas en base a su orientación sexual y su identidad de género²⁰².

¹⁹⁸ COMITÉ CEDAW. *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú*. CEDAW/C/PER/CO/7-8. 24 de julio de 2014, párr. 22.

¹⁹⁹ COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS. *Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Perú*. CCPR/C/PER/CO/5. 29 de abril de 2013, párr. 12.

²⁰⁰ COMITÉ CONTRA LA TORTURA. *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Perú*, aprobadas por el Comité en su 49° período de sesiones. CAT/C/PER/CO/5-6. 21 de enero de 2013, párr. 16.

²⁰¹ COMITÉ CONTRA LA DISCRIMINACIÓN RACIAL. *Observaciones finales sobre los informes periódicos 18° a 21° del Perú*. CERD/C/PER/CO/18-21. 25 de septiembre de 2014, párr. 17.

²⁰² COMITÉ DESC. *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 116 y 17 del Pacto*. E/C.12/per/CO/2-4. 18 de mayo de 2012, párr. 5.

CAPÍTULO III

RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN REALIZADA A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE AREQUIPA, JUNIN, LIMA, PIURA Y PUNO

Siendo la violencia contra las mujeres, y en especial la violencia sexual, un problema de derechos humanos, un asunto de salud pública y de seguridad ciudadana, la Defensoría del Pueblo tiene especial preocupación sobre el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Estado en materia de protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las mujeres violentadas.

En el año 2012, nuestra institución publicó el Informe de Adjuntía N° 003-2012-DP/ADM *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*²⁰³, en el que se evaluó la actuación de 115 establecimientos de salud a través del análisis de encuestas aplicadas a los responsables del servicio de planificación familiar, ginecología y obstetricia, y salud mental.

Tres años después, en el marco del seguimiento a las recomendaciones emitidas en el mencionado documento, se solicitó información a 19 establecimientos de salud de las cinco regiones mencionadas – los mismos que habían sido objeto de supervisión anteriormente - con la finalidad de realizar un estudio más cualitativo. Conforme a la Tabla N°5, 7 establecimientos de salud son de categoría III-1, 5 de categoría I-4, 4 de categoría II-2, uno de categoría III-2, uno de categoría II-1 y uno de categoría III-E. Cabe precisar que estas regiones siguen registrando los más altos índices de violencia física por parte del esposo o compañero, conforme a la ENDES 2014²⁰⁴ – tomada como referencia al inicio de esta investigación.

La información se recabó a través de dos fichas, la realización de entrevistas a algunos de sus funcionarios/as clave, así como reuniones de trabajo con autoridades y sociedad civil vinculadas a la materia.

²⁰³ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*. Informe N° 003-2012-DP/ADM. Lima, Defensoría del Pueblo, 2012.

²⁰⁴ INEI. *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar 2014*. Lima, 2015, p. 375.

- **Ficha 1:** Se solicitó información sobre los procedimientos de identificación, atención y referencia a las mujeres víctimas de violencia; haciendo especial énfasis en las medidas que se adoptan en los casos de violencia sexual (provisión de medicamentos, exámenes clínicos, recojo de muestras), así como sobre las características del registro y el ambiente de atención. Respondieron adecuadamente a este pedido 16 establecimientos de salud (11 hospitales y 5 centros de salud).
- **Ficha 2:** Se solicitó información adicional sobre el número de casos registrados en las fichas de tamizaje y de epidemiología. Asimismo se pidió información sobre embarazo adolescente y violencia sexual. De este modo, se solicitó mayor información sobre los casos de violencia sexual registrados, a 13 establecimientos de salud de Lima, Arequipa y Junín. En este caso solo contestaron 6 hospitales.
- **Entrevistas:** Se realizaron entrevistas con el objetivo de completar la información vertida en la fichas 1 y 2 e incorporar las dificultades y obstáculos existentes en el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normativa vigente. En tal sentido, se concertaron reuniones con funcionarios/as y personal de salud de 11 establecimientos de salud y tres DIRESAS, llegando a entrevistarse a un total de 31 personas (en grupos o individualmente).
- **Reuniones de trabajo:** Se realizaron seis reuniones, una en cada región seleccionada -a excepción de Lima donde se realizaron dos reuniones-, con la finalidad de que las autoridades y organizaciones de sociedad civil dieran cuenta de los avances y desafíos en torno a la implementación de las recomendaciones defensoriales en la materia.

Con los instrumentos antes mencionados se pudo recoger información de los siguientes establecimientos de salud, tal como detalla la Tabla N° 5 que a continuación presentamos:

Tabla N° 5
Establecimientos de salud supervisados e instrumentos aplicados

Institutos Especializados	Categoría	Ficha I	Ficha II	Entrevista
Instituto Materno Perinatal – Lima ²⁰⁵	III-2			x
Hospitales		Ficha I	Ficha II	Entrevista
Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca - Puno	II-2	x		x
Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa- Piura	II-2	x		x
Hospital Domingo Olavegoya – Junín	II-1	x	x	
Hospital III Goyeneche – Arequipa	III-1	x	x	x
Hospital María Auxiliadora – Lima	III-1	x	x	x
Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima ²⁰⁶	III-1		x	
Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Lima	III-1	x	x	
Hospital Nacional Dos de Mayo - Lima	III-1	x		
Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Lima	III-1	x		
Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa	III-1	x		x
Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen - Junín	III-E	x	x	x
Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno	II-2	x		x
Hospital San Juan de Lurigancho ²⁰⁷	II-2		x	
Centros de Salud		Ficha I	Ficha II	Entrevista
Centro de salud Santa Adriana - Puno	I-4	x		x
Centro de salud Chilca –Junín	I-4	x		x
Centro de salud La Unión – Piura	I-4	x		
Centro de salud Materno Infantil Catacaos - Piura	I-4	x		
Establecimiento Edificadores Misti - Arequipa	I-4	x		x

Fuente: Instrumentos aplicados para la supervisión

Elaboración: Defensoría del Pueblo

²⁰⁵ Cabe mencionar que en el informe casi no hay referencias al Instituto Materno Perinatal pues si bien brindó una entrevista, no se remitieron las Fichas correspondientes completas.

²⁰⁶ Si bien el Hospital Loayza no remitió las Fichas completas, lo que dificultó la sistematización de resultados, envió información adicional. En tal sentido, reportó contar con un Protocolo de atención a personas víctimas de violencia basada en género. De igual modo, se reportó la atención de 191 pacientes de violencia basada en género, entre enero 2013 y agosto 2015. Además, dan cuenta de campañas de capacitación del CEM Lima Cercado.

²⁰⁷ Se debe precisar que en el informe casi no hay referencias al Hospital de San Juan de Lurigancho pues si bien remitió la Ficha II, la información correspondía a la atención de niños, niñas y adolescentes, víctimas de maltrato infantil, que fueron atendidas en el módulo MAMIS.

Al buscar información sobre la atención de casos de violencia contra las mujeres, fue evidente la ausencia de una instancia responsable de articular y hacer seguimiento de esta función en los establecimientos de salud. A diferencia de lo ocurrido con el tema de salud materna, donde todos los funcionarios y funcionarias asumían que la responsabilidad de brindar la información recaída en el servicio de ginecología y obstetricia; frente a la problemática de violencia contra las mujeres y dependiendo del establecimiento de salud, la información fue brindada por el servicio de salud mental, el servicio de trabajo social o el servicio de ginecología y obstetricia; los que en la mayoría de casos no tenían información integral de lo que ocurría en todo el establecimiento de salud y por lo que fue necesario cotejar la información que brindaban con las entrevistas realizadas.

A continuación se presentarán los principales resultados de la supervisión realizada. Estos se refieren a la disponibilidad de un ambiente especial para la atención, la accesibilidad económica, así como la aceptabilidad y calidad en la atención de las víctimas de violencia sexual en los servicios de salud.

3.1. Disponibilidad: ambiente especial para la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual en los servicios de salud

Según la normativa vigente, la atención a mujeres víctimas de violencia debe darse en un espacio que garantice la privacidad y comodidad de las usuarias²⁰⁸, así como la confidencialidad y su seguridad²⁰⁹; es por ello que se ha recomendado al personal de los establecimientos de salud que garanticen que este ambiente “cuente con privacidad auditiva y visual”²¹⁰.

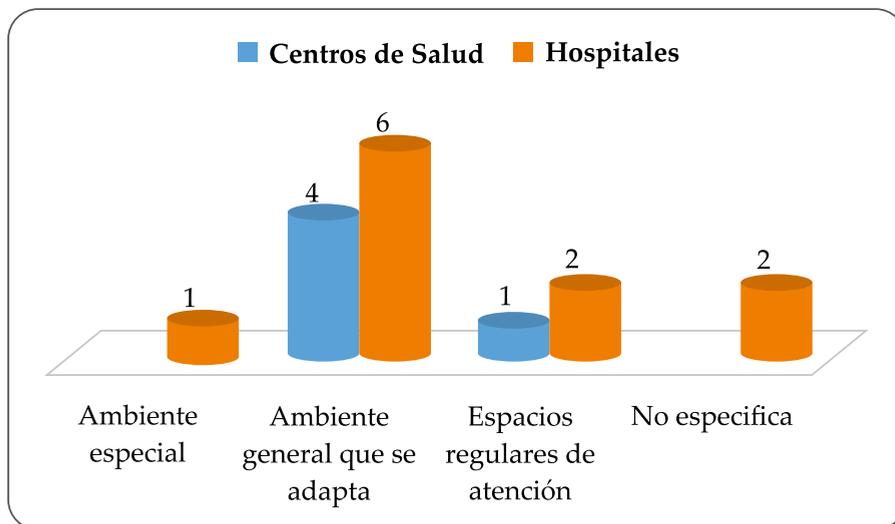
Según la información remitida a la Defensoría del Pueblo, las víctimas de violencia de género suelen ser recibidas en los espacios regulares de atención del establecimiento de salud; estando la privacidad auditiva y visual condicionada a las características del servicio específico en el que se encuentran.

²⁰⁸ MINISTERIO DE SALUD. *Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Maltrato Infantil* (R.M.455-2001-SA/DM), p. 60.

²⁰⁹ MINISTERIO DE SALUD. *Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia basada en Género* (R.M. 141-2007/MINSA), p. 21.

²¹⁰ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: Supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*. Op. cit., p. 105.

Gráfico N° 3: Información sobre ambiente de atención a las mujeres víctimas de violencia
(Total: 5 centros de salud y 11 hospitales)



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud

Elaboración: Defensoría del Pueblo

La información remitida por los establecimientos de salud evidencia que solo uno de ellos, el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima), cuenta con un ambiente especial para la atención de casos de violencia contra las mujeres, el que se ubica en el servicio de ginecología y obstetricia y está destinado a realizar el tamizaje con privacidad. En los demás casos (15 establecimientos), las mujeres víctimas de violencia son recibidas en los ambientes generales de los servicios que brinda el establecimiento de salud.

Es preciso indicar que en cuatro centros de salud y cuatro hospitales se hizo mención explícita de que el espacio general del servicio de salud mental era adaptado para la atención de estas víctimas²¹¹; y en dos hospitales que el espacio general adaptado se encontraba en los servicios de ginecología y obstetricia²¹². Asimismo, en dos hospitales y en un centro de salud se indicó solamente que las víctimas eran atendidas en el servicio que requerían de

²¹¹ CENTROS DE SALUD: Centro de salud Santa Adriana – Puno; Centro de salud Chilca –Junín; Centro de salud Materno Infantil Catacaos– Piura; Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa. HOSPITALES: Hospital Domingo Olavegoya– Junín; Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Junín; Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno; Hospital Nacional Sergio E. Bernales– Lima

²¹² Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa; Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca– Puno.

manera general²¹³; y en dos hospitales solo señalaron que no contaban con un ambiente especial para este propósito²¹⁴.

Por otro lado, solo seis establecimientos de salud se pronunciaron sobre la privacidad del ambiente en el que atendían a las mujeres víctimas de violencia, de ellos en dos se informó que no contaban con privacidad ni auditiva, ni visual²¹⁵, mientras que en un tercero se indicó que no se contaba con privacidad auditiva por el tipo de construcción de los consultorios²¹⁶.

Esta constatación se verificó también en las entrevistas realizadas, donde se observó que el ambiente general que era adaptado para atender a víctimas de violencia se daba en el servicio de salud mental y en el de obstetricia y ginecología, no necesariamente en los demás, tal como lo muestran los siguientes testimonios:

“La atención en violencia es solo en salud mental, y la privacidad se asegura como salud mental, pero el recorrido es como cualquier persona...Tenemos en mente que la atención es por la lesión, por la recuperación de la lesión, no hay un espacio especial diferenciado”²¹⁷.

“Violencia no se identifica en un solo espacio, violencia se identifica en varios espacios... Lo hacen el consultorio de medicina en la obstetricia, incluso en la atención del parto, y ahí derivamos al consultorio de psicología, y ahí en ese ambiente es donde hace la investigación, evaluación más profunda. Ahora cuando vienen por emergencia, la atención es en el servicio de emergencia. No podemos tener un ambiente privado para ello. No lo va a encontrar ni siquiera en el hospital”²¹⁸.

Sin embargo, la atención de la víctima de violencia no se agota en el servicio de salud mental, ni en el de obstetricia y ginecología; por lo que es necesario que los demás servicios adopten medidas mínimas para que el ambiente en el que se atiende guarde la privacidad necesaria para garantizar sus derechos.

²¹³ Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima; Centro de salud La Unión- Piura.

²¹⁴ Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa- Piura.

²¹⁵ Centro de salud Santa Adriana – Puno; Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes– Lima.

²¹⁶ Hospital Domingo Olavegoya– Junín.

²¹⁷ Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Manuel Núñez Butrón. Entrevista de 23 de julio de 2015.

²¹⁸ Jefa de la Micro Red de Salud Chilca. Entrevista de 2 de julio de 2015.

Al respecto, es importante que otros servicios realicen la detección y cuenten con espacios adecuados para preservar la privacidad de las víctimas, puesto que muchas veces las mujeres no acuden a los establecimientos de salud por los daños derivados de la violencia, sino por alguna otra afectación a su salud, lo cual hace necesario que, en el marco de este tipo de atenciones, se puedan detectar también los efectos de la violencia física y/o psicológica.

La Defensoría del Pueblo pudo constatar que en cuatro hospitales²¹⁹, en los que accedió al espacio en el que atienden la o las trabajadoras sociales, éste era compartido con otras profesionales, por lo que no podía garantizarse la privacidad auditiva y visual del servicio.

Esta situación, que posiblemente se replica en más establecimientos de salud, es preocupante pues al igual que en el caso del servicio de salud mental, las trabajadoras sociales suelen escuchar el testimonio de la víctima, ya que son responsables de coordinar las referencias internas o externas de las mujeres que han sufrido violencia y gestionar la gratuidad del servicio o la cobertura del Seguro Integral de Salud, dependiendo del caso.

En ese marco, los establecimientos de salud deberían adoptar las medidas necesarias para garantizar ambientes de atención a las víctimas de violencia de género con privacidad auditiva y visual; en especial en los servicios de salud mental y de trabajo social.

3.2. Accesibilidad económica de las víctimas de violencia sexual a los servicios de salud

La adopción de medidas para garantizar la accesibilidad a las diferentes prestaciones de salud es necesaria para asegurar la atención y rehabilitación de las mujeres que han sufrido violencia. En ese sentido, la Defensoría del Pueblo ha emitido recomendaciones para asegurar la gratuidad de los servicios de salud para las mujeres, siendo el costo asumido por el establecimiento de salud o por el sistema previsional vigente.

Sobre el particular, se recomendó al MINSA revisar los protocolos de atención a las mujeres víctimas de violencia y diseñar un modelo único que, entre

²¹⁹ Hospital Honorio Delgado (Arequipa), Hospital de la Amistad Perú – CoreaII-2 Santa Rosa (Piura), Hospital Núñez Butrón (Puno) y el Hospital María Auxiliadora (Lima). En éste último el espacio en el que atendía la profesional era el del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Violencia Familiar del hospital.

otros puntos, reconozca la gratuidad de la atención a las mujeres víctimas en todos los servicios de salud. Asimismo, recomendó al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público establecer expresamente en su regulación la gratuidad de la evaluación médico legal de las mujeres víctimas de cualquier forma de violencia²²⁰.

A continuación se hará un breve análisis de la normativa vigente, así como de las medidas adoptadas para garantizar la gratuidad de los servicios y por ende el cumplimiento de las recomendaciones defensoriales en la materia.

3.2.1. Sobre la atención y rehabilitación de las mujeres víctimas de violencia

La Defensoría del Pueblo recomendó al Ministerio de Salud (MINSA) revisar sus protocolos reconociendo “la gratuidad de la atención a las mujeres víctimas en todos los servicios de salud”²²¹.

Hasta noviembre de 2015, la gratuidad solo era reconocida en la atención de casos de violencia contra las mujeres en los servicios de emergencia, más no en los otros servicios de salud. Así lo establecía la *Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género*²²² y la *Norma Técnica para la transversalización de los enfoques: derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud*²²³.

Esta situación ha constituido un obstáculo para las víctimas de violencia, pues venía dificultando su acceso a los servicios que se necesitaban para garantizar su derecho a la salud. Un caso evidente es el de las mujeres que acuden a un albergue buscando protección y no están aseguradas en el Seguro Integral de Salud (SIS), conforme da cuenta el siguiente testimonio:

“Cuando ya la tenemos en el albergue... presenta ella algunos síntomas posteriores, hematomas, infecciones urinarias, y la tenemos que derivar a un centro de salud,

²²⁰ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: Supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*. Op. cit, p. 105.

²²¹ Idem, p.104.

²²² MINISTERIO DE SALUD. *Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género*. (R.M. 141-2007/MINSA), p.2.

²²³ MINISTERIO DE SALUD. *Aprueban la Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud*. R.M. 638-2006/MINSA, Ítem 7. Componentes para la incorporación de los enfoques. 7.3 componente de Prestación. 7.3.1. Atención. Literal i. p. 14.

lamentablemente si la usuaria va sola, si no tiene SIS no es atendida gratuitamente; tiene que intervenir la trabajadora social, el personal técnico [de la casa albergue] para que vaya al trabajo social, que vaya a todas las instancias del centro de salud para que pueda conseguir la gratuidad... a veces la usuaria no tiene ningún centavo, es echada de la casa sin dinero, no tiene con qué y nosotros tampoco tenemos con que enfrentar, en realidad, no hay, no existe la gratuidad para la atención de estos casos”²²⁴.

Sin embargo, también se identificó operadoras de salud que, pese a la ausencia de normativa, aseguraban que los servicios de atención se brindaban gratuitamente o que se adoptaban las medidas para brindar la primera consulta gratis y las demás bajo la cobertura del SIS. Así por ejemplo, dos entrevistadas señalaron que:

“La atención es integral, le brindamos si o si, no le decimos te cubro una atención otra no... independientemente del SIS, el establecimiento tiene un protocolo... para que [las] atiendan hasta el final”²²⁵.

“Nosotras también visualizamos la gratuidad de la atención. Aquí en el hospital las atenciones tienen que estar sujetas a una exoneración, ahora estamos trabajando con el SIS... si la atención se le da, pero se le dice a la señora que tiene que ir a la posta,... está bien te voy a dar gratuito pero en el lapso tienes que traerme tu situación del SIS”²²⁶.

Ante esta situación, la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, publicada el 23 de noviembre de 2015, dispone:

La atención y recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar es gratuita en cualquier establecimiento de salud del Estado e incluye la atención médica; exámenes de ayuda diagnóstica (laboratorio, imagenología, y otros); hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico y psiquiátrico; y cualquier otra actividad necesaria o requerida para el restablecimiento de su salud²²⁷.

²²⁴ Directora de la casa temporal Hogar de María de Arequipa. Reunión de 18 de agosto de 2015.

²²⁵ Trabajadora Social del Instituto Materno Perinatal. Entrevista 26 de agosto de 2015.

²²⁶ Responsable del MAMIS del María Auxiliadora. Entrevista 3 de setiembre de 2015.

²²⁷ Ley 30364. *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar*. Artículo 10.

En ese marco, desde la entrada en vigencia de la mencionada ley, se garantiza que todas las atenciones a las mujeres que han sufrido violencia de género, incluyendo la violencia sexual, sea gratuita para la víctima, independientemente a si está afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS).

3.2.2. Sobre la certificación del estado de salud y las consecuencias de la violencia perpetrada contra las mujeres

Uno de los aspectos más normados en materia de gratuidad en servicios de salud es el referido a la emisión del certificado de salud física y mental de la víctima de violencia, así como los exámenes o pruebas que permitirían dar cuenta del hecho ante el sistema de justicia. Esta previsión se da tanto para los diferentes establecimientos de salud del Estado como para el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público (IML).

Establecimientos de salud

La *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar* extiende su ámbito de aplicación a diferentes formas de violencia contra las mujeres²²⁸ y no solo la violencia familiar²²⁹. La nueva ley reconoce que los certificados de salud física y mental que expidan los médicos de los establecimientos públicos de salud de los diferentes sectores e instituciones del Estado y niveles de gobierno tienen valor probatorio acerca del estado de salud física y mental en los procesos por violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar; asimismo reconoce el valor probatorio de los informes psicológicos de los CEM y otros servicios estatales especializados. La ley señala que “la expedición de los certificados y la consulta médica que los origina, así como los exámenes o pruebas complementarios para emitir diagnósticos son gratuitos”²³⁰.

²²⁸ Ley N° 30364. *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar*. El artículo 8 de la ley reconoce como tipos de violencia la física, la psicológica, la sexual y la económica o patrimonial. Asimismo, el artículo 5 entiende que éstas se dan en el ámbito de la familia, en la comunidad o incluso puede ser perpetrada o tolerada por el Estado.

²²⁹ Antes de la entrada en vigencia de la nueva Ley N° 30364, el Texto Único Ordenado de la Ley N° 26260 determinaba que en los casos de violencia familiar, los certificados de salud física y mental que expedían los médicos de los establecimientos de salud del Estado (MINSA, EsSalud, y dependencias de municipalidades), así como la consulta médica que los origina y los exámenes o pruebas complementarios para emitir diagnósticos, eran gratuitos.

²³⁰ Ley N° 30364. *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar*. Artículo 26.

En el sector Salud, reconocen la gratuidad de la expedición de los certificados médicos, las *Normas y procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil*²³¹ y la *Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género*²³², en este último caso no solo en referencia a la violencia familiar, sino a las formas de violencia que reconoce, entre las que se encuentra la violencia sexual en general y el hostigamiento sexual.

Como se puede observar, la gratuidad del servicio de emisión de certificados de salud estaba garantizada para los casos de violencia familiar, sin embargo, con la nueva *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, ésta se extiende a otras formas de violencia de género; eliminando así uno de los obstáculos para su obtención y utilización en los procesos judiciales.

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IML)

La Resolución de Fiscalía de la Nación 866-2015-MP-FN²³³ reafirmó la gratuidad de los servicios que brinda el IML cuando la víctima es niño, niña o adolescente (en concordancia con el artículo 158 del Código de niños y adolescentes), cuando se trata de una víctima de violencia familiar (en concordancia con el artículo 19 TUO de la Ley N° 26260²³⁴) o cuando se trata de diligencias y pericias requeridas por el Poder Judicial, el Ministerio Público y la Policía Nacional del Perú, como consecuencia de las acciones penales. Ello quiere decir que en esta institución, la mayoría de formas de violencia de género, incluyendo los delitos contra la libertad sexual, son atendidos gratuitamente. Sin embargo, estarían exceptuados del beneficio de la gratuidad los casos de hostigamiento sexual laboral si llegaran a presentarse y no constituyeran paralelamente un delito.

²³¹ MINISTERIO DE SALUD. *Normas y procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil*, (RM 455-2001-SA/DM), p.31.

²³² MINISTERIO DE SALUD. *Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género*, (RM.141-2007/MINSA), p. 2.

²³³ Resolución de la Fiscalía de la Nación 866-2015.MP-FN. *Aprueban actualización y modificación de costos de los servicios del Tarifario Único del Ministerio Público para el año 2015*. Publicado el 14 de marzo de 2015. Artículo 3

²³⁴ Decreto Supremo 006-97-JUS. *Ley de protección frente a la violencia familiar*. Artículo 19.

3.2.3. Sobre la cobertura en el Sistema Integral de Salud (SIS)

La Defensoría del Pueblo recomendó al SIS “establecer expresamente la cobertura integral de las atenciones a la salud física y mental de las mujeres víctimas de violencia en los establecimientos de salud, tanto en las zonas en las que opera el modelo de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), como en las que se encuentra vigente el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS)”²³⁵.

De acuerdo al SIS²³⁶, a marzo de 2016, un total de 8’965, 705 mujeres se encuentran afiliadas a este seguro, lo que representa el 53% del total de asegurados/as. Asimismo, entre los años 2012-2015 se han registrado un total de 20,916 mujeres aseguradas por el SIS que fueron atendidas por violencia física o sexual.

Por otro lado, en agosto del año 2012, el Ministerio de Salud autorizó al SIS sustituir el LPIS por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)²³⁷. A raíz de ello, la cobertura del seguro es la misma en las zonas en las que opera el modelo de Aseguramiento Universal de Salud (AUS) como en aquellas en las que ésta aún no se implementa y donde solo funciona el SIS.

Más allá de este cambio, se requieren mayores esfuerzos para cumplir con la mencionada recomendación defensorial, pues a nivel administrativo se mantiene la cobertura expresa solo para los casos de *Lesiones asociadas a la Violencia Intrafamiliar*²³⁸ y no para otras formas de violencia contra las mujeres. El PEAS, como parte de este tipo de lesiones (violencia intrafamiliar), da cobertura a las atenciones a la salud física y mental en casos de abuso físico (T741), abuso sexual (T742), abuso psicológico (T743), formas mixtas de maltrato (T748) y síndrome de maltrato (T749).

²³⁵ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Derecho a la Salud de las mujeres víctimas de violencia: Supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*. Op. cit., p.105.

²³⁶ MINISTERIO DE SALUD. *Seguro Integral de Salud (SIS)*. Nota de Prensa. Lima: Marzo 2016. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/Nuevo/vistas/Frm_NotaPrensa.aspx?np=125. Consulta: 30 de mayo de 2016.

²³⁷ Mediante el Decreto Supremo 007-2012-SA (22 de agosto de 2012) se autorizó al Seguro Integral de Salud (SIS) sustituir el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

²³⁸ MINISTERIO DE SALUD: *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)*. Lima, MINSA, 2009. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/archivo/PEAS.pdf>. Consulta: 20 de marzo de 2016.

La falta de reconocimiento expreso de la cobertura de las atenciones de otras formas de violencia contra las mujeres (tentativas de feminicidio no perpetradas por la pareja, la violencia sexual fuera del ámbito familiar o el hostigamiento sexual en el trabajo) no supone que la atención de las consecuencias en la salud de estas mujeres no sea cubierta por el SIS. El no reconocimiento explícito significa que los operadores y operadoras de salud debían identificar el caso con una de las otras condiciones reconocidas por el PEAS, ejercicio que no facilita la atención, ni la identificación del paquete mínimo a recibir.

Asimismo, se identificó que la falta de reconocimiento expreso de estas atenciones en la cobertura del PEAS y la posibilidad de que el SIS no se responsabilizara sobre su costo, es asumido por los funcionarios o funcionarias como un desmedro en el presupuesto del establecimiento de salud, el que suele ser visto como limitado. Así, tenemos los siguientes testimonios:

“En la DIRESA bajamos a las bases, la primera consulta dicen no [le cobra], pero la segunda sí. Nosotros llamamos, hacemos recordar...que no deberían cobrar, pero siempre hay reclamos, porque [señalan] no tenemos ingresos, [ya que la] atención [en violencia] requiere varios procedimientos...”²³⁹.

“Lo otro es que en realidad, nosotros tenemos mayor cantidad de pacientes con SIS, y el SIS no reconocía esa la evaluación psicológica, no reconocía la terapia y para nosotros era un problema porque eran recursos que perdíamos, la institución le interesaba tener recursos para seguir atendiendo”²⁴⁰.

Independientemente de garantizar la cobertura del servicio de atención, en las entrevistas realizadas se identificó que algunos operadores de salud no tenían información homogénea sobre la cobertura del SIS; en especial cuando se trataba de la atención en salud mental:

“Si tiene SIS, al año son 4 atenciones, hasta 6 atenciones. Luego ya tienen que ser pagados. También en violencia sexual. Fuera de eso tienen que pagar”²⁴¹.

“Ahora si cubre psicología, una al mes, pueden tener 12 atenciones al año”²⁴².

²³⁹ Responsable de la Dirección de Atención Integral de las Personas (DAIS) de Piura. Entrevista 10 de julio de 2015.

²⁴⁰ Director General del Hospital María Auxiliadora. Entrevista 3 de setiembre de 2015.

²⁴¹ Psicólogo del Monge Medrano. Entrevista del 24 de julio de 2015.

²⁴² Psicóloga de Edificadores Misti. Entrevista del 19 de setiembre de 2015.

“Las psicólogas trabajan la evaluación y la terapia... viene el paciente hacen su plan de tratamiento y la atiende... (SIS) tengo pacientes con 10 sesiones, la regulación dice mínimo 6 sesiones, depende de la situación”²⁴³.

Frente a esta situación, la *Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, establece la obligación del MINSA de afiliar en el SIS a las mujeres y los integrantes del grupo familiar víctimas de violencia, “para la atención y recuperación integral de la salud física y mental gratuita, lo que incluye la atención, los exámenes, hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico o psiquiátrico y cualquier otra actividad necesaria para el restablecimiento de la salud”²⁴⁴.

El reconocimiento de la ley es importante, no solo porque extiende expresamente la cobertura del SIS a las diferentes formas de violencia contra las mujeres, sino también porque establece qué tipo de servicios deben estar cubiertos por el seguro. Cumplir con la gratuidad de las atenciones a las mujeres víctimas de violencia es un requisito que debe garantizarse para eliminar algunos de los obstáculos existentes para el ejercicio pleno de su derecho a la salud. En ese sentido, la publicación la *Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar* es positiva, por lo que es necesario que el MINSA y concretamente el SIS, adecúe su normativa administrativa para establecer la cobertura mínima que el seguro debe garantizar en la atención de cada una de las formas de violencia de género reconocidas en la ley.

Un análisis general sobre la accesibilidad económica de las víctimas de violencia sexual a los servicios de salud evidencia que, hasta antes de la publicación de la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar* existía una diferencia importante entre la cantidad de normas que preveían la gratuidad de los certificados médicos a ser utilizados en los procesos judiciales, frente al reducido o casi inexistente número de normas que preveían la gratuidad para la atención y rehabilitación de la salud de la víctima, o su subsidio a través de un seguro. Ello daba cuenta de una mayor proactividad del Estado en garantizar el acceso a la justicia de las mujeres más que la recuperación de su salud física y mental.

²⁴³ Responsable del MAMIS del María Auxiliadora. Entrevista 3 de setiembre de 2015.

²⁴⁴ Ley 30364. *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. Artículo 45.

3.3. Aceptabilidad y calidad en la atención de las víctimas de violencia sexual en los servicios de salud

Para garantizar que los servicios de salud respondan a las necesidades de las mujeres víctimas de violencia sexual, es importante adoptar medidas para asegurar una adecuada identificación y atención de los casos así como la existencia de operadores y operadoras de salud especializados; ello además de contar con un adecuado sistema de registro y referencia de casos para asegurar la atención integral de cada víctima.

3.3.1. Identificación de casos de violencia contra las mujeres

Las *Normas y Procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y maltrato infantil* establecen que todo el personal de salud tiene la obligación de detectar casos de violencia familiar²⁴⁵. Para ello deben realizar las preguntas de sospecha y estar alertas a los indicadores de maltrato, en especial frente a mujeres, niños, niñas, adolescentes y personas adultas mayores. Esta responsabilidad también es reconocida en la *Guía Técnica de atención integral para las personas afectadas por la violencia basada en género* para el personal de psicología, psiquiatría (o similares en salud mental), de ginecología y obstetricia (o sus similares de salud sexual y reproductiva) y en el personal capacitado en esta materia²⁴⁶, así como por las *Guías Nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva* para el personal de emergencia y de consulta externa²⁴⁷.

Respecto a esta obligación, la Defensoría del Pueblo ha recomendado al personal de salud que cumpla con realizar como un procedimiento de rutina, la identificación de las mujeres víctimas de violencia en todos los servicios del establecimiento de salud, particularmente en las mujeres víctimas de violencia psicológica²⁴⁸.

De acuerdo a la información reportada, a través de las fichas recogidas y las entrevistas realizadas, todos los establecimientos de salud supervisados trabajan por la identificación de casos de violencia contra la mujer. Esta identificación se da fundamentalmente en el servicio de salud mental, seguida de ginecología y obstetricia y planificación familiar.

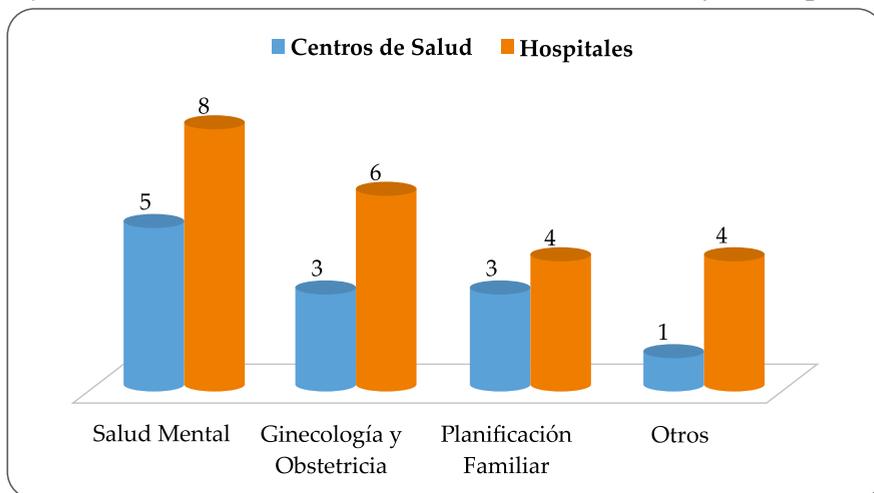
²⁴⁵ RM 455-2011-SA/BM. *Las Normas y Procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y maltrato infantil*, p. 28.

²⁴⁶ RM.141-2007/MINSA. *Guía Técnica de atención integral para las personas afectadas por la violencia basada en género*, p. 17.

²⁴⁷ R.M. 668-2004/MINSA. *Guías Nacionales de atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. p.15.

²⁴⁸ DEFENSORIA DEL PUEBLO. *Derecho a la Salud de las mujeres víctimas de violencia: Supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*. Op. cit., P.105.

Gráfico N° 4: Servicios en los que se realiza la identificación de las mujeres víctimas de violencia (Total: 5 centros de salud y 11 hospitales)



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud. Respuesta múltiple.

Elaboración: Defensoría del Pueblo

La identificación de los casos de violencia contra las mujeres, según la normatividad vigente, debería darse en todos los servicios del establecimiento de salud. Según información remitida por los establecimientos de salud, en tres hospitales²⁴⁹ y tres centros de salud²⁵⁰, esta función es realizada en por lo menos tres servicios; en dos hospitales dieron cuenta que la identificación se realizaba en dos servicios²⁵¹; y en el resto de casos solo en un servicio (cinco en el de salud mental²⁵² y uno en el de ginecología y obstetricia²⁵³). Es preciso indicar que en dos de ellos se informó que no se realizaba la identificación de casos, sin embargo se alcanzó información sobre la aplicación de la ficha de tamizaje usada para cumplir esta función²⁵⁴.

²⁴⁹ Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa- Piura

²⁵⁰ Centro de Salud Santa Adriana – Puno; Centro de Salud La Unión- Piura; Centro de Salud Materno Infantil Catacaos – Piura.

²⁵¹ Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa.

²⁵² Hospital Domingo Olavegoya – Junín; Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes – Lima; Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Junín; Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno. Centro de Salud Chilca –Junín

²⁵³ Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima.

²⁵⁴ Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa; Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima

Las Normas y Procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar así como la Guía Técnica de atención integral para las personas afectadas por la violencia basada en género, proponen la “Ficha de Tamizaje – Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil” y la “Ficha de Tamizaje” como uno de los instrumentos para detectar casos de violencia. Se trata de dos formatos muy parecidos, en los que expresamente se aborda la problemática de violencia familiar; es decir aquella que se da a los integrantes de la familia (incluidas las mujeres), más no otras formas de violencia, como la violación sexual fuera del espacio doméstico.

Según información del Ministerio de Salud entre los años 2012 y 2014 se han aplicado 5 673 771 fichas de tamizaje, habiendo resultado positivas 187 035 casos.

Tabla N° 6
Tamizajes en violencia familiar y maltrato infantil

	2012		2013		2014		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Tamizajes aplicados	423 073	1 135 415	765 372	1 827 170	1 271 609	2 711 186	2 460 054	5 673 771
Tamizajes positivos	11 591	25 789	31 183	65 004	46 985	96 242	89 759	187 035

Fuente: Ministerio de Salud²⁵⁵

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Como se puede observar, del total de mujeres a las que se les aplicó la ficha de tamizaje, solo el 3.3% reporta ser víctima de violencia física, psicológica y/o sexual dentro de la familia, porcentaje que se reduce en algunos establecimientos de salud²⁵⁶. Esta cifra, en términos absolutos es alta (187 035 mujeres), sin embargo su dimensión se relativiza cuando se la compara con la prevalencia de violencia en el país. Según la ENDES 2015²⁵⁷, en los últimos 12 meses y abordando solo los casos de violencia física y/o sexual (no violencia psicológica), el 11.7% de las mujeres alguna vez unidas fueron agredidas,

²⁵⁵ Anexo de la Ficha remitida a la Defensoría del Pueblo por el Ministerio de Salud y suscrita por la licenciada Nancy Virrueta Jimenes, Responsable Sectorial ante el Comité Técnico Permanente, el Dr. Juan Daniel Aspilcueta Gho, Coordinador de la Estrategia SN de Salud Sexual y Reproductiva, y el Dr. Christian Antonio Vera Torres del Equipo Técnico de la Dirección de Servicios de Salud – DGSP.

²⁵⁶ El promedio esconde realidades distintas. Por ejemplo, según información reportada por Hospital Domingo Olavegoya (Junín), en el año 2014, del total de fichas aplicadas (25197), solo el 1.5% resultó positiva (368). Por el contrario, el Hospital San Bartolomé reportó que del total de fichas aplicadas a adolescentes (633), el 42.97% resultó positivo (361).

²⁵⁷ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015. Lima, INEI, 2016, p. 365.

porcentaje aproximadamente cuatro veces más alto que el reconocido a través de las fichas de tamizaje.

El diferente nivel de prevalencia de violencia familiar entre las usuarias de los servicios de salud y las mujeres peruanas en general nos lleva a preguntarnos sobre la efectividad de la aplicación de las fichas en la detección de este tipo de casos. Según la ENDES 2015, solo el 26% de las mujeres que fueron maltratadas físicamente acude a alguna institución a pedir ayuda, dentro de este grupo reducido la mayoría de mujeres acuden a la Policía (76.4%), siendo que las mujeres que buscan ayuda en establecimientos de salud representa tan solo un 6.4%²⁵⁸. Para algunas de las personas entrevistadas, esta efectividad estaría en duda, tal como lo muestran los siguientes testimonios:

“El tamizaje tiene un formato que no es el más adecuado, es una dificultad que no sea una herramienta sensible, para el [caso de la]... mujer gestante”²⁵⁹.

“Los tamizajes que se realizan, no son tamizajes que demuestran la real dimensión de la violencia contra las mujeres, porque solo le preguntan, si alguien te agrede en tu casa, sí o no, porque nadie en su sano juicio, nadie acepta ser víctima de violencia, ni siquiera las mujeres que vienen magulladas”²⁶⁰.

Por otro lado, se ha identificado que no en todos los servicios de los establecimientos de salud se aplica la ficha de tamizaje a las usuarias que demandan atención, como se puede observar en lo recogido por las entrevistas realizadas. Así, tenemos los siguientes testimonios:

“Y para las otras mujeres que se atienden en otros servicios como no hay una visión de una atención integral, se ve solo desde el enfoque biomédico, se pasa por alto. Como es un enfoque muy recuperativo, en los médicos, más en los odontólogos, no estará en su agenda preguntar si hay violencia”²⁶¹.

“La ficha de tamizaje se aplica en obstetricia, no sé si a todas, pero sí a la gran parte, a las gestantes, en medicina sí, pero no a toditos, por ejemplo hoy día no he

²⁵⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015*. op. cit. p. 375.

²⁵⁹ Ex Directora Ejecutiva de Promoción de la Salud de la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional de Arequipa. Reunión del 18 de agosto de 2015.

²⁶⁰ Psicóloga del Área de capacitación y Promoción de CEM Miraflores. Reunión del 18 de agosto de 2015.

²⁶¹ Ex Directora Ejecutiva de Promoción de la Salud de la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional de Arequipa. Reunión del 18 de agosto de 2015.

hecho ninguna ficha, cuando hay menos pacientes si se hace. Hay una psicóloga en el establecimiento, y me imagino que está haciendo”²⁶².

“Ustedes piensen también... en la situación del personal de salud [de emergencia]... una cosa que se atiende [como] en televisión y le pregunto de su vida, yo los invito a ver si vienen jueves, viernes y sábado, uyyy ni se puede conversar, full gente, entonces uno trabaja...”²⁶³.

De acuerdo a la normativa vigente la detección de los casos no debe agotarse en la aplicación de la ficha, sino que esta debe estar acompañada de indagaciones adicionales que permitan dar cuenta de la violencia vivida; la posibilidad de que ésta sea desarrollada por personas sin experiencia, podría dificultar la detección del caso. Si bien no fue una consulta expresa a los establecimientos de salud, en al menos dos, se identificó que las personas que aplican las fichas son practicantes o internos²⁶⁴.

En ese marco, la Defensoría del Pueblo considera importante una evaluación de la aplicación de la ficha de tamizaje, luego de 14 años de uso²⁶⁵. Es preciso que el Ministerio de Salud analice su utilidad y pertinencia en la detección de casos de violencia familiar, pero además genere mecanismos expresos para detectar otro tipo de formas de violencia de género, como la violencia sexual fuera del ámbito familiar.

La Organización Mundial de la Salud señala que “estudios han revelado que los métodos de detección (que consisten en formular preguntas a todas las mujeres que solicitan atención médica) permiten aumentar la identificación de las mujeres que sufren violencia de pareja, pero no reducen esa violencia ni han demostrado tener beneficios notables para la salud de la mujer”²⁶⁶. Por ello, la OMS recomienda que estos métodos de detección sean aplicados solo en algunos servicios de salud (mental, atención prenatal, etc.). Debe tenerse en cuenta que esta detección, para que sea efectiva y tenga en cuenta la protección de la víctima, debe ir acompañada de una política pública integral de soporte institucional para las víctimas de violencia: casas refugio, tratamiento psicológico, asesoría legal si decide formular la denuncia, entre otros.

²⁶² Médico del Centro de Salud CLAS Santa Adriana (Juliaca). Entrevista 24 de julio de 2015.

²⁶³ Director del Hospital Goyeneche. Entrevista del 19 de agosto de 2015.

²⁶⁴ Hospital Carlos Monge Medrano – Puno y Microred Edificadores Misti - Arequipa

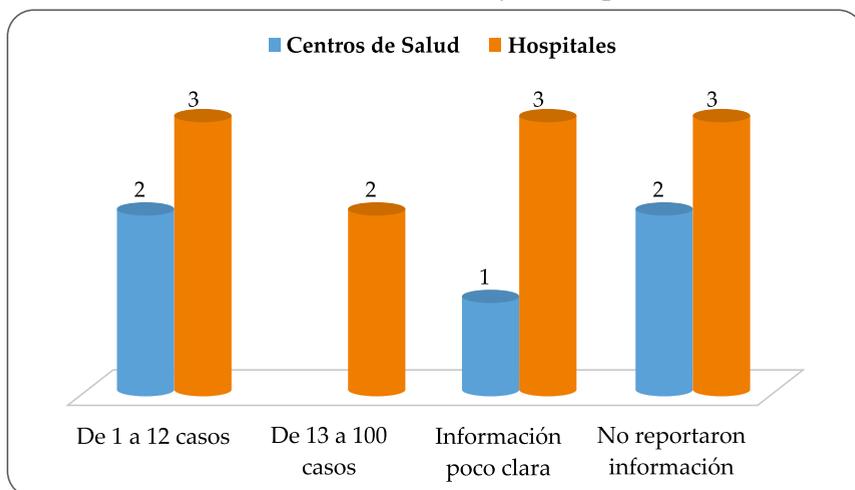
²⁶⁵ En la reunión del 25 de septiembre de 2015, convocada por la Defensoría del Pueblo, la representante de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud informó que la ficha de tamizaje está siendo revisada actualmente.

²⁶⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual de las mujeres*. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas, Op cit. p. 7.

3.3.1.1. La detección de casos de violencia sexual

La Defensoría del Pueblo solicitó información sobre los casos de violencia sexual identificados, atendidos y referenciados a los establecimientos de salud seleccionados en las cinco regiones, asimismo solicitó información sobre los casos de violencia sexual detectados en las fichas de tamizaje y en las fichas de epidemiología en los establecimientos de Lima, Puno, Arequipa y Junín²⁶⁷.

Gráfico N° 5: Establecimientos de salud que reportan la identificación, atención y/o referencia de casos de violación sexual en el año 2014 (Total: 5 centros de salud y 11 hospitales)



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud.
Elaboración: Defensoría del Pueblo

²⁶⁷ Sin embargo, solo respondieron el Hospital III Goyeneche (Arequipa), Hospital Domingo Olavegoya y el Hospital Nacional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín), Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital Nacional Docente San Bartolomé (Lima).

Como se puede observar del cuadro, más de la mitad de los establecimientos no informaron, no estaban en la capacidad informar²⁶⁸ o dieron información poco clara sobre el número de casos de violencia sexual que recibieron en el año 2014²⁶⁹. Situación que evidencia dificultades en la sistematización y reporte sobre las atenciones que se realizan en esta materia.

Además, se encuentra que la mayoría de los establecimientos que si informaron (3 hospitales y 2 centros de salud) el número de casos atendidos durante el año 2014 era igual o menos de 12²⁷⁰; mientras que en los otros tres la cifra era mayor²⁷¹.

Como se indicó al iniciar el presente capítulo, solo algunos establecimientos de salud respondieron la Ficha II referida a la información registrada a través de las fichas de tamizaje y/o epidemiológicas. De los seis establecimientos de salud que contestaron, solo cuatro dieron información pormenorizada de los casos de violencia, incluyendo la violencia sexual. En tres casos la información provenía del Módulo de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS)²⁷², mientras que en el cuarto directamente

²⁶⁸ CENTROS DE SALUD: Centro de Salud Santa Adriana – Puno; Centro de Salud Chilca –Junín; HOSPITALES: Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa- Piura; Hospital Domingo Olavegoya – Junín; Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital III Goyeneche – Arequipa.

²⁶⁹ Los hospitales Regional Docente Materno Infantil El Carmen (Junín) y el María Auxiliadora (Lima) reportaron el mismo número de personas identificadas, atendidas y referenciadas por las diferentes formas de violencia contra la mujer y por violencia sexual, lo que no resulta coherente si se considera que la violencia sexual es solo un tipo de violencia contra las mujeres (Pregunta 6 y pregunta 35.1 de la ficha). Por otro lado, el Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa) reportó que en el año 2013 había atendido 180 casos pero referenció 492, y en el año 2014 que referenció (no identificó ni atendió) 294 casos, asimismo, indicó que el registro de casos de violencia contra las mujeres recién estaría funcionando a partir de setiembre de 2015. En un sentido similar, el Establecimiento de Salud I-4 La Unión (Piura) reportó haber identificado 844 casos de violencia sexual y atendido solo 44 en el año 2014; data que resulta poco clara si se considera que si fuera cierta, un establecimiento de salud habría recibido más casos a los reportados por el Ministerio Público para todo el distrito judicial de Piura (691).

²⁷⁰ En el año 2014, el Centro de Salud Materno Infantil Catacaos (Piura) identificó 10 casos y atendió 5 en su servicio de salud mental; el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca (Puno) identificó, atendió y referenció 5 acasos en su servicio de Ginecología y Obstetricia; el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno identificó 12 casos y atendió 1 en su servicio de salud mental; y el Hospital Nacional Docente San Bartolomé (Lima) indicó que en el año 2014 había atendido y referenciado 12 casos.

²⁷¹ En el año 2014, el Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima) se atendió 67 casos; en ambos casos la información correspondía a sus servicios de salud mental; y el Hospital Sergio Bernales reportó haber atendido 67 casos en el año 2014.

²⁷² En el año 2014, el Hospital Nacional Docente San Bartolomé (Lima) registró en sus fichas de tamizaje la identificación de 63 casos de violencia sexual a menores de 18 años diferenciando sus características por vínculo, modalidad y perfil del agresor; el Hospital San Juan de Lurigancho (Lima) registró 161 casos de violencia sexual contra menores de 18 años, diferenciando su información por sexo y edad; y finalmente el Hospital María Auxiliadora (Lima) reportó 73 casos registrados de violencia sexual; en estos dos últimos establecimientos de salud la información corresponde a las fichas epidemiológicas.

de la oficina de epidemiología²⁷³. Debe indicarse que en tres de los cuatro hospitales la información reportada en la Ficha II era diferente a la reportada en la Ficha I²⁷⁴.

Lo descrito evidencia que, más allá del número de casos de violencia sexual que un establecimiento de salud pueda atender, existen dificultades para poder conocer la dimensión y características de este fenómeno; situación que podría obstaculizar la adecuada toma de decisiones para mejorar la atención. Asimismo se encuentra que la existencia de un equipo específicamente creado para atender de manera articulada y especializada la problemática de violencia (en este caso el MAMIS) garantiza un mayor conocimiento del problema que se aborda, y por lo tanto mejores condiciones para enfrentarlo. No obstante, cabe notar que los MAMIS fueron creados para la atención de salud de niñas y adolescentes, por lo que se estaría dejando al margen de la atención a las mujeres adultas víctimas de violencia.

3.3.1.2. Embarazo adolescente y violencia sexual

La violencia sexual en agravio de mujeres en el Perú es una realidad social bastante extendida y preocupante de cara a salvaguardar los derechos humanos de las mujeres. Según la ENDES 2015, el 11.7% de las mujeres alguna vez unidas, declararon que fueron víctimas de violencia física y/o sexual por parte de actual o último esposo o compañero en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista. El mayor porcentaje de víctimas se presentó en las mujeres de 20 a 24 años de edad (13.6%), con educación primaria (13.2%), del segundo quintil de riqueza (14.6%), de la Sierra (13.6%) y Selva (12.8%) del país, y en el departamento de Madre de Dios (19.4%)²⁷⁵. De otro lado, según el registro de la Policía Nacional del Perú, en el 2013, fueron registradas 5,685 denuncias por actos constitutivos de violencia sexual. De ellas, en el 93.7% (5,326) las víctimas fueron mujeres. La población más afectada está constituida por las adolescentes entre 14 y 17 años de edad (2,216 casos - 42%) y niñas entre 10 a 13 años (1210 casos - 23%)²⁷⁶.

²⁷³ El Hospital III Goyeneche (Arequipa) indicó que en las fichas epidemiológicas reportó un caso de violencia sexual en el año 2014.

²⁷⁴ Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima, el Hospital María Auxiliadora – Lima, y el Hospital III Goyeneche – Arequipa.

²⁷⁵ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015*. op. cit. p. 365.

²⁷⁶ POLICIA NACIONAL DEL PERÚ. Anuario Estadístico 2013. Lima: PNP, 2014. En: <https://www.pnp.gob.pe/anuario.html>. Consulta: 24 de febrero de 2016.

Asimismo, según el MIMP, los Centros Emergencia Mujer (CEM), durante el 2010 reportaron 762 casos de violación sexual en mujeres de 10 a 14 años y 759 en mujeres de 15 a 19 años. Como consecuencia de estas violaciones, 108 adolescentes de 10 a 14 años de edad y 150 de 15 a 19 años, quedaron embarazadas, lo que representa un 14% y 20% respectivamente de las mujeres menores de edad víctimas de violación sexual²⁷⁷. Según los datos del INEI y el Ministerio de Salud, 15 de cada 100 adolescentes entre los 15 y 19 años de edad han sido madres o están embarazadas, siendo que, en el año 2013, hubo 1114 nacimientos de madres adolescentes menores de 15 años de edad²⁷⁸.

La alta tasa de casos de violación sexual en agravio de mujeres menores de edad contribuye a expandir y perpetuar la situación de vulnerabilidad que sufren las adolescentes que quedan embarazadas en el país, pues se ha reconocido que el riesgo de morir para una adolescente menor de 15 años durante un embarazo o parto es el doble que el de una mujer adulta. Si bien en el Perú no se conoce con exactitud el número de muertes de adolescentes embarazadas se estima que son aproximadamente 40 por año²⁷⁹.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Defensoría del Pueblo solicitó información sobre el vínculo entre los casos de embarazo adolescente y violencia sexual atendidos. De los seis hospitales que brindaron información a través de la Ficha II, cuatro reportaron embarazos adolescentes de menores de 14 años²⁸⁰ y solo dos pudieron dar cuenta de los embarazos adolescentes que provenían de una violación²⁸¹. Esta situación evidenciaría que no se cuenta con un registro que conecte el embarazo y la violencia sexual en los establecimientos de salud, situación que invisibiliza la problemática y podría afectar la atención integral necesaria para las víctimas.

²⁷⁷ MINISTERIO DE SALUD. Hoja de Datos 3. Violencia contra las Mujeres Adolescentes. UNFPA, Lima, 2012, p. s/n. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-AECID-Hoja-de-Datos-3.pdf>. Visitado el 25 de mayo de 2016.

²⁷⁸ MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. Infografía. Situación del embarazo en adolescentes menores de 15 años. MIMP/UNFPA, 2015. p. s/n. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-Infografia-Situacion-Embarazo-Adolescentes.pdf>. Consulta: 25 de mayo de 2016.

²⁷⁹ MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. Infografía. Situación del embarazo en adolescentes menores de 15 años. op. cit. p. s/n.

²⁸⁰ Hospital María Auxiliadora, el Hospital Nacional Docente San Bartolomé y el Hospital San Juan de Lurigancho en Lima, así como el Hospital III Goyeneche en Arequipa.

²⁸¹ Hospital Nacional Docente San Bartolomé (4 casos en el año 2014) y Hospital San Juan de Lurigancho (5 casos de embarazo adolescente de menor entre 12 y 14 años en los años 2013 y 2014), ambos en Lima.

Por lo expuesto, la Defensoría del Pueblo considera importante que los establecimientos de salud adopten las medidas necesarias para identificar los casos de embarazo, en especial de adolescentes, que son productos de violación sexual. Según información publicada en junio de 2015, el 14% de adolescentes atendidas en el Instituto Materno Perinatal, manifestó haber sido víctima de violación²⁸²; y otro estudio con información del año 2010 da cuenta que el 90.1% de las madres adolescentes, refirió no haber planeado su embarazo; en tanto el 48.1% tenía antecedentes de violencia verbal, 17.1% violencia física y 6.8% de violencia sexual²⁸³.

3.3.2. Atención de los casos de violencia sexual

La Defensoría del Pueblo en su Informe de Adjuntía N° 003–2012–DP/ADM²⁸⁴ señaló que los establecimientos de salud del MINSA deben otorgar atención oportuna a las personas afectadas por la violencia de género (víctima, agresor, familiares, hijas, hijos y otros)²⁸⁵; que la atención debe ser proporcionada por personal de salud sensibilizado y capacitado, teniendo en cuenta el nivel resolutivo del establecimiento. Además, se debe incluir la promoción, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de la salud física y mental mediante la referencia a las instancias especializadas, la información de los planes de emergencia y de las redes de apoyo comunitario existentes, así como de acciones de promoción.

3.3.2.1. Conocimiento sobre la normatividad referida a la atención de casos de violencia sexual

Las *Guías Nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva* y la *Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género* establecen la forma en que deben ser atendidas las niñas y mujeres que han sido víctimas de violencia sexual en los establecimientos de salud; en ambas normas se pone especial énfasis en la atención de casos de violencia

²⁸² ANDINA. *El 14% de embarazos adolescentes en Maternidad fue producto de violación sexual*. Lima, 7 de junio de 2015. Disponible en: <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-el-14-embarazos-adolescentes-maternidad-lima-fue-producto-violacion-sexual-559679.aspx>. Consulta: 20 de julio de 2015.

²⁸³ CONTRERASPULACHE, Hans. et. ál. *Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes en Lima*. Lima, julio de 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000300002&script=sci_arttext

²⁸⁴ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*, Op. cit. p. 71.

²⁸⁵ R.M. 141-2007/MINSA. *Guía Técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género*, p. 15.

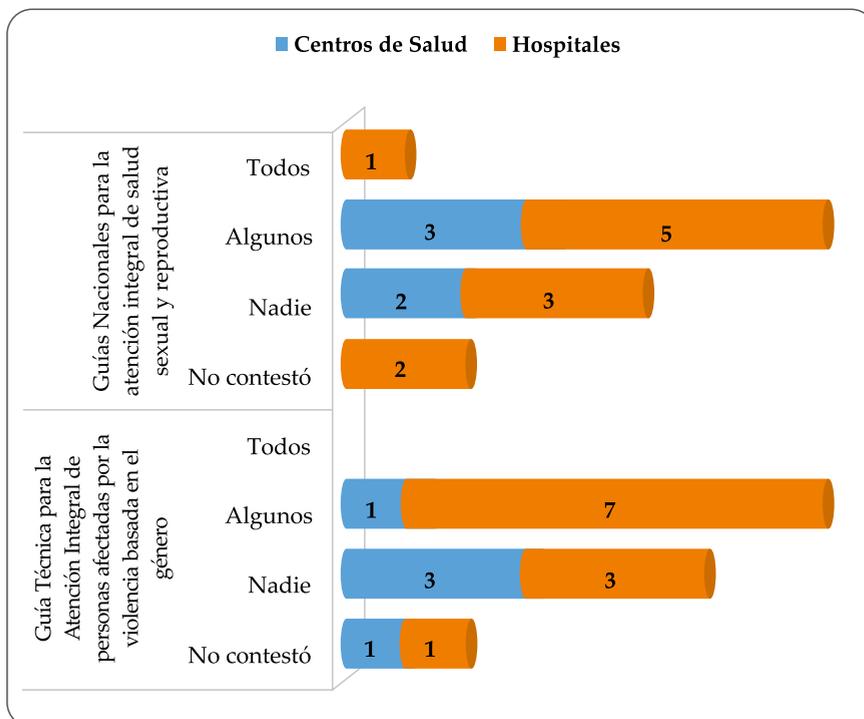
sexual reciente, es decir dentro de las 72 horas de ocurridos los hechos. En ese sentido, la difusión y el conocimiento que los operadores y operadoras de salud tengan sobre ellas pueden estar directamente relacionado con la calidad del servicio prestado.

La Defensoría del Pueblo consultó sobre las medidas adoptadas por los establecimientos de salud para asegurar el cumplimiento de los protocolos sanitarios que regulan la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual, en los últimos tres años; y encontró que tres centros de salud y ocho hospitales contestaron afirmativamente la pregunta, aunque la mayoría sin especificar cuáles eran esas medidas. Se debe resaltar que en el caso del Hospital Nacional Docente San Bartolomé y el Hospital María Auxiliadora se han aprobado guías o protocolos específicos para la atención de las víctimas de violencia de género²⁸⁶.

Por otro lado, se consultó a los establecimientos de salud si su personal contaba con ejemplares de los protocolos que regulan la atención de los casos de violencia de género y concretamente los casos de violencia sexual.

²⁸⁶ En el Hospital San Bartolomé se elaboró la *“Guía Técnica para la atención integral a las víctimas de violencia”* y un protocolo de atención para cada tipo. En el Hospital María Auxiliadora se cuenta con las *“Guías de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas”* (RD 122-2012-HMA-DG) que en su capítulo nueve, sobre interurrencias del embarazo, contempla un subcapítulo específico para la *“Atención de la mujer sometida a violencia de género y/o sexual”*.

Gráfico Nº 6: El personal que cuenta con ejemplares de las normas que regulan la atención de casos de violencia sexual (Total: 5 centros de salud y 11 hospitales²⁸⁷)



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud.

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Como se puede observar del gráfico, el personal de un número importante de establecimientos de salud no cuenta con una o las dos normas que tienen lineamientos sobre la atención concreta de casos de violencia sexual.

En el caso de *Guías Nacionales para la atención integral de salud sexual y reproductiva*, ocho establecimientos de salud indicaron que “solo algunos integrantes del personal” cuentan con las guías²⁸⁸; el Hospital Regional Honorio Delgado

²⁸⁷ El Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa (Piura) no contestó la pregunta. En el caso de las Guías Nacionales para la atención integral de la salud y reproductiva tampoco lo hizo el hospital Domingo Olavegoya, y en el caso de la Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género, el Establecimiento de Salud I-4 La Unión – Piura.

²⁸⁸ CENTROS DE SALUD: Centro de Salud La Unión- Piura; Centro de Salud Chilca –Junín; Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa. HOSPITALES: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima; Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima.

(Arequipa) señaló que “todo el personal”, y cinco reconocieron que “nadie” las tenía²⁸⁹. En el caso la *Guía Técnica para la Atención Integral de personas afectadas por la violencia basada en género*, ocho establecimientos de salud señalaron que “solo algunos integrantes del personal” cuentan con la norma²⁹⁰ y seis reconocieron que “nadie” disponía de ellas²⁹¹.

Esta información presentada de otra manera evidencia que de los 15 establecimientos que dieron información, solo siete tienen personal que cuenta con los dos protocolos antes mencionados²⁹², en tres su personal cuenta con ejemplares de uno solo de los dos protocolos²⁹³ y en cinco establecimientos nadie de su personal tiene ejemplares de alguna de estas dos normas²⁹⁴. Un hospital no brindó información sobre el tema.

²⁸⁹ CENTROS DE SALUD: Centro de Salud Materno Infantil Catacaos – Piura; Centro de Salud Santa Adriana – Puno. HOSPITALES: Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Junín; Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno

²⁹⁰ CENTROS DE SALUD: Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa. HOSPITALES: Hospital Domingo Olavegoya – Junín; Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa; Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima; Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima.

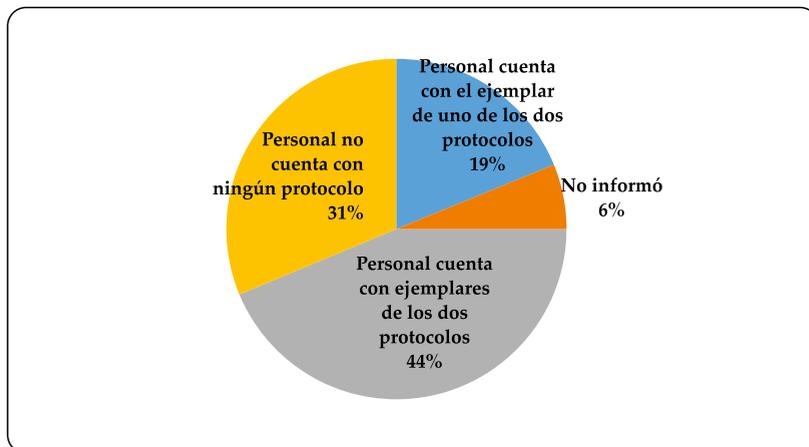
²⁹¹ CENTROS DE SALUD: Centro de Salud Materno Infantil Catacaos – Piura; Centro de Salud Santa Adriana – Puno, Centro de Salud Chilca – Junín. HOSPITALES: Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Junín; Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno

²⁹² CENTROS DE SALUD: Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa. HOSPITALES; Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa; Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima; Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima.

²⁹³ CENTROS DE SALUD: Centro de Salud La Unión- Piura; Centro de Salud Chilca – Junín. Hospital HOSPITAL: Domingo Olavegoya – Junín.

²⁹⁴ CENTROS DE SALUD: Centro de Salud Materno Infantil Catacaos – Piura; Centro de Salud Santa Adriana – Puno. HOSPITALES: Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Junín; Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno

**Gráfico N° 7: El personal que cuenta con ejemplares de las normas que regulan la atención de casos de violencia sexual²⁹⁵
(Total: 5 centros de salud y 12 hospitales²⁹⁶)**



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud.

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Los protocolos sanitarios que regulan la atención de las mujeres víctimas de violación sexual constituyen una herramienta básica para garantizar el derecho a la salud de las pacientes que acuden al establecimiento. En ese sentido, llama la atención la ausencia de una o de las dos normas mencionadas en el acervo que debe tener el personal de los establecimientos de salud mencionados; situación que se condice, como se verá más adelante con la falta de capacitación que se les ofrece; por lo que es preciso adoptar medidas para corregir esta situación.

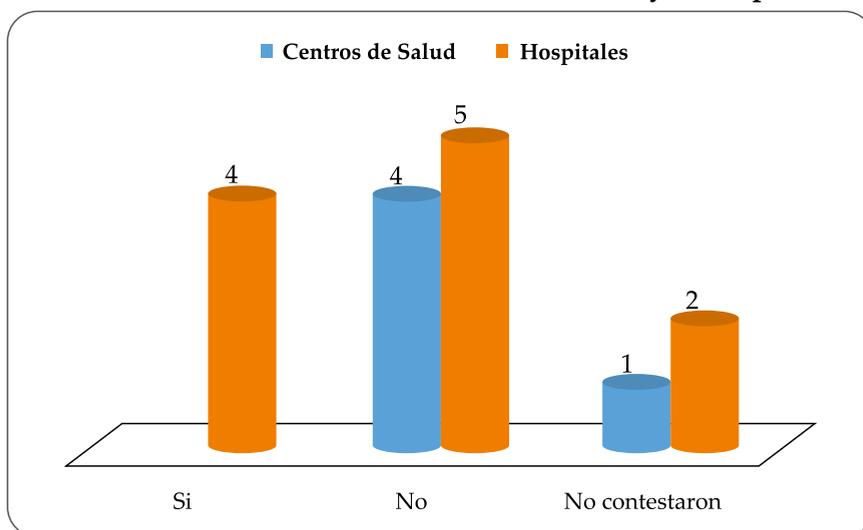
3.3.2.2. La utilización de flujogramas de atención

La Defensoría del Pueblo consultó sobre la existencia de flujogramas en los establecimientos de salud, cuyo uso debería contribuir a la integralidad de la atención de casos de violencia sexual. Según la información recogida, ningún centro de salud cuenta con un flujograma para atender a las víctimas de violencia y tampoco hace referencia al propuesto por la Guía Técnica antes mencionada; en tanto más de la mitad de los hospitales no contaban con este documento.

²⁹⁵ Protocolos: *Guía Técnica para la Atención Integral de personas afectadas por la violencia basada en género y las Guías Nacionales para la atención integral de salud sexual y reproductiva*

²⁹⁶ El Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa (Piura) no contestó la pregunta.

Gráfico N° 8: ¿Cuenta con un flujograma para la atención de las mujeres víctimas de violencia? (Total: 5 centros de salud y 11 hospitales)



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud.

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Como se puede observar, de acuerdo a la información remitida en base a la Ficha I, solo cuatro hospitales refieren tener un flujograma de atención (Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa, el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé y el Hospital Nacional Dos de Mayo) a los que habría que agregar al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, que si bien no remitió la Ficha I, si adjuntó un flujograma de atención de casos de violencia basada en género.

Es preciso indicar que la *Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia de Género* establece flujogramas para la atención de las personas afectadas por la violencia basada en género en los puestos y centros de salud y en los hospitales generales. En ellos, se reconoce como estadios de la atención: la detección de la VBG, la referencia y seguimiento.

3.3.2.3. Atención frente a hechos recientes de violencia sexual

Como se ha señalado antes, los establecimientos de salud tienen dificultades para identificar el número de casos de violencia sexual que han recibido; situación que se ve acompañada de la percepción de los operadores/as de salud de que son pocos los casos de violencia sexual que llegan

inmediatamente después de ocurridos los hechos²⁹⁷. Así lo evidencian los siguientes comentarios:

“Las mujeres... no llegan en ese momento que han sido violentadas, llegan después, cuando ya se bañaron, ya nadie viene así con todo el proceso de violencia... nadie llega, a menos que de repente un policía o un vecino la hayan llevado hasta el hospital... son pocas las que quieren denunciar”²⁹⁸.

“No son frecuentes los casos de violencia sexual porque van a la Comisaría y ellos lo derivan a la Fiscalía”²⁹⁹.

La poca demanda del servicio de salud por parte de las mujeres que sufren violencia sexual, coincide con la información que emite la ENDES 2015 respecto a la violencia en relación de pareja, donde se señala que solo el 6.4% de las mujeres que buscan ayuda en alguna institución acuden a un establecimiento de salud, mientras que el 76.4% acude a la comisaría³⁰⁰, observándose un incremento de 2.5 puntos porcentuales en comparación con lo reportado en la ENDES 2014, donde las mujeres que acudieron a un centro de salud fue de 3.9%. Sin embargo, pese a este ligero aumento; esta situación evidencia que los establecimientos de salud, pese a su importancia, no son un referente relevante para las víctimas.

Por otro lado, la normativa vigente establece que la víctima debe recibir apoyo emocional, la realización del examen médico, exámenes de laboratorio, además de informar sobre el riesgo del embarazo y la posibilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, ofreciéndole alternativas para protegerla.

En ese marco, el Informe de Adjuntía N° 003–2012–DP/ADM³⁰¹ señaló que la regulación sectorial establece que el proveedor de salud debe realizar

²⁹⁷ En más de una entrevista, operadores o funcionarios afirmaron que son pocos casos en los que las víctimas llegan al servicio de emergencia, inmediatamente después de haber sido violentadas. En las entrevistas a Edwin Churquipa, médico del Centro de Salud Santa Adriana (Puno), Isabel Ramos, psicóloga del Hospital Honorio delgado (Arequipa), Lila Gil, Responsable del MAMIS del Hospital María Auxiliadora (Lima), Lourdes Espinoza, Responsable del DAIS de la Región Piura y Ana María Mejía Muñoz, Psicóloga del Instituto Materno Perinatal (Lima)

²⁹⁸ Responsable del DAIS (Dirección de Atención Integral de las Personas) de Piura. Entrevista de 10 de julio de 2015.

²⁹⁹ Ficha I remitida por el Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa.

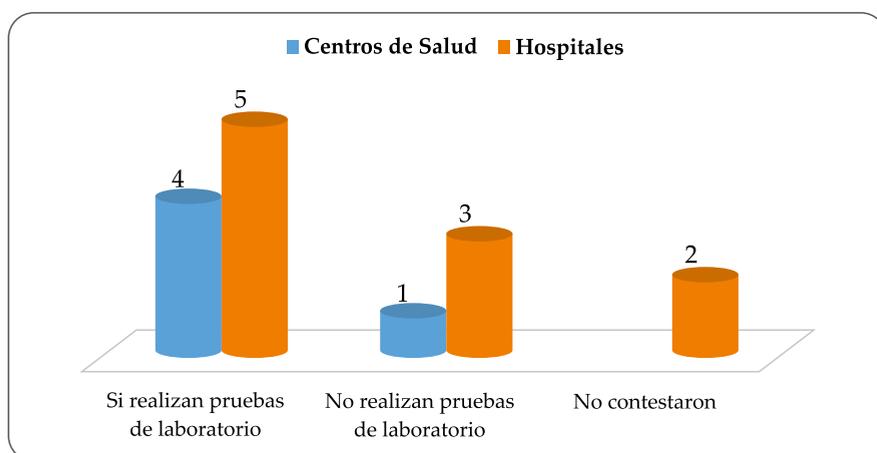
³⁰⁰ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015*. Op. cit, p. 375.

³⁰¹ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*, Op. cit. p. 80.

exámenes de laboratorio, contando siempre con el consentimiento de la persona afectada; debe ofrecer a la usuaria exámenes de: tipificación de la sangre, sexológicas para sífilis, hepatitis B, VIH, prueba de embarazo, así como muestras de secreción vaginal y cervical³⁰².

La Defensoría del Pueblo solicitó información a los establecimientos de salud sobre la realización de pruebas de laboratorio previstas en la normativa vigente, y encontró que en aquellos centros de salud y hospitales en los que se realizan pruebas de laboratorio se estarían prestando los exámenes previstos en la regulación sectorial.

Gráfico N° 9: ¿Se realizan pruebas de laboratorio?
(Total: 5 centros de salud y 11 hospitales)



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud.

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Como se observa del gráfico, en la mayoría de establecimientos de salud se realizan las pruebas de laboratorio requeridas en la normativa vigente sobre atención de casos de violencia sexual; sin embargo, en cuatro no lo hacen³⁰³ y en dos no contestaron la pregunta³⁰⁴.

³⁰² R.M. No 141-2007/MINSA. *Guía Técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género*, pp. 33-34. R.M. 668-2004/MINSA *Guías Nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva*, p. 18; y RM 455-2001/SA/BM *Normas y Procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil*, p. 66.

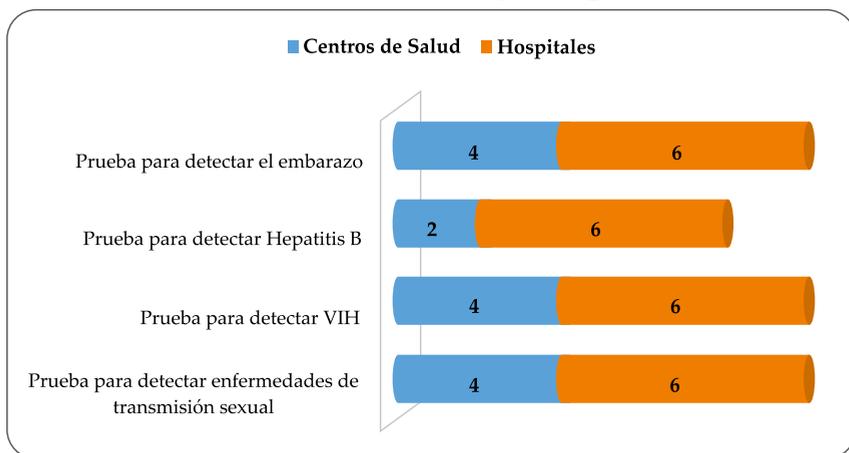
³⁰³ CENTRO DE SALUD: Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa. HOSPITALES: Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa- Piura; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima

³⁰⁴ Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen y el Hospital Domingo Olavegoya, ambos de Junín.

La no prestación de este servicio coloca en una posición de mayor vulnerabilidad a las víctimas de violencia sexual que acuden al establecimiento, pues obstaculiza la posibilidad de que reciban el tratamiento adecuado frente a eventuales consecuencias de la violencia perpetrada.

Se debe indicar que el Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Lima) reportó que no realizaba pruebas de laboratorio, porque la alta demanda de usuarios “ha[bía] creado una gran brecha para atender a la población en el departamento de laboratorio” lo que se relacionaba con que “faltan recursos para atender las solicitudes” existentes³⁰⁵. Esta aseveración evidencia problemas en la gestión de los recursos materiales y humanos del laboratorio del establecimiento; situación que podría replicarse en otros servicios, afectando así la salud de las mujeres violentadas sexualmente.

**Gráfico N° 10: ¿Qué pruebas de laboratorio se realizan?
(Total: 4 centros de salud y 6 hospitales)**



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud. Respuesta múltiple.
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Como se puede observar del gráfico, la mayoría de establecimientos de salud que hacen pruebas de laboratorio han reportado que realizan todas las pruebas requeridas por la normativa vigente³⁰⁶; mientras que dos centros de salud solo tres tipos de pruebas³⁰⁷. Es preciso indicar que ningún

³⁰⁵ Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima.

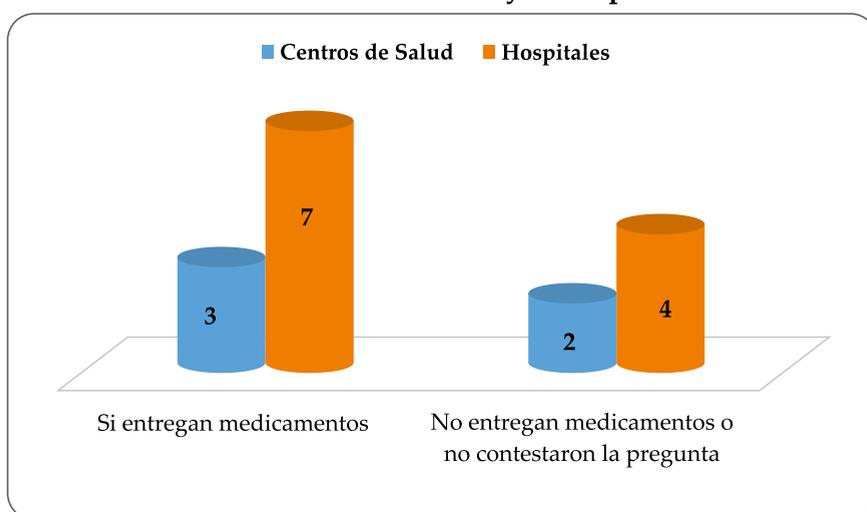
³⁰⁶ CENTROS DE SALUD: El Centro de Salud Chilca –Junín y el Centro de Salud La Unión- Piura. HOSPITALES: Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno; Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima; Hospital María Auxiliadora – Lima; y, el Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa.

³⁰⁷ El Centro de salud Santa Adriana – Puno y el Centro de Salud Materno Infantil Catacaos – Piura

establecimiento de salud estuvo en capacidad de informar cuántas víctimas de violencia sexual habían sido beneficiadas por este servicio.

Por otro lado, la normativa vigente establece que las víctimas deben ser informadas y recibir la anticoncepción oral de emergencia, medicación de protección frente a las ITS y profilaxis de VIH/SIDA. En ese marco, la Defensoría del Pueblo solicitó información a los establecimientos de salud sobre la entrega de estos fármacos.

**Gráfico N° 11: ¿Se entregan medicamentos?
(Total: 5 centros de salud y 11 hospitales)**



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud.
Elaboración: Defensoría del Pueblo

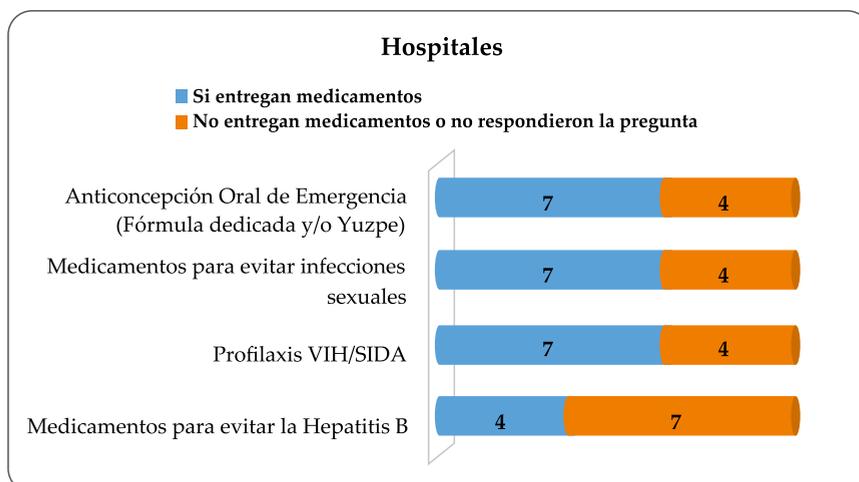
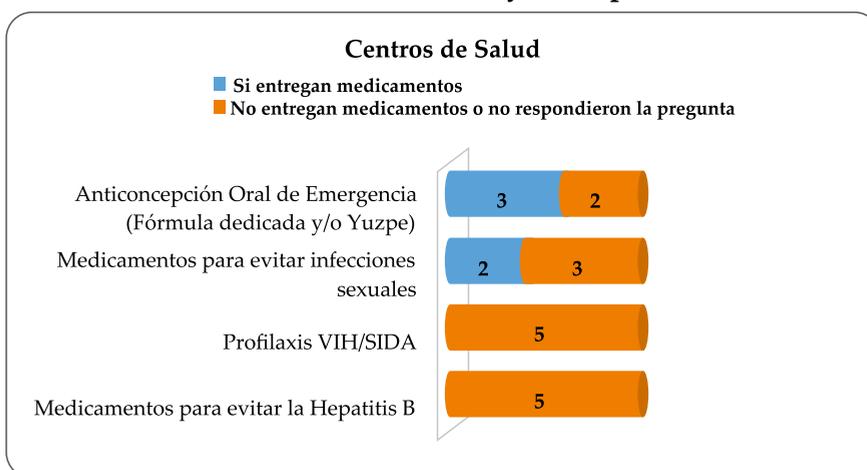
Como se puede observar del gráfico, aproximadamente el 37% de los establecimientos de salud consultados no brindan medicamentos a las víctimas de violencia sexual³⁰⁸ o no proveyeron información sobre esta función a la Defensoría del Pueblo³⁰⁹. La no provisión de medicamentos a las víctimas de violencia sexual no solo implica el incumplimiento de la normativa vigente, sino también su exposición a situaciones que agravan su salud.

³⁰⁸ CENTROS DE SALUD: Centro de Salud Chilca –Junín. HOSPITALES: Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa- Piura.

³⁰⁹ CENTROS DE SALUD: Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa. HOSPITALES: Hospital Domingo Olavegoya – Junín y el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Junín.

Al analizar el tipo de medicamentos que distribuyen los establecimientos de salud se encontró que todos los que cumplían su función (10 establecimientos de salud) proveían la anticoncepción oral de emergencia en su versión dedicada y/o versión yuzpe, mientras que la mayoría de ellos (9 de 10) distribuían los medicamentos para evitar infecciones sexuales.

Gráfico N° 12
¿Qué medicamentos entregan los establecimientos de salud que indican que lo hacen?
(Total: 5 centros de salud y 11 hospitales)



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud. Respuesta múltiple.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Dicho de otro modo, se identifica que cuatro hospitales proveen todos los medicamentos consultados³¹⁰, tres hospitales proveen solo tres³¹¹, dos centros de salud proveen solo dos medicamentos³¹² y un centro de salud solo un medicamento (AOE)³¹³. De todos ellos, solo dos estuvieron en capacidad de dar información sobre el número de víctimas de violencia sexual que recibieron medicamentos³¹⁴.

Sobre la provisión de la AOE³¹⁵, el MINSA ha informado que durante el año 2013 prescribió 49 dosis de este método anticonceptivo a pacientes que refirieron violencia sexual, siendo la región Junín la que presentó el mayor número de entregas. Asimismo, dio cuenta de que en el año 2014 se prescribieron 60 dosis, siendo Loreto la región que la prescribió en mayor cantidad³¹⁶. La provisión de menos de 100 AOE al año, más allá de lo informado por los establecimientos de salud supervisados, evidencia que un gran número de víctimas de violencia sexual estarían siendo expuestas a embarazos no deseados en el Perú, situación que debería ser revertida. Además, debe tenerse en cuenta que el método Yuzpe genera en mayor medida efectos colaterales adversos (vómitos, náuseas, dolores de cabeza, sangrado uterino, etc.) a diferencia de otros métodos, por lo que ello también muestra la mayor exposición a la afectación de la integridad física de las víctimas de violencia sexual³¹⁷.

La entrega de medicamentos es fundamental para garantizar la salud física de las víctimas de violencia sexual, así como la prevención de embarazos no deseados, por lo que su no provisión puede repercutir negativamente en la

³¹⁰ Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima; Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno.

³¹¹ No proveen medicamentos para evitar la hepatitis B: Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa; Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima.

³¹² Proveen solo anticoncepción oral de emergencia y medicamentos para evitar infecciones sexuales: Centro de Salud La Unión- Piura y el Centro de Salud Santa Adriana – Puno.

³¹³ Centro de salud Materno Infantil Catacaos – Piura.

³¹⁴ El Hospital María Auxiliadora indicó que durante el año 2013 se prescribió medicamentos en 10 casos de violencia sexual, y que en el año 2014 en 12 casos; mientras que el Hospital Dos de Mayo habría prescrito medicamentos a 4 pacientes en el año 2013 y a ninguna en el año 2014.

³¹⁵ Cabe notar que aquí se está haciendo referencia al método Yuzpe, puesto que por la sentencia del Tribunal Constitucional a la que se ha hecho referencia anteriormente se prohibió la distribución de la denominada “píldora del día siguiente” en los establecimientos de salud públicos.

³¹⁶ Ficha remitida por el Ministerio de Salud y suscrita por Nancy Virrueta Jimenes, Responsable Sectorial ante el Comité Técnico Permanente, el Dr. Juan Daniel Aspilcueta Gho, Coordinador de la Estrategia SN de Salud Sexual y Reproductiva, y el Dr. Christhian Antonio Vera Torres del Equipo Técnico de la Dirección de Servicios de Salud – DGSP. La información fue reportada por la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA.

³¹⁷ DEFENSORIA DEL PUEBLO. la anticoncepción oral de emergencia. op. cit. p. 38.

integridad física y mental de las niñas, adolescentes y mujeres. En el caso de las adolescentes, además, un embarazo también se encuentra vinculado con una afectación a su proyecto de vida, deserción escolar y perpetuación de las situaciones de pobreza³¹⁸.

3.3.2.4. Los tratamientos psicológicos

En relación al tratamiento psicológico, la normatividad sectorial vigente establece que las mujeres víctimas de violencia deben recibir apoyo o tratamiento emocional, es decir, un espacio psicológico de escucha y atención que le alivie la angustia y le devuelva la estabilidad emocional necesaria para continuar con todo el proceso³¹⁹. En ese marco, se contempla el servicio de orientación y consejería (intervención en crisis, consejería para niños, consejería para adultos, psicoeducación, grupos de ayuda mutua, talleres psico afectivos para niños y otros tratamientos psicoterapéuticos).

Según la información remitida por el MINSA, se han adoptado medidas para garantizar la atención en salud mental de las niñas y mujeres víctimas de violencia de género. En ese marco, además de la incorporación del Programa Presupuestal en Salud Mental, se informó sobre la existencia de 21 centros comunitarios de salud mental, el incremento del número de profesionales especialistas (psicólogos y psiquiatras) a nivel nacional, así como el aumento de módulos de salud mental con énfasis en adicciones (de 187 en el 2012 ascendieron a 190 en el 2014) y de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente – MAMIS (de 49 en el año 2012 ascendió a 52 en el año 2014)³²⁰. Si bien estos datos representan un avance, aún hace falta fortalecer la respuesta institucional en la atención psicológica de las víctimas de violencia en otras instituciones públicas y su posterior derivación, de ser el caso, al servicio de salud mental.

El enfoque de atención

Las medidas adoptadas por el MINSA para garantizar el derecho a la salud mental de las mujeres víctimas de violencia es importante, sin embargo es

³¹⁸ MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. Infografía. Situación del embarazo en adolescentes menores de 15 años. op. cit. p. s/n.

³¹⁹ R.M. 455-2001/SA/DM Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil. P. 69.

³²⁰ Ficha remitida por el Ministerio de Salud y suscrita por Nancy Virrueta Jimenes, Responsable Sectorial ante el Comité Técnico Permanente, el Dr. Juan Daniel Aspilcueta Gho, Coordinador de la Estrategia SN de Salud Sexual y Reproductiva, y el Dr. Christian Antonio Vera Torres del Equipo Técnico de la Dirección de Servicios de Salud – DGSP.

preciso que en ese contexto se emitan lineamientos específicos de cómo atender los casos, en especial cuando se tratan de víctimas de violencia sexual; ya que la normativa vigente no pormenoriza el enfoque ni la forma que debe abordarse un caso de violencia, dejando esa tarea al criterio del operador de salud que realiza la atención. Por ejemplo, una de las entrevistadas señaló que:

“Hay una Guía de Atención del Ministerio de Salud de la atención de víctimas de violencia familiar pero ahí no dice tiene qué seguir, tal corriente, son datos generales. Hay que empoderarla, hay que trabajar habilidades sociales, trabajar autoestima, toma de decisiones. La orientación depende de cada psicólogo”³²¹.

Esta situación ha generado que la intervención psicológica se realice desde distintos enfoques, siendo un desafío la evaluación del impacto que tienen en la salud mental de las mujeres. En las entrevistas realizadas, además, se identificó que, si bien el enfoque cognitivo conductual es el más difundido³²², más de un operador de salud combina enfoques, situación que no necesariamente garantiza una adecuada rehabilitación de la víctima, tal como se da cuenta en el siguiente diálogo:

- Entrevistado: “Yo utilizo la cognitiva conductual, la terapia sistémica, que es la terapia familiar, la terapia conductual y la psicoanalítica”.
- Entrevistadora: “¿Pero son bien diferentes?”
- Entrevistado: “Si pues, pero dependiendo del tipo de caso, del tipo de violencia. Yo no he trabajado mucho violencia sexual porque no he tenido pacientes”.
- Entrevistadora: “¿Para el stress postraumático?”
- Entrevistado: “Se hace una mistura, si es un stress muy muy grande puedo utilizar lo que es racional emotivo, para que se centre, reestructurar pensamientos, y de paso trabajo con la familia, para que den soporte”³²³.

Se debe recordar que la atención emocional a las víctimas de violencia sexual debe realizarse por personal capacitado y en el marco de intervenciones validadas científicamente. La Organización Mundial de la Salud ha llamado la atención sobre “los posibles daños de una psicoterapia (incluida la

³²¹ Psicóloga del Hospital Goyeneche. Entrevista 19 de agosto de 2015.

³²² Psicólogo del Hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista de 24 de julio de 2015. También se entrevistó a la psicóloga del Instituto Materno Perinatal. Entrevista del 26 de agosto del 2015.

³²³ Psicólogo del Hospital de la Amistad Perú – Corea-2 Santa Rosa. Entrevista de 2 de julio de 2015.

cognitiva conductual) administrada inadecuadamente a sobrevivientes potencialmente vulnerables”, y en ese marco ha recordado que “el proveedor de servicios de salud encargado de brindar la psicoterapia deberá contar con la debida capacitación y tener un sólido conocimiento sobre el tema de violencia sexual”³²⁴.

Las derivaciones

En las entrevistas realizadas, se encontró que en al menos 7 hospitales, un número importante de los casos atendidos en los servicios de salud mental correspondían a las derivaciones realizadas por los órganos relacionados al sistema de justicia (Ministerio Público, Poder Judicial)³²⁵.

En algunos casos, la atención de los casos derivados del Sistema de Justicia se ha convertido en la labor central de los servicios de salud mental del establecimiento, tal como se evidencia en los siguientes testimonios:

“Nosotros ahora, evaluación psicológica, ya no hacemos. Ahora todos van a la fiscalía, que lo que hizo fue formar la Unidad de Víctimas y Testigos... El tema que nosotros veíamos que era el tamizaje y también el informe psicológico y la terapia psicológica, todo eso se filtra. Y aquí lo que vemos son las derivaciones de rehabilitación, es decir terapia psicológica [del Poder Judicial]”³²⁶.

“A los pacientes que me llegan de fiscalía, juzgados, ya les estoy aplicando esa ficha. Este mes de agosto hemos tenido 197 pacientes atendidos, habrán habido 80 de acá, el resto de derivados [del Sistema de Justicia]”³²⁷.

Es preciso indicar que la normativa vigente en el sector salud tampoco prevé lineamientos que orienten al personal de salud sobre la atención de este tipo de casos, situación que implica un desafío, en la medida que constituye una carga de trabajo importante.

³²⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*. Op. cit. Observación general 3.5, p.18.

³²⁵ Hospital de la Amistad Perú – CoreaII-2 Santa Rosa (Piura), Hospital María Auxiliadora (Lima), Hospital Honorio Delgado (Arequipa), Hospital Carlos Monge Medrano (Puno), Hospital Goyeneche (Arequipa), Instituto Materno Perinatal (Lima) y Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Lima).

³²⁶ Psicólogo del Hospital de la Amistad Perú – CoreaII-2 Santa Rosa. Entrevista de 2 de julio de 2015.

³²⁷ Responsable del MAMIS del hospital María Auxiliadora. Entrevista del 3 de setiembre de 2015.

Se debe recordar que la *Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar*, reconocía la potestad del juez de ordenar que la víctima, el agresor y su familia reciban tratamiento en este tipo de casos³²⁸; y que actualmente la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar* establece que en las sentencias condenatorias de los procesos por delitos vinculados a hechos que constituyen actos de violencia contra la mujer, se debe establecer el tratamiento terapéutico a favor de la víctima y el tratamiento especializado al condenado³²⁹.

En ese marco, es preciso que el MINSA emita lineamientos sobre el enfoque y tipo de atención en salud mental que deben recibir las víctimas de violencia sexual, así como aquellas personas que son derivadas del sistema justicia. Estos lineamientos permitirían garantizar una adecuada atención, así como la evaluación del impacto de la intervención.

3.3.3. Enfoque médico pericial

La Defensoría del Pueblo ha recordado que “la atención de las víctimas de violencia en los servicios de salud del MINSA debe responder a una doble finalidad: la recuperación de la salud física y mental de la víctima y la obtención de las pruebas que coadyuven a acreditar la ocurrencia de los hechos en el marco de un proceso tutelar y/o penal por violencia contra la mujer³³⁰”.

La normatividad vigente establece que los proveedores de salud, en el marco de atención a las víctimas de violencia, pueden contribuir a la acreditación de los hechos en un proceso judicial, ya sea a través del recojo de muestras o la emisión de certificados médicos, sobre el estado de las víctimas.

La *Guía de Atención Integral de personas afectadas por la violencia basada en género*³³¹ y las *Guías Nacionales de Atención Integral de la salud sexual y reproductiva*³³² establecen que los proveedores de salud deben analizar la

³²⁸ Decreto Supremo 006-97-JUS. Texto Único Ordenado de la Ley 26260, Ley de Protección Contra la Violencia Familiar.

³²⁹ Ley 30364. *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. Art. 20.

³³⁰ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Informe Defensorial 95. *La protección penal frente a la violencia familiar*, Op. cit. p. 30.

³³¹ RM 141-2007/MINSA. *Guía Técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género*, pp. 34 y 35.

³³² RM 668-2004/MINSA. *Guías Nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva*. pp. 17-18.

ropa, y el vello pubiano de la víctima, así como cualquier otra secreción, si la hubiera. Asimismo, las *Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil*³³³ indican que si se detectaran pruebas físicas de hechos violentos tales como ropa con sangre, cabellos y otros líquidos corporales, estas serán preservadas para ser entregadas a las autoridades competentes, en caso se requieran.

Se ha identificado además, que el enfoque médico pericial también ha sido recogido en la *Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas del Hospital María Auxiliadora*. Esta norma prevé medidas para identificar al agresor a través de la toma muestras de ropa y del vello púbico; la toma de muestras del contenido vaginal y cervical, y la identificación de espermatozoides en una muestra en fresco³³⁴.

Pese a la normativa vigente, la información remitida a la Defensoría del Pueblo muestra que la mayoría de establecimientos de salud no recogen muestras y evidencias que acreditan la violación sexual³³⁵ o no informan sobre el cumplimiento de esta función³³⁶. Solo el Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa) sostuvo que esta obligación era cumplida por el hospital.

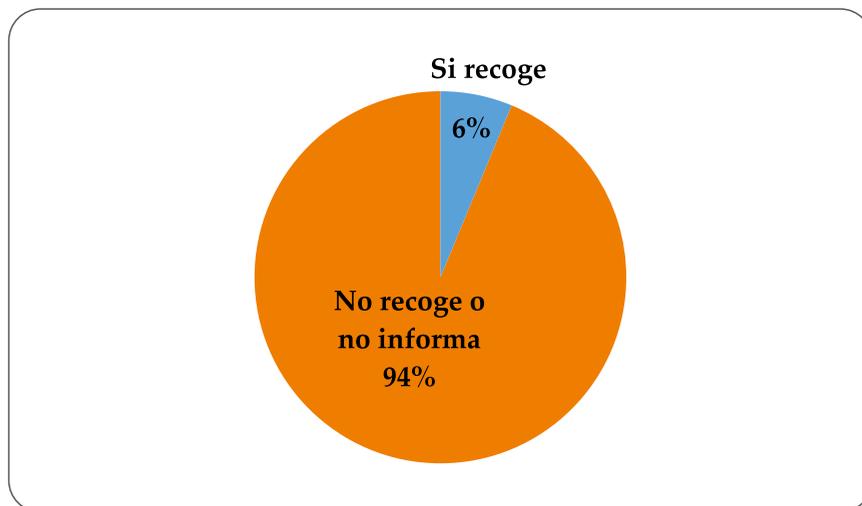
³³³ RM 455-2001-SA/DM. *Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil*. p.64

³³⁴ HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA. *Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas del Hospital María Auxiliadora*. p.295.

³³⁵ CENTROS DE SALUD: Centro de Salud Santa Adriana – Puno; Centro de Salud Chilca – Junín; Centro de Salud La Unión- Piura; Centro de Salud Materno Infantil Catacaos – Piura; Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa. HOSPITALES: Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa- Piura; Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima.

³³⁶ Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Junín; Hospital Domingo Olavegoya – Junín; Hospital III Goyeneche – Arequipa ; Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno

Gráfico N° 13:
¿Se recogen muestras y evidencias que acrediten la violación sexual?
(Total: 5 centros de salud y 11 hospitales)



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Asimismo, las entrevistas realizadas dan cuenta que al menos en cuatro establecimientos, los operadores y operadoras de salud sienten como incompatible la función de brindar los primeros auxilios a las víctimas de violencia sexual y además recoger las muestras o evidencias de lo ocurrido, optando frente a esta aparente disyuntiva por la primera opción³³⁷. En tal sentido, se recogieron las siguientes declaraciones en las entrevistas:

“Cuando ha habido violencia, pero también ha habido estupro... lo que... hacemos es tranquilizarla..., si tiene una herida, un hematoma, nosotros tenemos que tratarla... si hay algún sangrado o (problema) psicológico tenemos que hacerlo, no es que nosotros nos libramos de hacer y enterita que vaya allá [al Instituto de Medicina Legal]. Tenemos que tratarla como una persona que ha sufrido un acto de violencia...”³³⁸.

“Estabilizar al paciente, sacar al paciente del estado de shock, de alcoholismo, de la intoxicación alcohólica, pero ya para la detección de la violación, lo referimos al médico legista”³³⁹.

³³⁷ Micro Red de Salud Chilca, Micro Red Edificadores Misti, Hospital Goyeneche, Hospital María Auxiliadora.

³³⁸ Jefa de la Micro Red Edificadores Misti. Entrevista del 18 de agosto de 2015.

³³⁹ Jefa de la Micro Red de Salud Chilca. Entrevista de 2 de julio de 2015.

Dadas las condiciones en las que actualmente vienen operando las distintas dependencias del Ministerio de Salud a nivel nacional, en algunos casos, la derivación inmediata de casos de violencia sexual al Instituto de Medicina Legal podría resultar justificada, por la falta de capacitación, así como por la deficiencia de equipamiento e infraestructura; no obstante, lo óptimo sería que los establecimientos de salud se adapten a los parámetros periciales del IML. Así, en una entrevista y en la respuesta remitida a través de la Ficha I, se hizo referencia a que:

“Derivamos inmediatamente porque... para el recojo de muestras no tenemos que tener el material necesario, deberíamos tener el personal capacitado, no tenemos el personal capacitado, por ejemplo, para poder recoger la muestra de semen debo tener el personal, el material, en este caso el tubo, la paleta, el hisopo... entonces yo no puedo introducir un hisopo común y corriente para tomar la muestra... Lamentablemente nos han llegado estas disposiciones, pero que hacemos si no nos llega los insumos, y en vez de cometer una imprudencia ahí, preferimos derivar al ente que si está capacitado la toma de muestras y determinar el grado de lesión”³⁴⁰.

Pregunta de Ficha I: “54. Si en el establecimiento de salud no se recogen muestras y evidencias que acreditan la violación sexual; indicar las razones de esta situación

Respuesta: “Falta de instrumentación en el área de laboratorio clínico”³⁴¹

Según la información remitida por el MINSA, los insumos y materiales requeridos para la recolección de muestras forman parte de los materiales de laboratorio que todo establecimiento de salud cuenta. En ese sentido, cada establecimiento de salud realiza sus compras a través de su Dirección Regional de Salud (DIRESA) o de sus unidades ejecutoras. La adquisición de insumos y materiales se da en general, por lo que no es posible obtener información sobre el material destinado a la atención de casos de violencia sexual³⁴², y en ese marco evaluar si éste no se encuentra en el centro de salud o si es que existen resistencias del personal en utilizarlo.

Por ello, resulta importante conocer las otras razones que los operadores y las operadoras de salud presentan para justificar su negativa a recoger muestras

³⁴⁰ Jefa de la Micro Red de Salud Chilca. Entrevista de 2 de julio de 2015.

³⁴¹ Centro de Salud La Unión- Piura

³⁴² Ficha remitida por el Ministerio de Salud y suscrita por Nancy Virrueta Jimenes, Responsable Sectorial ante el Comité Técnico Permanente, el Dr. Juan Daniel Aspilcueta Gho, Coordinador de la Estrategia SN de Salud Sexual y Reproductiva, y el Dr. Christian Antonio Vera Torres del Equipo Técnico de la Dirección de Servicios de Salud – DGSP.

y evidencias en casos de violencia sexual. En primer lugar, se ha encontrado funcionarios/as que consideran que no es su función recoger muestras en los casos de violencia sexual así como también quienes aducen que su actuación no es válida frente al sistema de justicia. Los siguientes testimonios dan cuenta de esta situación:

“Hubo una documentación, que llegó a través de nuestra gerencia regional, hace unos cuatro o cinco años, en donde nos adjuntaban toda la normatividad en esos casos, donde eso ya pasaba al Poder Judicial completamente... Nosotros no podemos intervenir legalmente en nada... Nosotros no podemos hacer reconocimiento, le explicamos...”³⁴³.

“El problema es que desde el punto de vista médico legal, lo que nosotros hagamos acá, no es válido, nosotros atendemos la emergencia, por ejemplo desgarros, infecciones agudas, o trauma emocional, esas cosas, pero sino hay que enviarlo a como se llama esta institución...”³⁴⁴.

La actitud de los operadores de salud podría generarse debido a que los protocolos de atención aprobados por el MINSA no especifican qué medidas deben adoptarse para que la muestra o evidencia recogida en el establecimiento de salud llegue al sistema de justicia. Las normas señalan que “las muestras deben ser guardadas para su posible uso judicial”³⁴⁵ o deben “ser entregadas a las autoridades competentes en caso se requieran”³⁴⁶; sin dar mayor información sobre el proceso de investigación que debe desarrollarse y pudiendo generar situaciones en las que el prestador de salud no sepa cómo actuar. Por ejemplo, nos señalaron, a través de entrevistas o del llenado de la Ficha I, que:

“Esa parte se lleva a medicina legal... Ha habido el caso de una señora por muerte materna, tenemos unas muestras ahí, la hemos mandado a todos: a la fiscalía, al municipio y todos y nadie lo recibe... esa parte no está bien coordinada”³⁴⁷.

³⁴³ Ydo Bredregal Calderón. Jefe de la Micro Red Edificadores Misti. Entrevista del 18 de agosto de 2015.

³⁴⁴ Jefe del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora. Entrevista del 3 de setiembre de 2015.

³⁴⁵ R.M. No 141-2007/MINSA *Guía Técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género*, p. 33 y 34; y R.M. 668-2004/MINSA *Guías Nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva*, p.19.

³⁴⁶ R.M. 455-2001/SA/DM *Normas y Procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil*, p. 64.

³⁴⁷ Director del Hospital Goyeneche. Entrevista del 19 de agosto de 2015.

“Sí se hace examen directo de búsqueda de espermatozoides pero no se deriva”³⁴⁸.

Pregunta de Ficha I: “54. Si en el establecimiento de salud no se recogen muestras y evidencias que acreditan la violación sexual; indicar las razones de esta situación

Respuesta: “Las pacientes son referidas al médico legista para este efecto. No estoy seguro, pero así se nos ha dicho que debe ser, de acuerdo a la normativa”³⁴⁹.

La actitud de los operadores también respondería a la coexistencia e incoherencia entre las normas antes mencionadas del sector salud y la *Guía Médico Legal de Evaluación Física de la Integridad Sexual* aprobada por el Ministerio Público en el año 2012.

Esta última norma explícitamente señala que: “El responsable [de la evaluación integral médico legal]...es el médico legista, salvo en aquellas zonas del país donde no haya cobertura directa del Instituto de Medicina Legal, donde el responsable será un médico u otro profesional de salud designado por la autoridad competente, quien deberá seguir las normas técnicas, pautas y procedimientos establecidos en la presente Guía”³⁵⁰. Es decir, según la norma del Ministerio Público, en los lugares donde existe una sede de División Médico Legal, como es el caso de todos los establecimientos de salud visitados, el examen de integridad sexual debería ser asumido por el Instituto de Medicina Legal.

Esta regulación contrasta también con lo que actualmente la Ley N° 30364 dispone. Esta Ley establece expresamente que en el marco de las atenciones que brinden todos los establecimientos de salud públicos y privados deben resguardar la adecuada obtención, conservación y documentación de la prueba de los hechos de violencia. Asimismo, señala que los certificados de salud física y mental que expidan los médicos de los establecimientos públicos de salud de los diferentes sectores e instituciones del Estado y niveles de gobierno tienen valor probatorio y deben ser acordes con los parámetros médico-legales del Instituto de Medicina Legal (artículo 26°).

³⁴⁸ Responsable del MAMIS del hospital María Auxiliadora. Entrevista del 3 de setiembre de 2015

³⁴⁹ Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima.

³⁵⁰ RFN 1430-2012-MP-FN. *Guía Médico Legal de Evaluación Física de la Integridad Sexual aprobada por el Ministerio Público en el año 2012*. Numeral 2.2.

Por otro lado, a través de las entrevistas realizadas, la Defensoría del Pueblo constató que el personal de salud de al menos tres establecimientos, tiene resistencias a involucrarse en algún proceso del sistema de justicia, el que es percibido como demandante y lento³⁵¹. En tal sentido, se cuenta con el siguiente testimonio de una operadora de salud así como la respuesta a la Ficha I de un hospital:

“Nosotros tenemos una cantidad de pacientes que atender, si yo voy a ponerme a hacer ese examen ginecológico, de repente no estoy capacitada y me estoy comprometiendo a acudir a muchas llamadas del juez a declarar... y este médico no tiene ese tiempo, tenemos una cantidad determinada de pacientes que atender y no podemos estar saliendo del hospital porque nos llama el Poder Judicial. Haga la denuncia y vaya a medicina legal, porque ahí tienen todo ese kit para sacar los exámenes de laboratorio, los hospitales no tenemos eso, y no estamos capacitados... ni tenemos el kit, ni nada”³⁵².

Pregunta de Ficha I: “54. Si en el establecimiento de salud no se recogen muestras y evidencias que acreditan la violación sexual; indicar las razones de esta situación

Respuesta: “Por evitar problemas legales”³⁵³.

Frente a un diagnóstico similar, en el año 2012, la Defensoría del Pueblo recomendó al MINSA difundir una directiva recordando la obligación del personal de salud de incorporar el enfoque pericial en la atención a mujeres víctimas de violencia. Asimismo, recomendó al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IML) garantizar que, en el marco de un trabajo coordinado con el MINSA, asegure la incorporación del enfoque pericial en la atención a mujeres víctimas de violencia de los establecimientos de salud, así como adoptar medidas para mejorar las competencias técnicas del personal de salud en este tipo de atención³⁵⁴.

En ese marco, la Defensoría del Pueblo solicitó información al MINSA y al Instituto de Medicina Legal sobre las acciones que hubiesen realizado

³⁵¹ Esta situación se ha identificado en Hospital Regional Núñez Butrón (entrevista a la trabajadora social), en el Hospital Goyeneche (entrevista al médico Jefe de ginecología y obstetricia) y el Hospital María Auxiliadora (entrevista a la trabajadora social).

³⁵² Médico psiquiatra Lizbeth Cuno del Hospital Goyeneche. Reunión del 18 de agosto del 2015.

³⁵³ Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno.

³⁵⁴ DEFENSORIA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: Supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*, Op.cit. pp. 104 y 105.

desde el año 2013. El MINSA indicó que a nivel nacional se han realizado coordinaciones para la revisión y validación de la normatividad dentro del rol normativo del sector, y que a nivel regional se han dado permanentes coordinaciones para desarrollar capacidades en el personal de salud sobre abuso sexual y violencia familiar³⁵⁵.

Sin embargo, de acuerdo a la información recogida en entrevistas realizadas con representantes del Instituto de Medicina Legal y la información remitida a través de las fichas, se encuentra que salvo en algunas divisiones legales de la región Arequipa, no se ha realizado ninguna actividad para que los prestadores de salud incorporen el enfoque médico pericial en su atención³⁵⁶.

De acuerdo a la información remitida, solo la División Médico Legal (DML) III de Arequipa y la DML I Caylloma - Arequipa, adoptaron medidas con el MINSA para incorporar el enfoque médico pericial en la atención de mujeres víctimas de violencia en los establecimientos de salud. En la primera se tuvieron dos reuniones de coordinación con la Gerencia Regional de Salud Arequipa (GERESA), y en la segunda se reportaron reuniones de coordinación con los jefes de las microredes de salud en coordinación con la Fiscalía Penal Corporativa de Chivay.

Asimismo, se encontró que solo las DML III Arequipa, DML I Islay y DML I Caylloma, todos de la región Arequipa, dieron cuenta de haber participado en acciones de formación dirigidas al personal de los establecimientos de salud con el objeto de que estos incorporen el enfoque pericial en la atención de víctimas de violencia. En los dos primeros casos, los eventos de capacitación fueron organizados con la fiscalía de familia.

Frente a esta realidad, la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, reconoce que a nivel legal que el sector salud debe incorporar el enfoque médico pericial en los servicios que presta a las víctimas de violencia de género, incluida la violencia sexual.

³⁵⁵ Ficha remitida por el Ministerio de Salud y suscrita por Nancy Virrueta Jimenes, Responsable Sectorial ante el Comité Técnico Permanente, el Dr. Juan Daniel Aspilcueta Gho, Coordinador de la Estrategia SN de Salud Sexual y Reproductiva, y el Dr. Christian Antonio Vera Torres del Equipo Técnico de la Dirección de Servicios de Salud – DGSP.

³⁵⁶ Oficio 2955-2015-MP-FN-IML/JN remitido por el Dr. Juan Víctor Quiroz Mejía, Jefe Nacional del Instituto de Medicina Legal a la Adjuntía para los Derechos de la Mujer de la Defensoría del Pueblo. 12 de agosto de 2015.

La norma indica que el Ministerio de Salud “debe resguardar la adecuada obtención, conservación y documentación de la prueba de los hechos de violencia”³⁵⁷ en los servicios de salud que provee para la recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas. Además, determina que “los certificados correspondientes de calificación del daño físico y psíquico de la víctima deben ser acordes con los parámetros médico-legales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público. De ser el caso, los certificados de las evaluaciones físicas y psicológicas, deberán consignar necesariamente la calificación de días de atención facultativa así como la calificación de días de incapacidad”³⁵⁸.

Asimismo, frente a la resistencia de los operadores y operadoras de salud a acudir a ratificar sus informes, la ley establece expresamente que “no resulta necesaria la realización de la audiencia especial de la ratificación pericial; por lo que no se requiere la presencia de los profesionales para ratificar los certificados y evaluaciones que hayan emitido para otorgarles valor probatorio”³⁵⁹. En ese sentido, la implementación de esta norma, debería conllevar a una mejor respuesta del sector salud en lo referente a su aporte en los procesos judiciales.

La Defensoría del Pueblo considera que el Instituto de Medicina Legal y el MINSA deben adecuar su normativa administrativa a lo establecido por la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, sobre el recojo de muestras y evidencias en los casos de violencia sexual. Además, es preciso que el sector salud adopte las medidas procedimentales y logísticas para que el personal de los establecimientos de salud esté en condiciones de recoger muestras y evidencias en este tipo de casos, además de estar adecuadamente sensibilizado y capacitado.

Es relevante que el personal de los establecimientos de salud incorpore el enfoque médico pericial, pues su actuación puede generar condiciones para que el proceso de investigación tenga éxito; pero además se evite la re victimización de la agraviada obligándola a acudir a más de un lugar a recibir atención. Esta situación que se hace más necesaria si es que se toma cuenta que los servicios de medicina legal no están presentes en todos los lugares en los que existen establecimientos de salud, o sus profesionales no se dan abasto.

³⁵⁷ Ley 30364. *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. Art. 10 inc. “c”

³⁵⁸ Ley 30364. *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. Art. 26.

³⁵⁹ *Ibidem*.

En ese marco es preciso indicar que, de acuerdo a la información remitida por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, si bien el examen de integridad sexual, lesiones por violencia sexual y el examen psicológico por delito contra la libertad sexual se puede realizar en todas las divisiones médico legales de las regiones supervisadas (en tanto existan los profesionales para su realización); lo cierto es que el examen espermatoológico del contenido vaginal y anal, secreción balano prepucial o en manchas de espermato en prendas y en superficie solo pueden realizarse en las divisiones médico legales ubicadas en las capitales de región (Arequipa, Huancayo, Puno, Piura) y en Lima (DICLIFOR, DML II Lima Este, DML Lima Norte y DML Chosica). En esa misma línea la realización de evaluaciones psiquiátricas por violencia sexual puede realizarse en las sedes que se encuentran en las capitales de Arequipa, Junín y Lima, más no en Piura y Puno; y el examen de ADN solo en la capital de Lima y Arequipa. En ese sentido es necesaria la articulación entre el sector salud y el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, pues permitiría generar mecanismos que aseguren una mayor oferta de los servicios forenses.

3.3.4. Registro de casos de violencia contra las mujeres

La existencia de un registro único de casos de violencia responde a dos requerimientos importantes en la política contra la violencia hacia las mujeres. En primer lugar, permite contar con una visión integral del caso concreto y brindar una respuesta adecuada a la decisión y necesidades de la víctima desde los diferentes actores que intervienen; y en segundo lugar, contribuye a la elaboración de un diagnóstico general sobre el fenómeno de la violencia de género (causas, características y consecuencias) y la respuesta del Estado, posibilitando generar o modificar políticas, programas o intervenciones.

En ese marco, la Defensoría del Pueblo se ha pronunciado sobre registros a dos niveles; un Registro Único entre los diferentes servicios a los que acude una mujer víctima de violencia de género, y un Registro Especial para los casos de violencia dentro del sector salud³⁶⁰.

En esa línea también se han pronunciado el Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas el que ha instado al Estado peruano a establecer un sistema único para llevar un registro de los casos de violencia contra la

³⁶⁰ DEFENSORIA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*. Op. Cit. pp. 103 y 104.

mujer³⁶¹; así como el Comité CEDAW que le recomendó que “centralice los sistemas existentes de reunión de datos para recopilar, desglosar y actualizar periódicamente los datos sobre dicha violencia, con el fin de comprender la extensión y la naturaleza de las diversas formas de violencia contra la mujer y de facilitar la evaluación de los progresos realizados”³⁶².

Sobre este punto, la Defensoría del Pueblo reconoce los esfuerzos que el Estado ha realizado para el registro de casos de violencia contra las mujeres, pues actualmente la Policía Nacional del Perú, el Observatorio de la Criminalidad del Ministerio Público y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables cuentan con sistemas de registros para estos casos. No obstante, se requiere que exista también un trabajo articulado en el registro a fin de contar con un registro único que recoja toda la información obtenida por las distintas instituciones del Estado que atienden estos casos, lo cual debería incluir también al Poder Judicial y al Instituto Nacional Penitenciario.

3.3.4.1. Sobre el Registro Único Inter Servicios

La Defensoría del Pueblo, ante la dispersión de registros de casos de violencia contra las mujeres, recomendó al MIMP crear una base de datos única sobre violencia de género de carácter general, que contenga información proveniente de los diversos servicios públicos involucrados en la atención de víctimas de violencia³⁶³. Si bien la base de datos aún no existe, se trata de una propuesta que se encuentra en sintonía con acciones impulsadas desde el Grupo de Trabajo Nacional (GTN) del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015 así como del propio MIMP que lo lidera.

El MIMP y las agencias del Sistema de Naciones Unidas³⁶⁴ iniciaron la implementación del Programa Conjunto “*Combate contra la Violencia hacia la mujer: Fortaleciendo el procesamiento de las denuncias por violencia familiar desde un enfoque intersectorial*”, en el que participan la Policía Nacional del Perú, el Ministerio público (Fiscalía e Instituto de Medicina Legal), Poder Judicial (Juzgado de Paz Letrado, Juzgado Mixto y de Familia) y establecimientos del Ministerio de Salud de las ciudades de Pucallpa y Huamanga.

³⁶¹ COMITÉ CONTRA LA TORTURA. *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Perú*, aprobadas por el Comité en su 49o período de sesiones. CAT/C/PER/CO/5-6. 21 de enero de 2013. Párr. 14.

³⁶² COMITÉ CEDAW. *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú*. CEDAW/C/PER/CO/7-8. 24 de julio de 2014. Recomendación 17 c).

³⁶³ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*. Op. cit., p.105

³⁶⁴ Programa financiado por ONU Mujeres, PNUD y UNFPA.

A través de este programa se prevé la creación de un software y plataforma informática para el registro de información sobre el procesamiento de las denuncias por violencia hacia la mujer en el ámbito familiar³⁶⁵. El MIMP cuenta con un diagnóstico informático tecnológico de los registros y sistemas de procesamiento de las denuncias de violencia hacia la mujer en el ámbito familiar empleados en las instituciones responsables de registrar y procesar denuncias. Este informe concluye que existen desafíos logísticos y tecnológicos para poder actuar bajo un sistema informático interconectado:

- Cada institución involucrada en el circuito de atención de casos de violencia familiar registra datos que gestiona de manera particular, contando con un sistema de información relevante para sus fines, que no permite el flujo de información al exterior.
- Existe un desfase en el desarrollo tecnológico de las entidades. El uso de herramientas tecnológicas de información no es homogéneo.
- Cada sistema presenta falencias en el ingreso de datos y seguimiento de los procesos que corresponden a los expedientes que se generan por las denuncias de violencia contra la mujer.
- Factores que están imposibilitando actuar bajo un sistema informático interconectado³⁶⁶.

Como se puede observar, se trata de un informe técnico “un poco desalentador, donde se dice que no hay condiciones ahora de apuntalar una ficha única, porque cada sector tiene su propio discurso, su propio sistema informativo y reporta internamente y la coordinación entre todos es un poco débil”³⁶⁷. Pese a estas dificultades, el GTN del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015 consideró dentro del Plan de Acción para el año 2015: “Avanzar en el diseño de un Registro Único de Víctimas de la Violencia Familiar y de Género y programar su implementación en el Presupuesto de 2016”³⁶⁸.

³⁶⁵ Resultado 1 producto 1 del Programa *Combate contra la Violencia hacia la mujer: Fortaleciendo el procesamiento de las denuncias por violencia familiar desde un enfoque intersectorial*.

³⁶⁶ Oficio 197-2015-MIMP/DGCVG del 21 de setiembre de 2015 remitido por Silvia Loli. Dirección general contra la violencia de género.

³⁶⁷ Especialista de la Dirección de Asistencia Técnica y Promoción de Servicios de la Dirección General contra la Violencia de Género del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Entrevista del 30 de agosto de 2015.

³⁶⁸ GRUPO DE TRABAJO NACIONAL. *Plan de Acción 2014. Informe de Logros*. Documento no publicado, p. 7

Frente a las acciones iniciadas por el MIMP, el Congreso ha publicado la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, en la que se considera la creación del Registro Único de Víctimas y Agresores³⁶⁹, con el objeto de implementar un sistema intersectorial de registro de casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.

A diferencia de las iniciativas anteriores, este registro estará bajo la coordinación del Ministerio Público y recogerá información de la Policía Nacional del Perú, el Poder Judicial y el MIMP, más no del Instituto Nacional Penitenciario (INPE) ni del MINSA; situación que debe analizarse y eventualmente revisarse, en la medida que la información del INPE podría ser de utilidad para conocer el proceso de resocialización y/o rehabilitación que siguen los agresores en prisión y en medio libre. Asimismo, la información del MINSA permitiría tener una comprensión integral de los casos de violencia contra las mujeres que llegan en búsqueda de justicia y atención, así como conocer la ruta crítica de las víctimas, incluyendo las que sufrieron violencia sexual.

3.3.4.2. Registro de atenciones a mujeres víctimas de violencia dentro del sector salud

La Defensoría del Pueblo recomendó al Ministerio de Salud emitir una directiva reiterando la obligación del personal de salud de “registrar, en un sistema de recojo de información especialmente diseñado para las atenciones a mujeres víctimas de violencia, especialmente aquellos aspectos relacionados al tipo de violencia, sexo y edad de la víctima, relación de esta con el agresor y la atención recibida en el establecimiento de salud”³⁷⁰. El MINSA refiere no haber emitido la Directiva recomendada por razones técnicas³⁷¹; sin embargo, queda pendiente revisar si el sistema de registro de casos de violencia contra las mujeres actualmente existente responde a los requerimientos existentes.

³⁶⁹ Ley 30364. *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. Art. 42.

³⁷⁰ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: Supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*. Op. cit, p. 104.

³⁷¹ La emisión de una Directiva no es el mecanismo idóneo para recordar normas ya aprobadas. La Directiva, de acuerdo a la RM 526-2011/MINSA, es aquel documento normativo con el que se establecen aspectos técnicos y operativos en materias específicas y cuya emisión puede obedecer a lo dispuesto en una norma legal de carácter general o de un Norma Técnica de Salud. En: Ficha remitida por el MINSA y suscrita por Nancy Virrueta Jimenes, Responsable Sectorial ante el Comité Técnico Permanente, el Dr. Juan Daniel Aspilcueta Gho, Coordinador de la Estrategia SN de Salud Sexual y Reproductiva, y el Dr. Christian Antonio Vera Torres del Equipo Técnico de la Dirección de Servicios de Salud – DGSP.

En el marco de las entrevistas realizadas a funcionarios de salud, la Defensoría del Pueblo identificó que en cada caso de violencia contra las mujeres, los operadores de salud pueden llenar hasta cuatro fichas y/o registros, además de la historia clínica. Ellas son la ficha de tamizaje, la ficha epidemiológica, el registro del Sistema de Información en Salud – HIS y el Formato Único de Atención – FUA. A continuación, se describirán sus funciones y características.

* ***Ficha de Tamizaje***

Es el instrumento de detección de casos de violencia familiar que se aplica a nivel nacional. Actualmente, coexisten dos formatos:

- La *Ficha de Tamizaje – Violencia Familiar y Maltrato Infantil*, recogida en las Normas y procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil (RM 455-2001-SA/DM).
- La *Ficha de Tamizaje de Violencia basada en Género (VBG)*, recogida en Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género (RM.141-2007/MINSA). Pese al título, la introducción de la ficha da cuenta de que su objetivo es el recojo de casos de violencia familiar.

Se trata de formatos casi idénticos en los que se pregunta sobre la existencia de violencia familiar en la experiencia de la paciente. Se recoge información sobre el tipo de violencia (psicológica, física, sexual y negligencia), el sexo y la edad de la víctima, más no explícitamente el tipo de relación, ni la atención brindada; solo en la ficha de tamizaje VBG se pide información sobre la referencia realizada.

* ***Ficha Epidemiológica***

En el instrumento que se utiliza para la vigilancia epidemiológica en violencia familiar, la que “está conformada por un conjunto de acciones que permiten realizar la observación y estudio sistemático y permanente de la violencia familiar para identificar su magnitud, factores de riesgo, zonas geográficas afectadas y a partir de ella, definir las medidas de intervención que se requieren para su prevención y/o control”³⁷².

La ficha ha sido aprobada mediante Directiva 001-OGE-ENT 2000. Entre los varios datos que recoge se encuentran la edad, el sexo y la relación entre la víctima y la persona agresora, el tipo de violencia

³⁷² MINISTERIO DE SALUD. *Protocolo de la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar*. PERU/MINSA/OGE-01/016 y Herramientas Metodológicas en Epidemiología y Salud Pública. Lima, Ministerio de Salud, 2001, p. 9.

(física, psicológica, sexual, abandono), así como las medidas adoptadas en el caso (que incluye la atención médica, asistencia social, atención psicológica, etc.) y el seguimiento.

- * **Sistema de Información en Salud – HIS (Health Information System)**³⁷³
Se trata de una herramienta informática que se utiliza en el Registro Diario de Atención y de otras actividades de consulta externa. Su propósito es instrumentalizar el soporte para la toma de decisiones y se adecúa a la situación actual de la organización del Sistema de Servicios de Salud, Estrategias Nacionales, Etapas de Vida y Componentes Especiales. Su finalidad es constituirse como única fuente de información básica de la atención ambulatoria diaria de las personas que acuden a los establecimientos de salud, de la vigilancia epidemiológica en cuanto a morbilidad, de las actividades preventivo-promocionales, realizadas tanto a nivel familiar como en grupos organizados de la comunidad; así como, para la consignación de actividades masivas de salud.

El Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud, además de registrar el DNI de la paciente, su edad y sexo, recoge información sobre el diagnóstico (presuntivo, definitivo y repetido), motivo de consulta y/o actividad de salud, los que corresponden al Código CIE10 (Clasificación Internacional de enfermedades, décima versión). Algunos de sus códigos son:

T740 : Negligencia o abandono.

T741: Abuso físico.

T742: Abuso sexual

T743: Abuso psicológico.

T748: Otros síndromes de maltrato (formas mixtas)

T749 síndrome de maltrato no especificado

U140: Tamizaje en Salud Mental.

Y059: Agresión sexual con fuerza corporal en lugar no especificado.

(Etc.)³⁷⁴.

En caso de registrar tamizaje se coloca en un cuadro denominado “LAB” las siglas VIF para el caso de violencia intrafamiliar o VSX para violencia sexual³⁷⁵.

³⁷³ MINISTERIO DE SALUD. *Registro y Codificación de la atención en consulta externa*. Sistema de Información HIS. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. En http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/estadistica_2.asp?sub5=1. Consulta: el 14 de setiembre de 2015.

³⁷⁴ *Ibidem*.

³⁷⁵ MINISTERIO DE SALUD. *Registro y Codificación de la atención en consulta externa*. Sistema de

* **FUA- Formato Único de Atención**³⁷⁶

Es el instrumento en el que se registra, en físico o en medio magnético los datos requeridos por el SIS, tanto de la prestación brindada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud como del asegurado que la recibe. Se utiliza como fuente de información para los registros informáticos del SIS así como para los procesos de validación prestaciones y como comprobante del pago de prestaciones.

La ficha recoge en un cuadro la categoría “Tamizaje en salud mental”, el que debe ser llenado en los casos que se realice el tamizaje en Violencia Intrafamiliar (VIF) sea que afecte al recién nacido, niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor, así como en la atención pre natal de la gestante. Y se registra además si es “PAT” (patológico) o “NOR” (normal). En caso de ser patológico debe llenarse el diagnóstico CIE 10 correspondiente, el que también puede ser presuntivo, definitivo o repetido³⁷⁷.

La información que se difunde sobre los casos de violencia contra la mujer atendidos por el sector salud suele devenir de la sistematización de las fichas de tamizaje y fichas epidemiológicas registradas por los operadores y operadoras de salud, las que están centradas en la problemática de violencia familiar y no incluyen los casos de violencia sexual que se dan fuera del espacio doméstico. Esta situación no se condice con el reconocimiento de las diferentes formas de violencia de género que la normatividad vigente ha recogido de manera dispersa, así como tampoco con la recién aprobada *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, que enfoca la problemática de la violencia contra las mujeres desde una visión que trasciende el ámbito familiar.

Por otro lado, la sistematización de las fichas HIS o del Formato Único de Atención podrían dar cuenta, además del número de casos, del tipo de atención que el sector salud presta a la víctima de violencia de género o incluso de violencia sexual. Se desconoce si el software vigente lo permite, pero sería importante conocer cuántas víctimas de violencia sexual recibieron consejería en salud mental (Código 99404) o a cuántas se le prescribió la Anticoncepción Oral de Emergencia o el Método Yuzpe (Z3091).

Información HIS. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Atención Planificación Familiar. 2013. En http://www.minsa.gob.pe/porta/web/02estadistica/estadistica_2.asp?sub5=1. Consulta: 14 de setiembre de 2015.

³⁷⁶ SISTEMA INTEGRAL DE SALUD. Directiva Administrativa 001-2015-SIS/GREP-V.01.

³⁷⁷ Ibid. Anexo 3. Pautas para el llenado del Formato Único de Atención (FUA) Tipo 1, p. 24.

La sola coexistencia de cuatro registros, más allá de los objetivos diferenciados que tienen, deberían llevar al sector salud a iniciar un proceso de evaluación de los mismos, con el objetivo de optimizar recursos materiales, tecnológicos y humanos, además de mejorar la atención a las víctimas. Asimismo, considera necesario adoptar medidas para que los registros institucionales identifiquen otras formas de violencia de género, incluyendo la violencia sexual que se da dentro y fuera del ámbito familiar.

Adicionalmente, se han identificado algunos desafíos en la adecuada implementación de los registros ya existentes:

- a) *Sobre la ficha de tamizaje.* Se ha observado que la ficha de tamizaje de violencia de género (R.M.141-2007/MINSA) o la ficha de tamizaje – Violencia Familiar y Maltrato Infantil (R.M.455-2001-SA/DM), aleatoriamente, son de conocimiento y se aplican en todos los establecimientos a los que se visitó³⁷⁸. Sin embargo, se identificó que en algunos establecimientos de salud, ésta no es siempre aplicada por los servicios que tienen esa función:

“En salud mental aplicamos algunas fichas, ficha de tamizaje de violencia familiar, alcoholismo y depresión; ahora no tengo quien aplique, a veces suele haber internos o practicando, cuando las personas están esperando, ahí se aplica”³⁷⁹.

“La ficha de tamizaje se aplica en obstetricia, no sé si a todas, pero si a la gran parte, a las gestantes, en medicina sí, pero no a toditos, por ejemplo hoy día no he hecho ninguna ficha, cuando hay menos pacientes si se hace. Hay una psicóloga en el establecimiento, y me imagino que está haciendo”³⁸⁰.

Es preciso indicar que en los convenios de gestión entre los gobiernos regionales y el SIS para pago capacitado, se ha considerado como uno de los indicadores de cumplimiento la aplicación de ficha de tamizaje a las mujeres atendidas durante el periodo prenatal. Este requisito contribuye a que esta ficha sea aplicada masivamente; sin

³⁷⁸ Hospital de la Amistad Perú – CoreaII-2 Santa Rosa, Centro de Salud Chilca, Hospital Nacional Docente Materno Infantil El Carmen, Micro Red Edificadores Misti, Hospital Honorio Delgado, Centro de Salud CLAS Santa Adriana, Hospital Carlos Monge Medrano, Hospital María Auxiliadora.

³⁷⁹ Psicólogo del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca Entrevista del 24 de julio de 2015.

³⁸⁰ Médico del Centro de Salud CLAS Santa Adriana (Juliaca). Entrevista 24 de julio de 2015.

embargo, no se da a nivel nacional. Se ha identificado que en Instituto Materno Perinatal³⁸¹ se aplica solo a las adolescentes, en hospital María Auxiliadora su aplicación se ha iniciado en los últimos meses³⁸² y en el Hospital III Goyeneche no se aplica³⁸³.

b) *Sobre la ficha epidemiológica.* La información difundida por la Dirección de Epidemiología caracteriza los casos atendidos diferenciando el tipo de violencia perpetrada, el sexo, la edad, el grado de instrucción y la relación entre la víctima y la persona agresora, así como el estado de esta última, además de las regiones en las que hay mayor incidencia.

Sin embargo, se constata que el registro aún no cubre 8 departamentos del país, ni la provincia constitucional del Callao³⁸⁴, por lo que no está en capacidad de dar información cualitativa a nivel nacional.

Asimismo, se identifica que algunas de las cifras reportadas darían cuenta de cierta irregularidad en el registro de información. Por ejemplo, en el departamento de Cajamarca se reportaron 376 casos durante el año 2013 y sólo 19 en el año 2014; lo mismo ocurrió en el departamento de Apurímac donde la cifra descendió de 806 a 96 casos³⁸⁵. La diferencia tan marcada en las cifras reportadas en los dos años evidenciaría un sub registro, pues es poco probable que la demanda del servicio disminuya de tal manera.

Lo mismo ocurre con la tendencia a la baja en el registro de casos de violencia física y violencia psicológica, en los que se observa que el recojo de data disminuye conforme van pasando los meses. Así, el reporte de epidemiología del año 2014 da cuenta de 1141 casos de violencia psicológica en enero y 446 en diciembre, o 707 casos de violencia física en enero y solo 272 en diciembre³⁸⁶. Esta tendencia a la baja no se observa en otros registros administrativos difundidos por

³⁸¹ Trabajadora Social y psicóloga del Instituto Materno Perinatal. Entrevista del 26 de agosto de 2015

³⁸² Responsable del MAMIS del hospital María Auxiliadora. Entrevista del 3 de setiembre de 2015.

³⁸³ Hospital III Goyeneche – Arequipa. Ficha II. Remitida mediante Oficio 1724-2015-GRA/GRS/-HS-SD-D.

³⁸⁴ Solo recoge y sistematiza información de los departamentos de Amazonas, Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima (no incluye Callao), Madre de Dios, Moquegua, Pasco y Piura.

³⁸⁵ Boletines de los años 2013 y 2014 remitidos por la Dra. Julia Carrasco Retamozo, Responsable Nacional de la Vigilancia epidemiológica de violencia familiar DGE-MINSA, mediante correo electrónico del 3 de agosto de 2015.

³⁸⁶ *Ibidem*.

servicios del Estado, entre ellos el de los Centros Emergencia Mujer donde el reporte por mes muestra que las diferencias entre meses no son tan profundas³⁸⁷.

Un ejemplo se identificó en la información remitida a la Defensoría del Pueblo, donde el Hospital Domingo Olavegoya (Junín) reportó 670 fichas de tamizaje positivas de violencia familiar, pero ninguna ficha epidemiológica en el año 2013, y 368 fichas de tamizaje positivas y solo 18 fichas epidemiológicas al año siguiente.

- c) *Sobre la ficha HIS y el Formato Único de Atención (FUA)*. Se ha identificado que no todos los operadores y operadoras de salud tienen la información suficiente para registrar los casos de violencia sexual en las ficha HIS o la ficha AUS, las que prevén la colocación de los códigos reconocidos en el CIE 10 (T742 Abuso Sexual, Y059 Agresión Sexual con fuerza corporal en lugar no especificado, entre otras). Por ejemplo, se cuenta con los siguientes testimonios:

“Vienen más por la depresión que por el abuso (sexual), entonces marco depresión... porque por eso ha venido, el resto queda registrado en la historia. Ahora que me están diciendo lo voy a poner como un diagnóstico (de abuso sexual)”³⁸⁸.

“No están poniendo código de violencia sexual, no es conocido el código. En casos de violación no he atendido. Si hay se iría al hospital”³⁸⁹.

Sobre los casos de violencia sexual: “Tenemos aquí los diagnósticos que están estandarizados... son seis: trastorno mental no especificado, episodio depresivo no especificado, trastorno de ansiedad no especificado, problemas relacionados al uso de alcohol, otros síndromes de maltrato, aquí podría ir a tallar, y otro violencia física”³⁹⁰.

³⁸⁷ Los registros de casos atendidos por los Centro Emergencia Mujer (CEM) pueden analizarse en http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=1401&Itemid=431. Consulta: 14 de marzo de 2016.

³⁸⁸ Psicólogo del Hospital Carlos Monge Medrano (Juliaca). Entrevista de 24 de julio de 2015.

³⁸⁹ Médico del Centro de Salud CLAS Santa Adriana (Juliaca). Entrevista de 24 de julio de 2015

³⁹⁰ Silvana Álvarez. Psicóloga de la Micro Red Edificadores Misti. Entrevista de 19 de agosto de 2015.

“Hay un reporte, pasa como tratamiento..., como terapia, no dice la causa de la terapia. Donde figura es en la historia. El reporte es a través de un documento que se llama HIS y si dice por violencia o en todo caso pasa como terapia”³⁹¹.

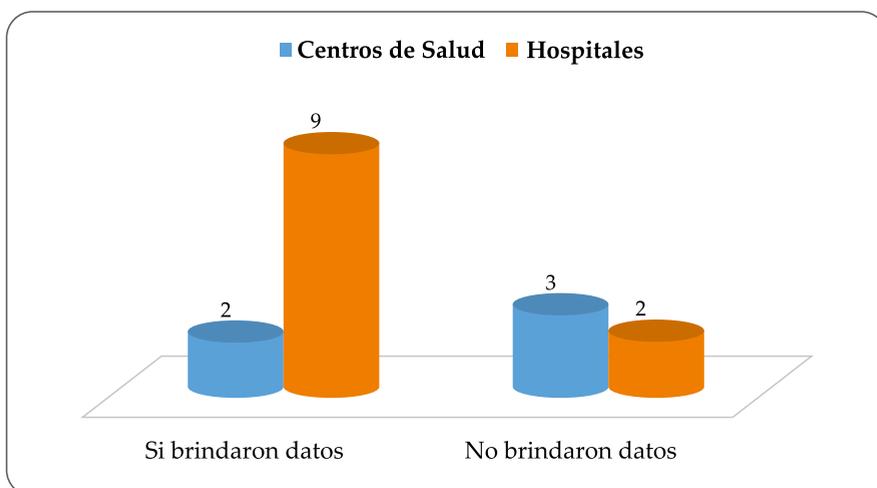
Asimismo, se encontró que en establecimientos como el Instituto Materno Perinatal, la ficha HIS no se aplica.

d) *Sobre la capacidad de informar el número de casos identificados, atendidos y/o referenciados.*

La Defensoría del Pueblo constató que cinco establecimientos de salud no estaban en capacidad o decidieron no informar a la Defensoría del Pueblo sobre el número de casos de violencia contra las mujeres que recibieron en los años 2013 y 2014 (todos los casos, no solo violencia sexual)³⁹².

Gráfico N° 14

Establecimientos que brindaron información sobre casos de violencia contra las mujeres que recibieron (5 centros de salud y 11 hospitales)



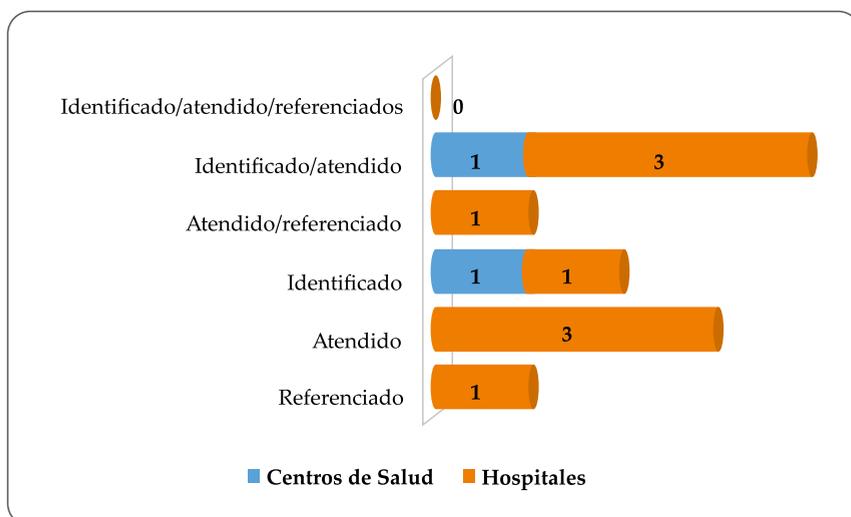
Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

³⁹¹ Henry Palacios, psicólogo del Hospital de la Amistad Perú – Coreall-2 Santa Rosa (Piura). Entrevista de 10 de julio de 2015.

³⁹² CENTROS DE SALUD: Centro de Salud Santa Adriana – Puno; Centro de Salud La Unión-Piura; Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa. HOSPITALES: Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa.

Asimismo, si se observa solo aquellos establecimientos que dieron cuenta del número de casos que conocieron en los años 2013 y 2014 se encuentra que ninguno pudo remitir información diferenciando el número de casos identificados, atendidos y/o referenciados; 5 pudieron hacerlo respecto a dos categorías³⁹³, mientras que 6 dieron información de una sola de las categorías solicitadas³⁹⁴. Tal como se puede ver del siguiente gráfico.

Gráfico N° 15
Establecimientos de salud que brindaron información de los casos de violencia diferenciando si fueron identificados, atendidos y/o referenciados
(Total: 2 centros de salud y 9 hospitales)



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Más allá de la data concreta, es evidente que los establecimientos de salud tienen dificultades para informar sobre el número de casos que conocen dependiendo del abordaje que le dan. Es preciso indicar que ningún establecimiento de salud dio información de los tres servicios requeridos (Salud mental, Ginecología y obstetricia y Planificación familiar); solo el Hospital María Auxiliadora (Lima)

³⁹³ Categoría "IDENTIFICADO/ATENDIDO" informaron el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Junín; Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno; Hospital Domingo Olavegoya – Junín; Centro de Salud Materno Infantil Catacaos – Piura. Categoría "ATENDIDO/REFERENCIADO" informó el Hospital María Auxiliadora – Lima.

³⁹⁴ Categoría "IDENTIFICADO": Centro de Salud Chilca –Junín; Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno. Categoría "ATENDIDO": Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima; Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa- Piura. Categoría "REFERENCIADO": Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima.

brindó información de dos servicios (Salud mental y Ginecología y Obstetricia), mientras que el resto lo hizo solo del servicio de salud mental (8) o solo del servicio de ginecología y obstetricia (2).

En tal sentido, el Ministerio de Salud debería iniciar un proceso de evaluación de los cuatro registros existentes (Ficha de Tamizaje, Ficha Epidemiológica, Sistema de Información en Salud – HIS y el Formato Único de Atención) para que reconociendo sus diferentes objetivos, se optimicen los recursos materiales, tecnológicos y humanos necesarios para su implementación. Esta revisión debería incorporar medidas para que se realice una adecuada identificación y caracterización de los casos de violencia contra las mujeres que son atendidos en los establecimientos de salud, no solo de violencia familiar. Así como el tipo de atención que reciben.

3.3.5. Referencia y denuncia de casos de violencia sexual

La Defensoría del Pueblo, citando a la OPS, ha recordado que “los sistemas de salud deben desarrollar y coordinar sistemas de referencia y contra referencia multidisciplinarios para asegurar que las víctimas de violencia reciban el apoyo y los servicios que necesitan en el momento en que se detecte el caso”³⁹⁵. En ese marco, la normativa sectorial reconoce la necesidad de que el proveedor de salud refiera a la víctima a otro servicio dentro del establecimiento de salud o a otra institución para garantizar sus derechos³⁹⁶.

3.3.5.1. Referencia de casos de violencia sexual

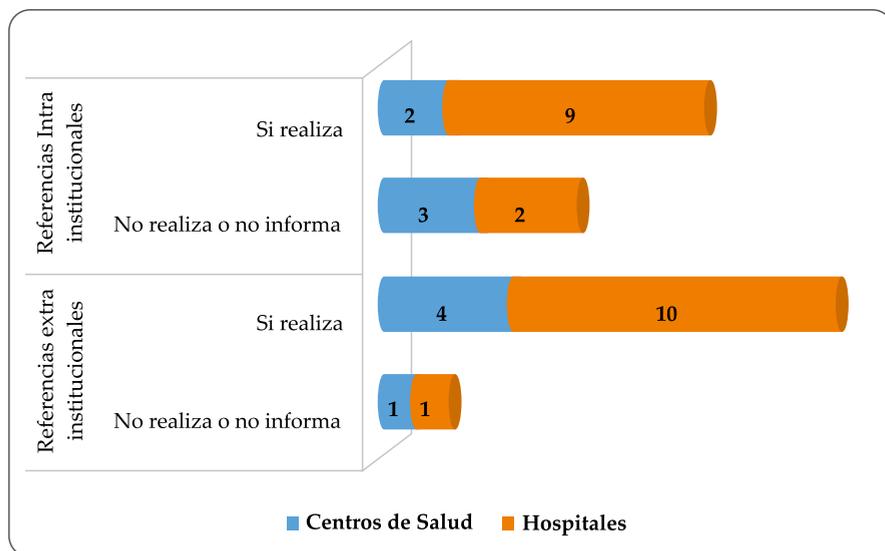
La información reportada a la Defensoría del Pueblo da cuenta que en la mayoría de establecimientos de salud se realizan referencias intrainstitucionales y/o extra institucionales. Sin embargo, el Centro de Salud Santa Adriana (Puno) indicó que no realizaba ninguno de estos dos tipos de referencias; mientras que en 4 establecimientos no se realizaría uno de los dos tipos de referencia³⁹⁷.

³⁹⁵ Organización Panamericana de la Salud, UNIFEM, UNFPA y Otros. Simposio 2001: *Violencia de género, salud y derechos en las Américas. Informe Final*. 2001, p. 44. Citado en DEFENSORIA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*, Op. cit. p. 85.

³⁹⁶ R.M. 668-2004/MINSA *Guías Nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva*, p. 17; R.M. 455-2001/SA/DM *Normas y Procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil*. p. 51.

³⁹⁷ No realizaban referencias INTRA INSTITUCIONALES: Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital Núñez Butrón – Puno, Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa; Centro de salud Chilca –Junín. No realizaban referencias EXTRA INSTITUCIONALES: Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa- Piura.

Gráfico N° 16
Establecimientos que realizan referencias intra institucionales o extra institucionales
(Total: 5 centros de salud y 11 hospitales)



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Respecto a las **referencias intrainstitucionales** solo el Hospital Olavegoya y el Hospital María Auxiliadora reconocieron que los lineamientos de referencia aplicables son los previstos en la normatividad sectorial del MINSA, mientras que los demás dieron cuenta del procedimiento que desarrollaban, mencionando la necesidad de hacer interconsultas, el uso de la ficha de referencia o las llamadas telefónicas internas. La mayoría de ellos hace mención expresa de la necesidad de derivar los casos al servicio de salud mental o al profesional de psicología.

En los casos de violencia sexual cuyos hechos ocurrieron poco antes de acudir a un establecimiento de salud, se identificó la existencia de preocupación de los operadores de salud por derivar a la paciente, en inter consulta, al servicio de salud mental. Así lo reportaron al menos dos psicólogas entrevistadas:

“Si esta señora merece ser hospitalizada, se hospitaliza, cuando llega a la hospitalización, sí se hace una consulta a psicología o psiquiatría porque de todas maneras se tiene que ver si está deprimida, ahí es donde la captamos y la atenderemos... Si la persona no ameritó hospitalización se le cita por consultorio

externo... Si amerita venir a psicología se le deriva... ahí ustedes se darán cuenta que depende de la paciente regresar o no, y ahí se puede perder el caso³⁹⁸.

“En dos ocasiones me han llamado este año... Nos dijeron que vayamos a brindarle apoyo, que era más que evaluación antes que venga la fiscal, que la iban a hospitalizar y pasar a pediatría, ahí si tenemos la posibilidad de visitarla, a través de la interconsulta”³⁹⁹.

También se identificó aquellos casos en los que las pacientes son derivadas a un establecimiento de mayor nivel, como lo muestra el siguiente testimonio:

“Si hay se iría al hospital, lo va a derivar al ginecólogo, como van a pedir informe médico, tiene un mayor valor legal. En el establecimiento no hay ginecólogo, solo enfermera y obstetra”⁴⁰⁰.

En lo referente a los casos de violencia sexual atendidos luego de haber transcurrido un lapso prolongado de la violación sexual, son los servicios de ginecología y obstetricia, de planificación familiar o salud mental, los espacios adecuados para la detección de casos. La normatividad vigente⁴⁰¹ determina que en el tratamiento del caso, de ser necesario se refiera a otro servicio (psicología, servicio social u otra especialidad médica).

Esta obligación ha sido reconocida por los operadores de salud entrevistados, en especial en los casos de violencia sexual de niñas y adolescentes; y específicamente en referencia a los servicios de salud mental. Así, por ejemplo, se cuenta con los siguientes comentarios:

“En caso de consulta de planificación familiar... En los casos en los que se haya identificado un caso de violencia se remite a psicología... y en caso de violencia sexual en casos de menores de edad, lo que hacíamos es comunicar al médico legista para que haga la evaluación respectiva”⁴⁰².

“Son pocas las pacientes que son víctimas de violación y vienen inmediatamente acá. Generalmente la paciente es víctima y viene ya con un embarazo... La

³⁹⁸ Psicóloga del Hospital Goyeneche. Entrevista 19 de agosto de 2015.

³⁹⁹ Psicóloga del Hospital Honorio delgado. Entrevista del 19 de agosto de 2015.

⁴⁰⁰ Médico del Centro de Salud Santa Adriana. Entrevista del 24 de julio de 2015

⁴⁰¹ R.M. 668-2004/MINSA *Guías Nacionales de atención integrales de salud sexual y reproductiva*. Protocolo sobre violencia contra la mujer. P. 17.

⁴⁰² Responsable de la Estrategia de Salud Sexual y reproductiva del hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista de 24 de julio de 2015.

paciente es entonces referida de consulta externa... cuando ya es recepcionada por la institución o cuando llega por emergencia ya es referida a través de una interconsulta con un psicólogo y es así como llegamos a la paciente"⁴⁰³.

Igualmente, se ha encontrado que los operadores remiten los casos a las trabajadoras sociales, tal como se evidencia en los siguientes testimonios:

"Suponiendo que haya un embarazo en adolescente, se le hace la interconsulta o la comunicación personal a la señora asistenta para que vea el caso: cómo es la relación si ha sido consentida o no, y ella ya lo ve para poder definir todo un resultado y decir si es necesario comunicar al fiscal en caso necesario o en el caso en el que hay acuerdo entre partes, entonces lo resuelve a ese nivel... Esa función la hacemos cuando hay casos de violencia"⁴⁰⁴.

"Hoy día el neonatólogo ha venido con una niña de 14 años, por su bebito que ha nacido hace siete días... este bebito era producto de violación. El doctor viene y me la deriva, la ha traído, para que se intervenga. El paciente te puede llegar por interconsulta, por teléfono o por las visitas que nosotros hacemos a las pacientes. Todos los días hacemos visitas a piso. No estamos, pero estamos"⁴⁰⁵.

Las entrevistas han permitido identificar que existe disposición de los operadores de salud en identificar casos de violencia sexual a niñas y adolescentes, y adoptar medidas para que sean atendidos de manera integral. La falta de información sobre el número y características de los casos, así como su vínculo con el embarazo adolescente evidencia que aún persisten deficiencias para poder dar un diagnóstico real de lo que está sucediendo. En las entrevistas, no se ha dado cuenta del relato de casos de violencia sexual a mujeres adultas.

En el caso de **referencias extra institucionales**, de los 14 establecimientos que informaron realizar esta función, solo 7 indicaron que contaban con un directorio de instituciones especializadas en los casos de violencia contra las mujeres, aunque uno reconoció que no estaba actualizado⁴⁰⁶. Esta situación podría dificultar la adecuada referencia extra institucional que estas entidades

⁴⁰³ Psicóloga del Instituto Materno Perinatal. Entrevista de setiembre de 2015.

⁴⁰⁴ Jefe de Servicio de Obstetricia del hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista de 24 de julio de 2015.

⁴⁰⁵ Responsable del MAMIS del hospital María Auxiliadora. Entrevista del 3 de setiembre de 2015.

⁴⁰⁶ Hospital Domingo Olavegoya – Junín (directorio sin actualizar); Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima; Centro de salud Materno Infantil Catacaos – Piura; Centro de salud Chilca – Junín; Centro de salud La Unión- Piura.

de salud han informado que realizan, pues esta dependería de la sensibilidad o características del operador/a de salud.

De los establecimientos de salud que informaron referir extra institucionalmente los casos de violencia contra la mujer en general (no solo violencia sexual) : once derivan a la PNP⁴⁰⁷, nueve a los CEM⁴⁰⁸, ocho a la fiscalía⁴⁰⁹, cinco a Organizaciones No Gubernamentales⁴¹⁰ y tres al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses⁴¹¹.

⁴⁰⁷ CENTROS DE SALUD: Centro de Salud Chilca –Junín; Centro de Salud Materno Infantil Catacaos – Piura. HOSPITALES: Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital Domingo Olavegoya – Junín; Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima; Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa; Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno.

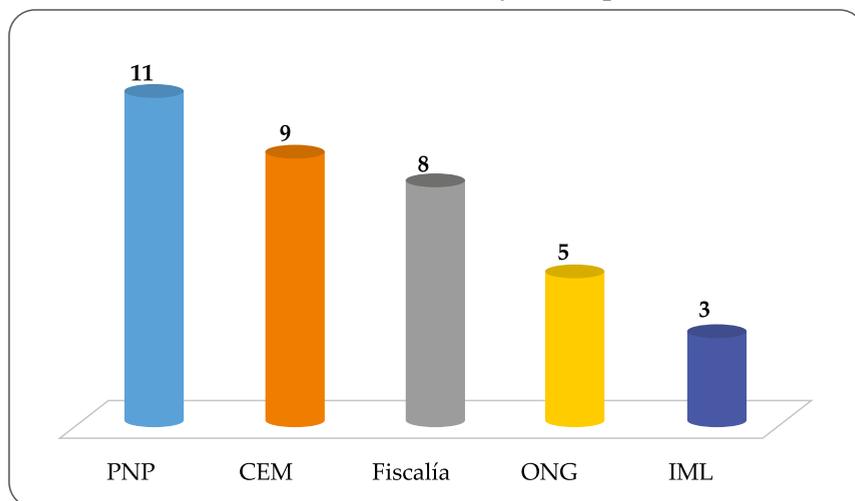
⁴⁰⁸ HOSPITALES: Centro de Salud Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital Domingo Olavegoya – Junín; Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima; Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Junín. Centro de Salud: Centro de Salud Chilca –Junín; Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa.

⁴⁰⁹ CENTRO DE SALUD: Centro de Salud Materno Infantil Catacaos – Piura. HOSPITALES: Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital Domingo Olavegoya – Junín; Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima; Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa.

⁴¹⁰ Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima; Hospital María Auxiliadora – Lima; Centro de Salud Chilca –Junín.

⁴¹¹ Hospital Domingo Olavegoya – Junín; Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa; Centro de Salud La Unión- Piura.

Gráfico N° 17
Instituciones a donde fueron referidos los casos de violencia contra la mujer
(Total: 5 centros de salud y 11 hospitales)



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo a la información recibida y las entrevistas realizadas, los Centros Emergencia Mujer, cuando estos existen, constituyen un servicio de referencia importante para el establecimiento de salud, puesto que cumplen la labor de brindar atención integral (legal, psicológica y social) a las mujeres víctimas de violencia familiar y sexual a fin de contribuir a su protección, recuperación y acceso a justicia⁴¹².

Cabe notar que la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, recientemente publicada, determina que la defensa de las víctimas está a cargo del MIMP (Centro Emergencia Mujer) y en aquellos en las que este no exista, por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (Oficina de Defensa Pública); asimismo establece que sus informes psicológicos tienen valor probatorio del estado de salud mental en los procesos por violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar⁴¹³.

⁴¹² Al 31 de diciembre de 2015, el PNCVFS cuenta con 237 Centros Emergencia Mujer a nivel nacional, llegando a una cobertura del 100%, a nivel provincial (196 provincias).

⁴¹³ Ley 30364. *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. Art. 10, inc. "b" y art. 26.

3.3.5.2. Denuncia de casos de violencia sexual

Los profesionales de salud que conocen un caso de violencia sexual, según las leyes vigentes tienen la obligación de denunciar el caso ante la PNP o el Ministerio Público, independientemente de la edad de la víctima. El artículo 30° de la *Ley General de Salud* determina que:

El médico que brinda atención a una persona herida por arma blanca, herida de bala, afectada por un accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente⁴¹⁴.

Este lineamiento también ha sido reconocido por el Código Procesal Penal, el cual señala que el personal de salud tiene la obligación de denunciar los hechos delictivos que conozcan en el desempeño de su actividad⁴¹⁵. Así como la recién publicada *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, la que establece que los profesionales de salud deben denunciar los casos de violencia contra las mujeres que conozcan en el desempeño de su actividad incluyendo la violencia sexual, además de la violencia física, psicológica o económica⁴¹⁶.

Frente a ello, la normativa del sector salud es contradictoria en lo referente a la realización de la denuncia de casos de violencia sexual. Mientras las *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva* indican que el operador/a de salud debe promover que la víctima realice una denuncia⁴¹⁷; la *Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género* determina que, tomando en cuenta los procedimientos legales correspondientes, el personal de salud debe realizar la denuncia ante la comisaría o el representante del Ministerio Público⁴¹⁸. Mientras en la primera la decisión de la víctima es definitiva para la realización de la denuncia, en la segunda, es irrelevante.

⁴¹⁴ Ley 26842. *Ley General de Salud*. Ley. Art. 30.

⁴¹⁵ Código Procesal Penal. Art. 326.

⁴¹⁶ Ley 30364. *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. Art. 15 en concordancia con el art. 8.

⁴¹⁷ R.M. 668-2004/MINSA *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*, p. 19.

⁴¹⁸ R.M. 141-2007/MINSA *Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género*. pp. 33 y 34.

En la supervisión realizada a los establecimientos de salud, se encontró a través de las entrevistas, que el personal de salud conoce su obligación de denunciar los casos de violencia contra las mujeres especialmente cuando se trata de menores de edad⁴¹⁹. En ese marco, hay una mención constante al personal de la PNP adscrito a los hospitales de salud.

Igualmente, se identificaron distintos relatos de impunidad en casos de violencia sexual a niñas y adolescentes, quienes habían sido atendidas en al menos un establecimiento de salud. Estos casos generaron frustración en las operadoras de salud entrevistadas⁴²⁰. Así, tenemos los siguientes testimonios:

“Yo hice la denuncia de violación sexual de una menor de doce años que había sido violada por el papá. Cuando la niñita estaba gestando de ocho meses, yo trabajaba en la periferia. Yo fui a la casa, [lo] trataron de ocultar, el hombre se escapó, solo la mamá estaba. Así confidencialmente me comentó que había sido violentada por el padre porque la mamá se iba por temporadas a trabajar. Entonces hablamos con la abogada de la DEMUNA, ella tomó los datos [y] puso la denuncia. Vinieron los de la Fiscalía, no sé qué hicieron, no nos informaron nada. Entonces dio el parto la chiquita, a la mamá le empezamos a interrogar, con la abogada más, entonces la mamá dijo que tiene su enamorado. Después no actuó la Fiscalía como debería hacer... Supongo que desde ese momento ha sido amenazada por el esposo, y se negó [ante la Fiscalía]. Cuando el bebito tenía seis meses vino la madrina y le había conseguido un esposo, la chiquita ya tenía trece años y el esposo que era un hombre de casi treinta y ocho... Yo pensé que seguía el proceso, fui a averiguar [y me dijeron:] “no, ya tiene su esposo, su madrina le ha conseguido su esposo y está viviendo en Caminaca”. Luego de un tiempo viene [diciendo que] el bebé ha fallecido de 9 meses... Y como el seguro estaba en Samán, en Caminaca no la habían recibido porque ella estaba embarazada otra vez... y me dice “yo he venido por el seguro”. No hay alguien que haga seguimiento al caso”⁴²¹.

De manera similar, se encontraron relatos en los que la denuncia no era realizada frente a la unión o supuesto matrimonio entre la niña y su agresor, promovida y aceptada por su familia. En al menos dos de estas situaciones incluso se amenazó con denunciar a los operadores de salud, tal como se muestra a continuación:

⁴¹⁹ Centro de Salud Chilca (Junín), Micro Red Edificadores Misti (Arequipa), Centro de Salud CLAS Santa Adriana (Puno), Hospital Carlos Monge Medrano (Puno), Hospital María Auxiliadora (Lima), Instituto Materno Perinatal (Lima) y el Hospital Goyeneche (Arequipa).

⁴²⁰ Hospital de la Amistad Perú – CoreaII-2 Santa Rosa (Piura), Hospital Núñez Butrón (Puno) y Hospital Carlos Monge Medrano (Puno).

⁴²¹ Coordinadora de la Estrategia de Salud Sexual y reproductiva del hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista de 24 de julio de 2015

“Si hemos tenido casos de niñas que han venido a dar a luz de 13 años, y pues la pareja 25 años, 26 años 40 años, pero dice es mi esposo, y lo presenta como su esposo y la pareja está acá, acompañando, cómo nosotros podemos decir que es violación, mandarlo a la DEMUNA... Ha habido, una de 13 si se denunció pero fue todo un escándalo al final el señor se casó con la niña, y nos amenazaron que nos iban a denunciar, que estábamos rompiendo el lazo especial”⁴²².

“Viene la chica de 14 o 15 años violentada sexualmente entonces viene la familia se pone de acuerdo con la familia del hombre y no queda en nada, los hacen casar, los juntan y no queda en nada”⁴²³.

Asimismo se identificaron circunstancias en las que el desconocimiento de los operadores/as de salud respecto a la legislación vigente sobre los delitos sexuales determinaron que los casos no sean denunciados. Como se verá a continuación, en el primer caso no existe una comprensión del significado de la indemnidad sexual y el vínculo con el consentimiento de una niña de 13 años, y en el segundo el desconocimiento de que es imposible jurídicamente que exista un convenio con el agresor en casos de violación sexual de una menor de 12 años.

“No siempre es violación. Me llamaron de medicina para ver a una niña de 13 años, yo fui y pedí que esté la mamá (...) por protocolo hay que examinarla junto a la madre, y cuando llegó la mamá recién me enteré que la chica ya tenía relaciones sexuales, (...) ya había tenido cuatro parejas sexuales, no existe una relación directa, tiene que haber la expresión verbal de que ha sido violentada, además de otros signos de violencia sexual. El signo de espermatozoides no es signo de violación sexual”⁴²⁴.

“Ha habido un parto, de 12 años, entonces yo les digo ¿cómo no se dieron cuenta?, y justo llegó a mí, porque al bebe lo querían recoger, se había quedado en el neonato, a la mamá la habían dado de alta. Pero resulta que vino el supuesto papá que era mayor de 10 años... vino con la mamá de la niña... entonces yo le digo tu convives con la chica, ahh por no ir a la cárcel estás viniendo acá por el bebito, pero donde va a vivir el bebito. Conmigo señorita me dice la mamá, porque el juez ha dispuesto... tiene la denuncia, si, y la denuncia decía Tarma...

⁴²² Obstetra de Micro Red Chilca. Entrevista de 2 de julio de 2015.

⁴²³ Coordinadora de la Estrategia de Salud Sexual y reproductiva del Hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista de 24 de julio de 2015

⁴²⁴ Jefe del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora. Entrevista del 3 de setiembre de 2015

la comisaría se había equivocado, le han puesto Tarma... eso yo lo engrampo acá, en cualquier cosa que pudiera haber... vamos a ver que estés cumpliendo... como no se pueden casar. .. No pero estaba la denuncia del esto, el fiscal indicaba que la menor debía estar bajo la tutela de la madre masel bebe, y el padre del apoyo económico.... Estos casos ahí noma quedan, ya no se sistematiza".⁴²⁵

La obligación que tienen los prestadores/as de salud de denunciar los casos de violencia sexual coexiste con un sistema que no se caracteriza por responder adecuadamente la demanda de justicia y reparación de las víctimas. En ese marco es precisa una mayor articulación interinstitucional entre el sector salud e instancias como la PNP y el Ministerio Público, así como mejorar las capacidades de los operadores/as de salud frente a los casos de violencia sexual.

3.3.6. Competencias técnicas y capacitación de operadores y operadoras de salud

El Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015, en su Objetivo Específico 2.1, determina que es responsabilidad de las Direcciones Regionales de Salud, el Ministerio de Salud y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables desarrollar un módulo de capacitación para operadores de los servicios de salud sexual y reproductiva del sistema de salud, el que debería ser aplicado a operadores de la totalidad de servicios al finalizar el año 2015.

El Ministerio de Salud⁴²⁶ ha informado⁴²⁶ que cuenta con módulos educativos para el personal que trabaja en la temática de violencia intrafamiliar o violencia de género para los aspectos preventivos y promocionales⁴²⁷. Asimismo dio cuenta de un módulo sobre violencia, del año 2009, que incluye un capítulo denominado "*Atención integral a personas afectadas por violencia*" (tema 3), a través del que se da información sobre las características de la atención que deben recibir las víctimas de violencia, haciendo hincapié en mujeres, niñas, niños y adultos mayores, así como las funciones del personal de salud.

⁴²⁵ Trabajadora social del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Entrevista del 23 de julio de 2015.

⁴²⁶ Ficha remitida por el Ministerio de Salud y suscrita por Nancy Virrueta Jimenes, Responsable Sectorial ante el Comité Técnico Permanente, el Dr. Juan Daniel Aspilcueta Gho, Coordinador de la Estrategia SN de Salud Sexual y Reproductiva, y el Dr. Christian Antonio Vera Torres del Equipo Técnico de la Dirección de Servicios de Salud – DGSP.

⁴²⁷ El MINSA ha informado sobre dos módulos: a) MINSA. Módulo Educativo de habilidades para la vida en la promoción de una convivencia saludable dirigido a líderes escolares. Lima, MINSA, 2013, pp. 111; b) MINSA. Módulo Educativo de la Promoción de la Convivencia Saludable en el ámbito escolar dirigido al personal de salud. Lima, MINSA, 2013, pp. 103.

Según el Ministerio de Salud⁴²⁸, en las capacitaciones que se realizan se suele utilizar un programa diseñado a partir de la Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género (RM.141-2007/MINSA), más que el módulo mencionado que tuvo una difusión limitada. Sobre este último módulo, el Ministerio de Salud no cuenta con el “reporte real del personal capacitado”, sin embargo calcula que entre el 2012 y 2014 habría sido recibido por 676 personas. Según información del sector, la capacitación sobre la *Guía de atención de violencia basada en género*⁴²⁹, fue implementada con énfasis en las regiones que reportan los indicadores de violencia más elevados, como Cajamarca, Cusco, Ica, Piura, Ayacucho, Apurímac, Ucayali, Iquitos, San Martín, Lima.

Asimismo, el Ministerio de Salud informó sobre las diferentes acciones de asistencia técnica desarrolladas a nivel nacional por la Dirección General de Promoción de la Salud, Dirección de Salud Mental y la Estrategia de Salud Sexual, entre las que se resaltan capacitaciones desarrolladas entre los años 2012 y 2014 al personal de salud de diferentes regiones. De las acciones de formación impartidas es importante resaltar los seminarios sobre la *“Intervención en Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual”* dirigido al personal de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud⁴³⁰, así como las capacitaciones sobre detección, tamizaje y atención integral de la violencia basada en género dirigido a facilitadores y personal de salud de diversas regiones del país⁴³¹.

Pese al trabajo que se viene realizando en el gobierno central, la información recogida por la Defensoría del Pueblo da cuenta que solo 8 de los 16 establecimientos consultados reportaron haber recibido capacitaciones en materia de atención de casos de violencia contra las mujeres. Tres centros de salud y cinco hospitales señalaron explícitamente que no lo habían hecho⁴³² o no reportaron información alguna⁴³³.

⁴²⁸ Representante de la Dirección de Promoción de Salud de las Personas del Ministerio de Salud. Entrevista del 14 de setiembre de 2015.

⁴²⁹ Información proporcionada por Nancy Virrueta de la Dirección de Promoción de Salud de las Personas del Ministerio de Salud. Correo electrónico del 14 de setiembre de 2015.

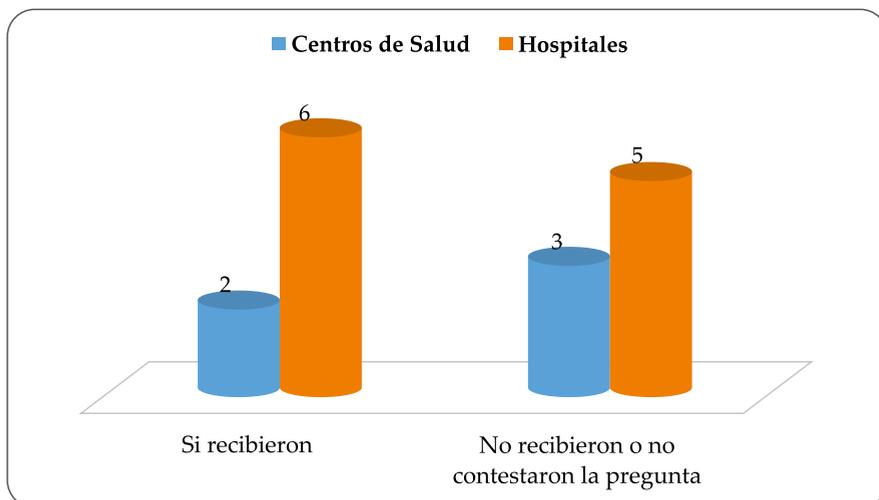
⁴³⁰ Actividad que promovió la Dirección de Salud Mental durante los años 2012, 2013 y 2014.

⁴³¹ Actividades promovidas por la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva durante los años 2012, 2013 y 2014.

⁴³² CENTROS DE SALUD: Centro de Salud Santa Adriana – Puno; Centro de Salud Chilca – Junín; Centro de Salud Materno Infantil Catacaos – Piura. HOSPITALES: Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa- Piura; Hospital Domingo Olavegoya – Junín; Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa .

⁴³³ Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno

Gráfico N° 18
Establecimientos que recibieron capacitación en materia de atención de casos de violencia contra las mujeres (Total: 5 centros de salud y 11 hospitales)



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud.
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Es preciso indicar que de los establecimientos que indicaron tener personal capacitado, siete informaron sobre el servicio en el que éste estaba ubicado. Tres de ellos indicaron que su personal capacitado estaba en servicios de salud mental, ginecología y obstetricia y planificación familiar⁴³⁴; mientras que los otros cuatro tenían su personal capacitado en un solo servicio (dos en salud mental⁴³⁵ y dos en ginecología y obstetricia⁴³⁶).

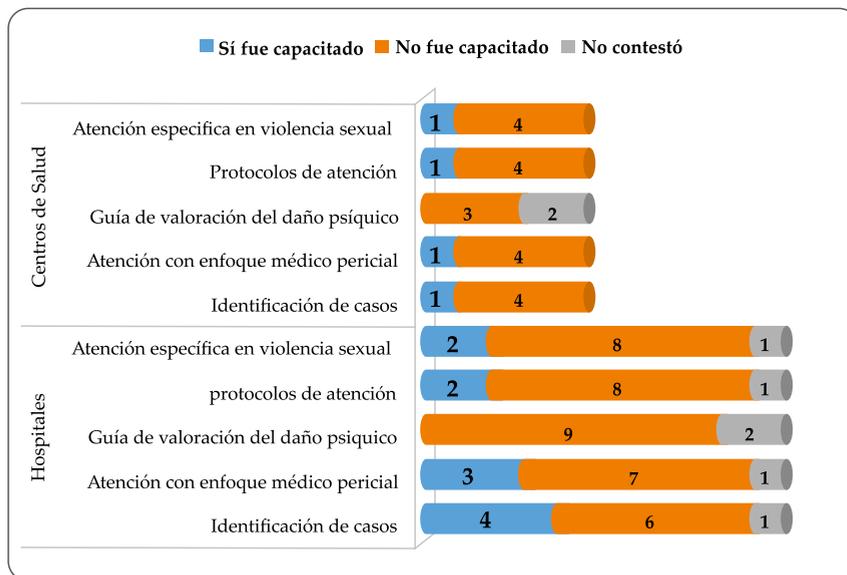
Asimismo, se consultó si el personal de salud había recibido capacitaciones sobre temas específicos dentro de la materia *atención a casos de violencia contra la mujer*; capacitaciones que podrían dar cuenta de una especialización en el abordaje concreto de este tipo de agresión.

⁴³⁴ Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima, Hospital María Auxiliadora – Lima y Centro de salud La Unión- Piura.

⁴³⁵ Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Junín y Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa

⁴³⁶ Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima y Hospital III Goyeneche – Arequipa.

Gráfico N° 19
Establecimientos cuyo personal fue capacitado, no fue capacitado o no informó sobre la capacitación recibida en diferentes temáticas
(Total: 5 centros de salud y 11 hospitales)



Fuente: Ficha I de los establecimientos de salud.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo.

De acuerdo a la información remitida por los establecimientos de salud, la capacitación sobre temas específicos habría sido escasa. En el mejor de los casos solo el personal de cinco establecimientos habría recibido formación en materia de “identificación de casos de violencia contra las mujeres”⁴³⁷, cuatro en “atención de casos de violencia contra la mujer con enfoque médico pericial”⁴³⁸, tres en “protocolos de atención a las mujeres víctimas de violencia”⁴³⁹ y tres sobre “atención de casos de violación sexual”⁴⁴⁰.

⁴³⁷ Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Junín, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima, Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima, Hospital III Goyeneche – Arequipa, Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa.

⁴³⁸ Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Junín, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima, Hospital María Auxiliadora – Lima, Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa.

⁴³⁹ Hospital María Auxiliadora – Lima, Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima, Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa.

⁴⁴⁰ Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima y Hospital María Auxiliadora – Lima, Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa.

El personal de salud de ningún establecimiento de salud habría recibido capacitación en la “Guía de valoración del daño psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional”⁴⁴¹. Asimismo, solo cuatro hospitales y un centro de salud dieron información específica sobre capacitaciones recibidas entre los 2012 y 2014⁴⁴².

Esta información se corroboró en algunas entrevistas⁴⁴³ y reuniones de trabajo impulsadas por la Defensoría, una de las cuales daba cuenta de la distancia existente entre la normatividad aprobada por el sector salud y su incorporación en el trabajo cotidiano, tal como se evidencia en el siguiente comentario:

“Lamentablemente... no estamos preparados, no estamos sensibilizados, nuestro sector es uno de los sectores que más normatividad tiene sobre violencia, tiene resoluciones ministeriales, directivas, normas técnicas, con una claridad y con un interés de verlo no solo la atención de casos, sino también promoción de la salud y prevención, sin embargo hay dificultades”⁴⁴⁴.

Y si bien se reconoce la existencia de iniciativas para impulsar procesos de capacitación⁴⁴⁵, también se identifica como desafío la permanente rotación del personal, en especial del sector salud mental, o la presencia de operadores y operadoras de salud que no replican lo aprendido en sus sedes o centros de intervención⁴⁴⁶, tal como se aprecia en el siguiente comentario:

“Hemos realizado algunos cursos capacitación junto a la DIRESA....hemos realizado 3 capacitaciones con certificación del MIMP. Pero el problema es que el personal es removido constantemente en especial cuando son psicólogos,

⁴⁴¹ Aprobada por Resolución de la Fiscalía de la Nación 2543-2011 del 26 de diciembre de 2011.

⁴⁴² Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital María Auxiliadora, Hospital Nacional Dos de Mayo en Lima, el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en Junín y el Centro de salud La Unión en Piura.

⁴⁴³ La necesidad de más capacitaciones para el personal de salud fue evidenciada también por la regidora de la Municipalidad de Puno Verónica Gálvez (Reunión del 23 de julio de 2015), la trabajadora social del Hospital de la amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa (entrevista de 9 de julio de 2015) y el Director del Hospital Goyeneche (entrevista del 19 de agosto de 2015).

⁴⁴⁴ Ex Directora Ejecutiva de Promoción de la Salud de la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional de Arequipa. Reunión de trabajo del 18 de agosto de 2015.

⁴⁴⁵ Resaltaron la existencia de capacitaciones sostenidas la Responsable del Dirección de Atención Integral de las Personas de la DIRESA de Piura (Entrevista 10 de julio de 2015) y el Jefe de la Micro Red Edificadores Misti (Entrevista 18 de agosto de 2015)

⁴⁴⁶ Lucy del Carpio, de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva y Haydee Iriarte de la Dirección de Salud Mental del MINSA. Reunión en Lima del 24 de setiembre de 2015.

porque se vencen los contratos. Y se pierde la posibilidad de que realicen trabajo preventivo, promoción y atención”⁴⁴⁷.

Se ha identificado una sola experiencia de capacitación coordinada entre una Dirección Regional de Salud (Arequipa), el Ministerio Público y el Instituto de Medicina Legal sobre la incorporación de enfoque médico pericial en el quehacer médico. Una experiencia aislada pero que refleja una buena práctica que debería ser replicada. Se trata de un Curso Taller denominado “*Violencia basada en género y responsabilidad médico legal de los servicios de salud*”⁴⁴⁸ llevado a cabo el 14 y 15 de setiembre de 2014. Según la representante de la DIRESA, este curso convocó al personal de las micro redes (no hospitales) de la región y tuvo el objetivo de sensibilizar al personal de salud sobre el tema, más no se ha hecho seguimiento para observar el impacto de la misma⁴⁴⁹.

Si bien se identifica esfuerzo para contar con personal calificado en la detección, atención y referencia de casos de violencia contra la mujer y en especial sobre violencia sexual, las consultas realizadas en el proceso de seguimiento a las recomendaciones defensoriales evidencian que éstas aún son insuficientes. Si bien la información remitida por los centros de salud y hospitales no son representativas de lo que pase a nivel nacional, sí dan cuenta que al menos en los establecimientos objetos de la supervisión, contar con profesionales debidamente capacitados es un pendiente y la percepción de ausencia de espacios de formación también.

Se debe recordar que el Comité CEDAW ha instado al Estado peruano a reforzar la capacidad de los profesionales de salud en la materia⁴⁵⁰. Asimismo el Comité DESC le recomendó adoptar medidas de sensibilización encaminadas a los trabajadores sanitarios⁴⁵¹ y el Comité contra la Tortura señaló que “el Ministerio de Salud debe impartir formación especializada al personal sanitario que atiende a las víctimas de la violencia”⁴⁵².

447 Psicóloga del Área de capacitación y Promoción de Centro de Emergencia Mujer de Miraflores. Reunión de trabajo del 18 de agosto de 2015

448 Oficio 2955-2015-MP-FN-IML/JN remitido por el Dr. Juan Víctor Quiroz Mejía, Jefe Nacional del Instituto de Medicina Legal a la Adjuntía para los Derechos de la Mujer de la Defensoría del Pueblo. 12 de agosto de 2015.

449 Representante de la Dirección de Promoción de la Salud. DIRESA. Reunión de Trabajo del 18 de agosto de 2015.

450 COMITÉ CEDAW. *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú*. CEDAW/C/PER/CO/7-8. 24 de julio de 2014, párr. 20.

451 COMITÉ DESC. *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto*. E/C.12/per/CO/2-4. 18 de mayo de 2012, párr. 14.

452 COMITÉ CONTRA LA TORTURA. *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Perú*, aprobadas por el Comité en su 49o período de sesiones. CAT/C/PER/CO/5-6. 21 de enero de 2013, párr. 14.

En este contexto, resulta conveniente compartir la percepción que tienen algunos funcionarios y funcionarias del sector salud, de diferentes niveles de decisión, sobre la priorización que tiene el tema de violencia contra las mujeres en el quehacer institucional. Así, representantes de las DIRESAS señalaron lo siguiente:

“El tema de violencia a nivel de gobierno regional, no se sabe. Actualmente en cuestión de políticas se ve el tema de nutrición, anemia, nada de salud mental, algo de seguridad ciudadana. ...como gobierno regional... debería haber un plan regional específico, para que esto esté visibilizado”⁴⁵³.

“En estos días tenemos una evaluación de actividades y con toda seguridad del 100% de las estrategias y de los funcionarios de las diferentes áreas, ninguno va a tocar el tema, y si lo voy a tocar es porque me he reunido con ustedes y voy a manifestar a los coordinadores un tema muy relacionado que es la salud sexual y reproductiva...”⁴⁵⁴

Por su parte, un Director de un hospital señaló lo siguiente:

Entrevistadora: “¿desde su punto de vista la violencia llega a tener prioridad a nivel nacional?”

Entrevistado: “No llega, eso hace que se le mire con el rabillo de ojo, ahh bueno le pegó a su mujer... esto parte del nivel nacional, estamos hablando de políticas nacionales que luego se vuelven política regional. Va a depender del marco en el cual nosotros nos movemos. ¿Qué pasa si dicen la violencia contra la mujer es una prioridad?, hay que detectar todos los casos, hay que reportarlos, y hay que ver, hay que analizar... y eso no existe.... [En los casos de posible mortalidad materna] nosotros tenemos que prestarnos, sábado por la noche, domingo por la madrugada, que se yo, no hay tal medicamento, el mismo viene, se le consigue, se manda la ambulancia porque es prioridad. En el caso de violencia si es una realidad pero no está priorizada por el ministerio... acá se atiende un montón, este es un hospital céntrico”⁴⁵⁵.

453 Responsable del DAIS (Dirección de Atención Integral de las Personas) de Piura. Entrevista de 10 de julio de 2015.

454 Subdirector de la Dirección Regional de Puno, 24 de julio del 2015

455 Director del Hospital Goyeneche. Entrevista del 19 de agosto de 2015

De otro lado, un Jefe del Departamento de Gineco obstetricia de un hospital sostuvo lo siguiente:

“No es que no haya casos, es que no lo estamos buscando. El problema es que la institución no se ha organizado para darle un énfasis en especial para ese aspecto en particular, con Haydee trabajamos hace treinta años y si hay la posibilidad lo organizamos, si hay la intención, se puede hacer”.⁴⁵⁶

Si bien desde el Estado se han desarrollado normas y acciones para garantizar el derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual, éstos resultan insuficientes frente a la dimensión del problema que significa. Un indicador de esta situación es que en la mayoría de los establecimientos de salud consultados, decidieron o no estaban en capacidad de reportar siquiera cuántos casos de violencia sexual conocen.

Finalmente, resulta importante señalar que en el Perú existe el reconocimiento expreso del derecho que tienen las mujeres víctimas de violencia de género a acceder a servicios de atención, tratamiento y rehabilitación de salud provistos por el Estado. Sin embargo, de acuerdo a lo relatado en el presente documento persisten desafíos normativos y administrativos que impiden que este derecho esté realmente garantizado. La existencia de protocolos que pueden confundir al personal de salud, aunado a su falta de capacitación o conocimiento de las normas, son elementos que confirman esta apreciación.

⁴⁵⁶ Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Entrevista del 23 de julio de 2015.

CONCLUSIONES

La violencia sexual como violación de derechos humanos y un problema de salud pública

1. En el Perú, de acuerdo al artículo 8° literal c) de la Ley N° 30364, *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia la mujer y los integrantes del grupo familiar*, violencia sexual son aquellas “acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción” incluyendo actos que no involucran penetración o contacto físico, la exposición a material pornográfico, así como actos que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación. Por tanto, la violencia sexual no se reduce a la violación sexual, tal como ya lo había señalado la Organización Mundial de la Salud y el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional.

La legislación peruana contempla como formas de violencia sexual un conjunto de actos entre los cuales se encuentran los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales (violación sexual, proposiciones sexuales a personas menores de edad, actos contra el pudor, etc.), el hostigamiento sexual, el acoso sexual en espacios públicos, entre otros.

2. La violencia sexual contra las mujeres constituye un problema de derechos humanos y está claramente vinculada a la discriminación por género que se sostiene en patrones socioculturales que justifican la dominación masculina sobre la base de una supuesta inferioridad biológica de las mujeres. La Convención de Belem do Pará, tratado con rango constitucional ratificado por el Estado peruano, reconoce que la violencia contra las mujeres limita total o parcialmente el reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales, además de constituir una ofensa a la dignidad humana.

La Corte IDH ha reconocido que la violación sexual constituye una forma paradigmática de violencia contra las mujeres, que causa sufrimiento severo así no haya evidencia de lesiones de enfermedades físicas; además supone una vulneración a la vida privada y una intromisión a la vida sexual. Dependiendo del contexto o las condiciones en las que ésta se da, la violación sexual puede configurar tortura, un crimen de lesa humanidad o un crimen de guerra, tal como lo han establecido la jurisprudencia supranacional y el Estatuto de Roma.

3. La violencia sexual es también un problema de salud personal y de salud pública. Tiene consecuencias en la salud reproductiva y la salud mental de las mujeres, puede acarrear cambios conductuales de riesgo e incluso resultados mortales. La violencia sexual y concretamente la violación sexual no solo acarrea daño en la salud física de las niñas, adolescentes o mujeres que son víctimas, sino que las expone al contagio del VIH e infecciones de transmisión sexual y muchas veces a embarazos no planeados; situaciones de depresión, estrés postraumático y ansiedad, al eventual abuso de alcohol o drogas, e incluso a conductas como el suicidio, además de la exposición a morir por un aborto clandestino. En algunos casos y dependiendo del contexto, la violencia sexual expone a las víctimas a la agresión y al rechazo de su familia e incluso su comunidad.

Por las consecuencias que tiene y por su dimensión, la violencia sexual conjuntamente con la violencia de pareja, constituyen un problema de salud pública. En el Perú no existe información sobre la prevalencia de todas las formas de violencia sexual que afecta a las mujeres. Sin embargo, la ENDES así como los informes de la sociedad civil y diversas instituciones dan cuenta de que su dimensión es mucho más alta de la reportada al Estado. Según la ENDES 2015, 20,301 mujeres entre 15 y 49 años de edad alguna vez unidas, habrían sido agredidas sexualmente por sus parejas o ex parejas en los últimos 12 meses, sea por obligarlas a tener relaciones sexuales o a realizar actos sexuales no aprobados. Si ese mismo cálculo se hiciera para las otras formas de violencia caracterizadas (violencia sexual a menores de 15 años o el acoso sexual callejero) encontraríamos que anualmente cientos de miles de mujeres son agredidas sexualmente en el Perú.

Marco normativo sobre el derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual

4. Las mujeres víctimas de violencia sexual tienen el derecho fundamental a la salud, el que de acuerdo a la Constitución, los tratados de derechos humanos suscritos por el Estado peruano y la interpretación que hacen de él los órganos supranacionales, comprende una exigencia por parte del Estado de recuperación y restablecimiento frente a la violencia perpetrada.

Al haber ratificado la Convención de Belem do Pará, el Estado se comprometió a adoptar, en forma progresiva, los servicios especializados para las víctimas de violencia, además de ofrecerles acceso a programas de rehabilitación. Estos servicios deben estar disponibles, ser accesibles,

aceptables y de calidad. En el caso de violencia sexual, la Corte IDH ha recordado que es obligación del Estado brindar a las víctimas atención médica, sanitaria y psicológica, tanto de emergencia como de forma continuada si así se requiere, mediante un protocolo de atención con el objetivo de reducir las consecuencias de la violación.

En este marco, la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar* establece con claridad las diferentes obligaciones que tiene el Estado peruano en materia de prevención, atención, protección y reparación a las víctimas. En ese marco señala que es política del Estado la creación de servicios de atención y prevención contra la violencia hacia las mujeres; y lo hace responsable de la recuperación de las víctimas, estableciendo funciones específicas para el sector Salud.

5. Existen cuatro planes intersectoriales aprobados por el Poder Ejecutivo que abordan la violencia sexual contra las mujeres. Cabe recordar que el *Plan Nacional Contra la Violencia hacia las Mujeres 2009-2015* ha perdido vigencia y aún no se aprueba la política que lo reemplazará. Este plan era el único que preveía acciones específicas para la prevención y atención de los casos de violencia sexual, incluyendo la capacitación de los operadores de salud, el abastecimiento de la AOE⁴⁵⁷ y la provisión de servicios de salud mental. Aún no se conoce la evaluación de la implementación de esta política, pero, la evaluación que hizo la Defensoría del Pueblo en el año 2013 daba cuenta que la mayoría de acciones se habían caracterizado por ser específicas y aisladas, careciendo del carácter programático que requiere toda acción que busca una efectiva disminución de las brechas de violencia de género⁴⁵⁸.

Por otro lado, el *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017* y el *Plan Multisectorial para la Prevención de Embarazo de Adolescentes 2013-2021* consideran como resultados la reducción de la violencia sexual, pero no han previsto medidas vinculadas a la atención de estos casos por el sector Salud. Además, el *Plan Nacional de Derechos Humanos 2014-2016* busca reducir los índices de la violencia basada en género sin involucrar al sector Salud; y el *Plan Nacional de Salud Mental* considera como prioritaria

⁴⁵⁷ MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015*. Objetivo Estratégico 2. Objetivos Específicos 2.1, p. 67.

⁴⁵⁸ Cfr. DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Informe de Adjuntía N° 003-2013-DP/ADM, “Balance sobre el cumplimiento del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015”. Lima, 2013, p. 210.

la atención de la violencia, pero no establece indicadores o acciones directamente relacionadas a la atención de casos de violencia sexual.

De los gobiernos regionales supervisados, Arequipa, Junín, Puno y Piura cuentan con Consejos Regionales de la Mujer (COREM); sin embargo solo Junín tiene un *Plan Regional contra la Violencia hacia las Mujeres* y, tanto Junín como Piura tienen un *Plan Regional de Igualdad de Género* vigente. La ausencia de normas descentralizadas en materia de igualdad de género y de violencia contra la mujer puede constituir un obstáculo para la implementación de los planes nacionales a nivel regional.

6. Respecto a las Guías y/o protocolos de atención, el MINSA cuenta con al menos cinco normas que regulan la atención de la salud física y mental de las víctimas de violencia, siendo las *Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil*, las *Guías Nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva*; y la *Guía técnica para la atención para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género* las que establecen la ruta de atención y las responsabilidades de los prestadores de salud frente a la violencia contra las mujeres.

Estas normas abordan problemáticas distintas y si bien no se superponen en su totalidad, exigen que el personal de salud realice un trabajo de síntesis para cumplir con su función. Asimismo se ha identificado que contienen disposiciones diferentes y en algunos casos contradictorias que pueden generar incertidumbre en el personal que las aplicará. Además, se trata de normas que no coinciden con las *Directrices propuestas por la OMS (2013)* para atender los casos de violencia de pareja y violencia sexual. Según la información remitida por el MINSA, se han adoptado medidas para revisar esta normativa y aprobar una nueva norma con un único modelo de atención integral que garantice la recuperación de la salud de la víctima, pero ese proceso no ha concluido.

Por otro lado, el MINSA tiene pendiente implementar protocolos de atención con enfoque de respeto a la orientación sexual además del enfoque de género e interculturalidad, tal como señala el *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017*.

Principales resultados de la supervisión

7. ***Disponibilidad de un ambiente especial.*** Según lo reportado, solo el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Lima) cuenta con un ambiente especial para la atención de casos de violencia contra las mujeres, el que se ubica en el servicio de ginecología y obstetricia, y está destinado a realizar el tamizaje con privacidad. En los otros 15 establecimientos, las víctimas de violencia son recibidas en los ambientes generales de los servicios que brinda el establecimiento de salud. Las víctimas de violencia de género suelen ser recibidas en los espacios regulares de atención; estando la privacidad auditiva y visual condicionada a las características del servicio específico en el que se encuentran, y que no siempre está presente. En ese sentido, la privacidad suele ser garantizada en los servicios de salud mental o ginecología y obstetricia, más no en los otros servicios, como el de emergencia o el brindado por las trabajadoras sociales.

8. ***Accesibilidad económica.*** La gratuidad en el acceso a los servicios es una condición necesaria para garantizar la accesibilidad del derecho a la salud a las mujeres víctimas de violencia. Antes de la publicación de la Ley N° 30364, *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, solo se reconocía la gratuidad de la emisión de certificados que acreditaban el estado de la salud de la víctima (de los establecimientos de salud y del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses); así como la atención en el servicio de emergencia. No se reconocía la gratuidad del servicio de atención ambulatoria, los exámenes de ayuda diagnóstica, hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico y psiquiátrico o cualquier otra actividad necesaria o requerida para el restablecimiento de salud, cuya gratuidad se ha establecido recién a través de la Ley N° 30364.

Por otro lado, también es con la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar* que se reconoce explícitamente que las mujeres víctimas de las diferentes formas de violencia deben ser afiliadas al SIS para la recuperación integral de su salud física y mental. Sin embargo, hasta el momento las normas del SIS no han adecuado su normativa interna para garantizar esta cobertura.

9. ***Identificación de casos de violencia sexual.*** El mecanismo de detección de casos incluye la aplicación de fichas de tamizaje así como la realización

de preguntas de sospecha o la alerta de indicadores de maltrato. Los establecimientos de salud consultados trabajan por la identificación de casos de violencia contra las mujeres; sin embargo, según las fichas y las entrevistas esta función estaría siendo cumplida solo por algunos de sus servicios (principalmente el servicio de Salud Mental) y en algunos casos estaría condicionada a la carga de trabajo, contradiciendo lo establecido en las *Normas y Procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y maltrato infantil*.

Las fichas de tamizaje vigentes están diseñadas para detectar casos de violencia familiar y en ese sentido de la violencia sexual que se da en este ámbito, no para detectar otras formas de violencia sexual, de acuerdo a la percepción de algunos prestadores de salud. Lo mencionado podría repercutir negativamente en la detección de casos de violencia, de hecho se ha encontrado que el porcentaje detectado a nivel nacional es inferior a la proporción de víctimas de violencia contra las mujeres que reportaría la ENDES 2014 y 2015.

Sobre la identificación o detección de casos de violencia sexual, se encontró que nueve de los dieciséis establecimientos supervisados⁴⁵⁹ no informaron, no estaban en la capacidad de informar o dieron información poco clara sobre el número de casos de violencia sexual que recibieron en el año 2014; lo que evidencia dificultades en la sistematización y reporte sobre estas atenciones. Además, en la mayoría de los establecimientos que sí informaron (tres hospitales⁴⁶⁰ y dos centros de salud⁴⁶¹) el número de casos atendidos durante el año 2014 era reducido (igual o menos de 12); mientras que en los otros dos la cifra era mayor.

De los seis hospitales que brindaron información, cuatro reportaron embarazos adolescentes de menores de 14 años⁴⁶² y solo dos pudieron dar cuenta de los embarazos adolescentes que provenían de una violación⁴⁶³.

⁴⁵⁹ Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa, Hospital Domingo Olavegoya, Hospital III Goyeneche, Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Hospital María Auxiliadora, Hospital Regional Honorio Delgado, Centro de Salud Santa Adriana, Centro de Salud Chilca y Centro de Salud la Unión.

⁴⁶⁰ Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Hospital Nacional Docente Materno Infantil El Carmen.

⁴⁶¹ Centro de Salud Materno Infantil Catacaos y Establecimiento Edificadores Misti.

⁴⁶² Hospital María Auxiliadora, el Hospital Nacional Docente San Bartolomé, el Hospital San Juan de Lurigancho en Lima, así como el Hospital III Goyeneche en Arequipa.

⁴⁶³ Hospital Nacional Docente San Bartolomé (4 casos en el año 2014) y Hospital San Juan de Lurigancho (5 casos de embarazo adolescente de menor entre 12 y 14 años en los años 2013 y 2014), ambos en Lima.

La falta de conocimiento de la dimensión de este tipo de casos constituye un obstáculo para implementar una adecuada respuesta y más bien refuerza la idea de algunos prestadores de salud de que este tipo de casos no existen.

10. Conocimiento sobre la normativa referida a la atención de casos de violencia sexual. Las *Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva* y la *Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género*, establecen el procedimiento que debe seguirse en la atención de casos de violencia sexual.

Según la información remitida, se identificó que en cinco establecimientos de salud⁴⁶⁴ ningún miembro del personal contaba con alguna de estas normas; en tres establecimientos contaban solo con una⁴⁶⁵ y en siete establecimientos, con ejemplares de las dos normas⁴⁶⁶.

Es preciso mencionar que dos hospitales (Hospital María Auxiliadora y el Hospital Nacional Docente San Bartolomé) han aprobado guías de atención específicas para la atención de los casos de violencia contra las mujeres que llegan a sus establecimientos.

11. Atención frente a hechos recientes de violencia sexual. Las *Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva* y la *Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género*, detallan la forma en que una víctima de violencia sexual debe ser atendida en los servicios de salud con especial énfasis en aquellos supuestos de violencia reciente (dentro de las 72 horas). En ese marco prevé la obligación de brindar apoyo emocional además de la realización de exámenes médicos y de laboratorio, provisión de información sobre el riesgo del embarazo y la posibilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual.

⁴⁶⁴ Centro de Salud Materno Infantil Catacaos, Centro de Salud Santa Adriana, Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca y Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

⁴⁶⁵ Centro de Salud la unión, Centro de Salud Chilca, Hospital Domingo Olavegoya.

⁴⁶⁶ Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa; Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa; Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima; Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima.

En la mayoría de establecimientos de salud consultados (10 de 16) se realizan las pruebas de laboratorio requeridas en la normativa vigente (exámenes para detectar pruebas de transmisión sexual, VIH, hepatitis B y el embarazo); sin embargo, en cuatro no lo hacen⁴⁶⁷ y en dos no contestaron la pregunta⁴⁶⁸. Llama la atención que en tres hospitales se haya informado que no se realizan las pruebas de laboratorio⁴⁶⁹, situación que coloca en una posición de mayor vulnerabilidad a las víctimas de violencia sexual que acuden a ellos. Asimismo es sintomático que ningún establecimiento de salud haya estado en capacidad de informar cuántas víctimas de violencia sexual habían sido beneficiadas por este servicio.

Por otro lado, se identificó que 6 de los 16 establecimientos consultados⁴⁷⁰ no entregaban o no informaron sobre la entrega de medicamentos para las víctimas de violencia sexual (medicamentos para evitar infecciones sexuales, profilaxis VIH/SIDA, medicamentos para evitar la Hepatitis B y la AOE), situación que implica el incumplimiento de la normativa vigente y la exposición de las víctimas a situaciones que agravan su salud.

Dentro de los establecimientos que sí proveen medicamentos, cuatro hospitales proveen todos los medicamentos consultados⁴⁷¹, tres hospitales proveen solo tres medicamentos⁴⁷², mientras que tres centros de salud proveen uno o dos medicamentos⁴⁷³. De este grupo, todos han indicado que proveen la AOE. Sin embargo, según el MINSA durante el año 2014 solo se habrían provisto 60 dosis a nivel nacional. La provisión de menos de 100 AOE al año, más allá de lo informado por los establecimientos de salud supervisados, evidencia que las víctimas de violencia sexual estarían siendo expuestas a embarazos no deseados.

⁴⁶⁷ Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa, Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa- Piura; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima.

⁴⁶⁸ Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen y el Hospital Domingo Olavegoya, ambos de Junín.

⁴⁶⁹ Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa, Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

⁴⁷⁰ Centro de salud Chilca –Junín, Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno, Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa- Piura, Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa, Hospital Domingo Olavegoya – Junín y el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen – Junín.

⁴⁷¹ Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima y Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno.

⁴⁷² Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa; Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima.

⁴⁷³ Centro de Salud La Unión- Piura, el Centro de salud Santa Adriana – Puno y Centro de Salud Materno Infantil Catacaos – Piura.

12. Los tratamientos psicológicos. La normativa vigente establece que las víctimas de violencia sexual deben recibir apoyo o tratamiento emocional, sin embargo no determinan el enfoque ni la forma específica de abordar estos casos, dejando esta tarea a criterio del operador/a de salud que realiza la atención. De acuerdo a las entrevistas realizadas, las intervenciones psicológicas son realizadas desde diferentes enfoques; y si bien el enfoque cognitivo conductual es conocido, más de un operador/a de salud hizo referencia a la combinación de enfoques, situación que no necesariamente garantiza una adecuada recuperación de la víctima.

Por otro lado, se identificó que en siete hospitales⁴⁷⁴, un número importante de los casos atendidos en los servicios de salud mental correspondían a las derivaciones realizadas por los órganos relacionados al sistema de justicia (Policía Nacional del Perú, Ministerio Público o Poder Judicial). Esta atención se realiza sin que el MINSA haya generado lineamientos claros que orienten la actuación del personal de salud mental, situación que implica un desafío en la medida que constituye una carga de trabajo importante. Cabe recordar que la *Ley de protección frente a la violencia familiar* (derogada) y la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, prevén este tipo de atención.

13. Enfoque médico pericial. La atención de las víctimas de violencia sexual en los servicios de salud debe responder a una doble finalidad: la recuperación de la salud física y mental de la víctima y la obtención de las pruebas que coadyuvan a acreditar la ocurrencia de los hechos. En ese marco, las guías o protocolos de atención aprobados por el MINSA establecen que los proveedores de salud deben recoger las muestras o evidencias en la atención de casos, así como emitir certificados médicos sobre el estado de las víctimas.

De la información recibida, solo el Hospital Regional Honorio Delgado (Arequipa) cumplía con recoger muestras y evidencias que acrediten la violación sexual. Las entrevistas realizadas dieron cuenta de que el personal de salud prioriza la atención médica de emergencia frente al recojo de muestras, lo que según ellos debería ser realizado por el IML. Esta situación es justificada por la falta de capacitación de los operadores/

⁴⁷⁴ Hospital de la Amistad Perú – CoreaII-2 Santa Rosa (Piura), Hospital María Auxiliadora (Lima), Hospital Honorio Delgado (Arequipa), Hospital Carlos Monge Medrano (Puno), Hospital Goyeneche (Arequipa), Instituto Materno Perinatal (Lima) y Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Lima).

as de salud así como la deficiencia de equipamiento e infraestructura. Otra razón es la existencia de normativa contradictoria del MINSA y el Ministerio Público sobre la entidad competente para el recojo de muestras y evidencias. Además, el personal de salud muestra resistencias para involucrarse en algún proceso del sistema de justicia, por considerarlo demandante y lento.

Frente a ello, la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar* ha reafirmado la incorporación del enfoque médico pericial en el quehacer de los prestadores de salud en los establecimientos de salud públicos y privados; incluyendo la obtención, conservación y documentación de pruebas así como la emisión de certificados de calificación del daño físico y psíquico de la víctima, acorde a los parámetros médico legales del IML. Asimismo, ha establecido que, en el marco de los procesos judiciales que se pudieran generar, no es necesaria la audiencia especial de ratificación pericial, por lo que no se requiere la presencia de los/las profesionales para ratificar los certificados y evaluaciones que hayan emitido para otorgarles valor probatorio.

De acuerdo a lo reportado por el IML, no se ha realizado ninguna actividad para que los prestadores de salud incorporen el enfoque médico pericial en su atención, salvo capacitaciones en tres divisiones médico legales ubicadas en la región Arequipa.

14. Sobre el registro único inter servicios. Hasta el momento no se ha podido construir una base de datos única sobre violencia de género que contenga información de los diversos servicios públicos involucrados en la atención de las víctimas de violencia, tal como lo preveía el *Plan Nacional de la Violencia Contra la Mujer 2009-2015*. No obstante, el MIMP a través del proyecto *Combate contra la Violencia hacia la mujer: Fortaleciendo el procesamiento de las denuncias por violencia familiar desde un enfoque intersectorial* cuenta con un diagnóstico sobre los desafíos técnicos que las diferentes instituciones involucradas (PNP, Ministerio Público, Poder Judicial y el Sector Salud) deberían resolver para la implementación del registro.

Frente a esta situación, la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*, prevé la creación del Registro Único de Víctimas y Agresores, con el objeto de crear un sistema intersectorial del registro de casos de violencia. Sin embargo, ha omitido considerar al MINSA dentro de las instituciones involucradas en su

construcción, lo que constituye un obstáculo para tener una comprensión integral de la violencia contra las mujeres.

15. Registro de atenciones a mujeres víctimas de violencia dentro del sector Salud. En los casos de violencia contra las mujeres, los/las operadores de salud tienen la obligación de llenar hasta cuatro fichas o registros, además de la historia clínica: la ficha de tamizaje y la ficha de epidemiología (específicamente creados para los casos de violencia contra la mujer), el registro HIS y el Formato Único de Atención (FUA).

La supervisión da cuenta que las fichas y registros correspondientes de los establecimientos de salud para casos de violencia no se vienen aplicando en la totalidad de casos de violencia contra las mujeres o se aplican inadecuadamente, invisibilizando casos de violencia sexual, así como las atenciones que pudieran brindarse. La ficha epidemiológica no se aplica a nivel nacional y sus reportes aparentan incongruencias, la ficha de tamizaje no se aplica en todos los establecimientos de salud ni en todos los servicios, y en el llenado de las fichas HIS y FUA no siempre se registran los códigos del CIE 10 asignados a supuestos de violencia sexual.

La diversidad de fichas aplicadas se condice con las dificultades que tendrían los establecimientos de salud para brindar información sobre los casos que atienden. De los 16 establecimientos que remitieron información, cinco no brindaron datos sobre el número de casos de violencia contra las mujeres que recibieron⁴⁷⁵; y el resto dio información parcial. Es decir, los 11 establecimientos de salud que sí dieron información, no diferenciaron los casos detectados, atendidos y referenciados así como tampoco alcanzaron data de los casos atendidos en los tres servicios vinculados a salud mental, ginecología y obstetricia y planificación familiar.

16. Referencia de casos de violencia sexual. La mayoría de los establecimientos de salud supervisados (11 de 16)⁴⁷⁶ realizaban *referencias intra institucionales* a través de interconsultas, el llenado de fichas de referencia o la realización de llamadas telefónicas internas. Sin embargo, solo cuatro hospitales

⁴⁷⁵ Centro de Salud Santa Adriana – Puno; Centro de Salud La Unión- Piura; Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa, Hospital III Goyeneche – Arequipa; Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa.

⁴⁷⁶ Sólo no realizaban las referencias intra institucionales el Centro de Salud Santa Adriana -Puno, Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Establecimiento Edificadores Misti – Arequipa; Centro de Salud Chilca –Junín, Hospital Núñez Butrón- Puno.

contaban con un flujograma de atención a las víctimas de violencia⁴⁷⁷. Además, a través de las entrevistas se identificó que para los operadores/as de salud es importante la derivación de los casos al servicio de salud mental, independientemente del servicio en el que fue detectado (ginecología y obstetricia, o servicio social).

Respecto a las *referencias extra institucionales*, 14 de los 16 establecimientos de salud supervisados realizaban referencias a otras instituciones⁴⁷⁸, y de ellos solo siete contaban con un directorio de instituciones especializadas a las cuales derivar el caso⁴⁷⁹. Esta situación puede dificultar una adecuada referencia extra institucional. Adicionalmente, se identificó que las comisarías (11 establecimientos) y los CEM (9 establecimientos) son los servicios a los que refieren la mayoría de establecimientos de salud.

17. Denuncia de casos de violencia sexual. En el Perú, la obligación del personal de salud de denunciar los casos de violencia contra las mujeres que conozcan en el desempeño de su actividad incluyendo la violencia sexual, está reconocida en la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar* (artículo 15°).

Respecto a la violencia perpetrada contra menores de edad, se encontró a través de las entrevistas realizadas a operadores/as de salud, que es conocida la obligación de denunciar los casos de violencia. Sin embargo, a través de las entrevistas, se recibió el relato de casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes en los que la denuncia no se realizó por desconocimiento del marco legal, o en los que habiéndose ésta realizado no prosperó frente a la unión entre la víctima y su agresor, promovida por sus familiares. Se pudo encontrar que la ineficacia del sistema de justicia genera frustración en los operadores/as de salud que se comprometen con los casos.

⁴⁷⁷ Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa, el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé y el Hospital Nacional Dos de Mayo.

⁴⁷⁸ No realización referencia extra institucional el Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa-Piura y el Centro de Salud Santa Adriana (Puno).

⁴⁷⁹ Hospital Domingo Olavegoya – Junín (directorio sin actualizar); Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – Lima; Hospital María Auxiliadora – Lima; Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima; Centro de Salud Materno Infantil Catacaos – Piura; Centro de Salud Chilca –Junín; Centro de Salud La Unión- Piura.

18. Competencias técnicas y capacitación de operadores y operadoras de salud. La atención adecuada a víctimas de violencia sexual requiere de personal capacitado, por lo que son precisas las acciones de formación promovidas desde el MINSA, las Diresas y los establecimientos de salud.

La mitad de los establecimientos de salud (tres centros de salud⁴⁸⁰ y cinco hospitales⁴⁸¹) no recibieron capacitación en materia de atención de violencia contra las mujeres; y en menor medida aspectos específicos de la atención de este tipo de casos. Respecto a las temáticas “atención específica en violencia sexual” y “protocolos de atención” solo reporta haber recibido capacitación el personal del Establecimiento Edificadores Misti (Arequipa) y dos hospitales⁴⁸². Es preciso indicar que ningún establecimiento de salud ha señalado que ha recibido capacitación sobre la “Guía de valoración del daño psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional”.

⁴⁸⁰ Centro de Salud Santa Adriana – Puno; Centro de Salud Chilca – Junín; Centro de Salud Materno Infantil Catacaos – Piura.

⁴⁸¹ Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca – Puno; Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa- Piura; Hospital Domingo Olavegoya – Junín; Hospital Regional Honorio Delgado – Arequipa, Hospital Docente Materno Infantil El Carmen.

⁴⁸² Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima y Hospital María Auxiliadora – Lima.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud (MINSA)

1. ADOPTAR las medidas institucionales correspondientes a fin de cumplir con la implementación de la Ley N° 30364, "*Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*", en relación a su función de garantizar la atención gratuita y de calidad para las mujeres víctimas de violencia, incluyendo su afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) para la recuperación integral de su salud física y mental; así como el resguardo y la conservación adecuada de los elementos probatorios de los hechos de violencia.
2. REITERAR la revisión de los protocolos sanitarios aprobados y diseñar un único modelo de atención integral, en el marco de las directrices propuestas por la OMS para la atención de casos de violencia en relación de pareja y violencia sexual, así como la incorporación del enfoque médico pericial conforme a la Ley N° 30364, asegurando los recursos humanos, técnicos y de infraestructura para el recojo de muestras y evidencias en los casos de violencia sexual; en especial en aquellos lugares donde no existan sedes del Instituto de Medicina Legal (IML) o estas brinden servicios limitados. En este proceso, se debería incorporar el enfoque de género, interculturalidad y respeto a la orientación sexual previsto en el *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017*.
3. REITERAR la aprobación de un nuevo plan sectorial de salud mental especificando las acciones que se debe adoptar para la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual en los establecimientos de salud; así como aprobar lineamientos sobre la atención en salud mental de las mujeres víctimas de violencia, en los que se detalle el enfoque clínico a aplicar y las características mínimas que todo tratamiento psicológico debe tener.
4. GARANTIZAR que el ambiente destinado para atender a las mujeres víctimas de violencia, en especial a las víctimas de violencia sexual, cuenten con privacidad auditiva como visual, haciendo un especial énfasis en los servicios de salud mental y de trabajo social.
5. ASEGURAR el cumplimiento de los protocolos sanitarios que regulan la atención de las mujeres víctimas de violación sexual en los servicios de salud, especialmente en la realización de las pruebas de laboratorio, los

exámenes clínicos, la toma de muestras y la prescripción de medicamentos que permitan preservar la salud física y mental de la víctima.

6. EVALUAR los cuatro registros existentes (Ficha de Tamizaje, Ficha Epidemiológica, Sistema de Información en Salud – HIS y el Formato Único de Atención-FUA) para que reconociendo sus diferentes objetivos, se pueda optimizar los recursos materiales, tecnológicos y humanos necesarios para su debida implementación. Esta revisión debería incorporar medidas para garantizar una adecuada identificación y caracterización de los casos de violencia contra las mujeres, incluyendo las diversas formas de violencia sexual, así como el tipo de atención que reciben. En el caso de la Ficha Epidemiológica se debería incluir el registro de casos de violencia sexual. De igual modo, en la Ficha HIS y el Formato Único de Atención-FUA se deberían visibilizar las atenciones realizadas a víctimas de violencia sexual.
7. ADOPTAR las medidas necesarias, en el marco del *Plan Nacional de Derechos Humanos 2014-2016* así como la jurisprudencia supranacional vinculante al Estado peruano, para asegurar la provisión de la AOE en su presentación dedicada, así como en el método Yuzpe.
8. APROBAR lineamientos para la atención de los casos de violencia contra las mujeres derivados del sistema de justicia (Policía Nacional del Perú, Ministerio Público o Poder Judicial), los que deberían contener mecanismos de evaluación y registro de usuarias.
9. PROMOVER la oportuna referencia de las mujeres víctimas de violencia a otros servicios del establecimiento de salud, así como a otras instituciones, con el objeto de asegurar una atención especializada y multidisciplinaria.
10. REITERAR la necesidad de fortalecer las labores de asistencia técnica a las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS) y a los establecimientos de salud a fin de mejorar la competencia del personal en materia de identificación, atención y referencia de las víctimas de violencia en los servicios de salud, en especial, las víctimas de violencia sexual.

A los Gobiernos Regionales

11. ADOPTAR las medidas, en el marco de la actuación de las DIRESAS, que permitan a los establecimientos de salud tener los recursos humanos,

técnicos y de infraestructura para el recojo de muestras y evidencias en los casos de violencia sexual atendidos; en especial en aquellos lugares donde no existan sedes del IML o estas brinden servicios limitados.

12. ADOPTAR las medidas necesarias, en el marco de las DIRESAS, para que la Ficha Epidemiológica sea aplicada a nivel nacional e incluya los casos de violencia sexual. Asimismo, instarlas a implementar acciones de formación y capacitación al personal de salud para que en el registro de la ficha HIS y Formato Único de Atención-FUA se visibilicen las atenciones realizadas a las víctimas de violencia sexual.

Al Ministerio Público

13. REITERAR el aseguramiento, a través del Instituto de Medicina Legal (IML) - como ente rector de Medicina Legal y Ciencias Forenses - y en coordinación con el MINSA, la incorporación del enfoque pericial de la atención de las mujeres víctimas de violencia en los establecimientos de salud, así como adoptar medidas para fortalecer las competencias técnicas del personal de salud.
14. INCORPORAR en los protocolos de atención del Instituto de Medicina Legal (IML), la obligación de referir a las víctimas de violencia sexual a los establecimientos de salud para cautelar su integridad física y mental.
15. REITERAR la necesidad de implementar “*Guía de valoración del daño psíquico en víctimas adultas de violencia familiar, sexual, tortura y otras formas de violencia intencional*”, aprobada mediante Resolución Fiscal N° 2543-2011-MP-FN; con el objetivo de contar con un instrumento especializado para determinar la existencia y la magnitud del daño psíquico en las mujeres víctimas de violencia, en especial, la violencia de tipo sexual.

Al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)

16. ADOPTAR, en su calidad de ente rector en materia de prevención, atención y erradicación de la violencia contra las mujeres, las medidas pertinentes para evaluar la implementación del *Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015*; así como la aprobación de un nuevo plan cuya vigencia debería iniciarse en el año 2016.

17. ADOPTAR las medidas pertinentes a fin de contar con lineamientos para la elaboración de los informes psicológicos de los CEM, que sean acordes con los parámetros médico legales del IML, conforme a lo dispuesto por la Ley N° 30364, *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar*.

Al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

18. ASIGNAR el presupuesto necesario al Ministerio de Salud a fin de cumplir con las obligaciones establecidas a esta entidad en la Ley N° 30364, *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar*.

Al Congreso de la República

19. MODIFICAR el artículo 42º de la Ley N° 30364, *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar* e incorporar al Ministerio de Salud en el sistema intersectorial de registro de casos de violencia.

BIBLIOGRAFÍA

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. *El impacto socio-económico de la violencia doméstica contra la mujer en Chile y Nicaragua*. Unidad de la Mujer en el Desarrollo, 1997.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. *Caso Ana, Beatriz y Celia Gonzáles Pérez vs. México*. Caso 11.565. Informe 53/01. 4 de abril de 2001.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. *Informe sobre seguridad ciudadana y derechos humanos*. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2009.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 63. 9 de diciembre de 2011.

COMITÉ DE LA CEDAW. *Recomendación General No 19: la violencia contra la mujer*. A/47/38, 2002.

COMITÉ CEDAW. *Recomendación General Nro. 24. La Mujer y la salud*. 2 de febrero de 1999.

COMITÉ CEDAW. *Recomendación General Nro. 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. CEDAW/C/GC/28. 16 de diciembre de 2010.

COMITÉ CEDAW. *Recomendación General Nro. 30 sobre las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflicto*. CEDAW/C/GC/30. 1ro. de noviembre de 2013.

COMITÉ CONTRA LA TORTURA. *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Perú*, aprobadas por el Comité en su 49o período de sesiones. CAT/C/PER/CO/5-6. 21 de enero de 2013.

COMITÉ CEDAW. *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú*. CEDAW/C/PER/CO/7-8. 24 de julio de 2014.

COMITÉ CEDAW. *Observaciones finales sobre los informes periódicos 18º a 21º del Perú*. CERD/C/PER/CO/18-21. 25 de septiembre de 2014.

COMITÉ CONTRA LA DISCRIMINACIÓN RACIAL. *Observaciones finales sobre los informes periódicos 18º a 21º del Perú*. CERD/C/PER/CO/18-21.

COMITÉ DE DERECHOS DEL NIÑO. *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Perú*. CRC/C/PER/CO/4-5. 29 de enero de 2016.

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES DE LAS NACIONES UNIDAS. *Observación General Nº 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 22º período de sesiones, 25 de abril al 12 de mayo del 2000.

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto*. E/C.12/per/CO/2-4. 18 de mayo de 2012.

COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS. *Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Perú*. CCPR/C/PER/CO/5. 29 de abril de 2013.

COMITÉ DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. *Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CRPD/C/PER/CO/1. 16 de mayo de 2012.

COMITÉ ESTADÍSTICO INTERINSTITUCIONAL DE LA CRIMINALIDAD. *Plan de Trabajo 2013-2014* (Doc. CEIC 1- 2013). En: <http://www.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2013/12/PLAN-DE-TRABAJO-CEIC-05-12-2013ok.pdf>.

CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal*. Perú. A/HRC/22/15. 27 de diciembre de 2012.

CONTRERAS PULACHE, Hans. et. ál. *Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes en Lima*. Lima, julio de 2013. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300002&script=sci_arttext.

CONTRERAS, J. M.; BOTT, S.; GUEDES, A.; DARTNALL, E. *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios*. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual, 2010.

CONVENIO SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD – FONDO DE NACIONES UNIDAS, UNFPA. Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud. Bogotá, D.C. 2008.

CORTE IDH. *Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú*. Sentencia de 25 de noviembre de 2006.

CORTE IDH. *Caso González y Otras Vs. México*. Sentencia de 16 de noviembre de 2009.

CORTE IDH. *Caso Fernández Ortega y Otros Vs. México*. Sentencia de 30 de agosto de 2010.

CORTE IDH. *Sentencia sobre Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Artavia Murillo vs. Costa Rica*. 28 de noviembre de 2012.

CORTE IDH. *Caso Rosendo Cantú vs. México*. Sentencia de Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. 31 de agosto de 2010. Punto Resolutivo Nro. 16. Y *Caso Fernández Ortega vs. México*. Punto Resolutivo Nro. 18

CORTE IDH. *Caso Espinoza Gonzáles Vs. Perú*. Sentencia de 20 de noviembre de 2014.

CORTE PENAL INTERNACIONAL. *Elementos de los Crímenes*. U.N. Doc. PCNICC/2000/1/Add.2. 2000.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La anticoncepción oral de emergencia. Informe N° 78*. Defensoría del Pueblo: Lima, 2003.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Informe Defensorial 95. La protección penal frente a la violencia familiar*. Defensoría del Pueblo, Lima, 2005.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Violencia sexual en el Perú: Un análisis de casos judiciales*. Informe de Adjuntía 004-2011-DP/ADM. Defensoría del Pueblo, Lima, 2011.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia; Supervisión a establecimientos de salud de Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*. Informe de Adjuntía 003-2012-DP/ADM. Lima, Defensoría del Pueblo, 2012.

DEFENSORIA DEL PUEBLO. *Balance sobre el cumplimiento del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015*. Informe de Adjuntía 003-2013-DP/ADM. Lima, Defensoría del Pueblo, 2013.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Violencia contra las mujeres en relación de pareja en el Callao. Supervisión a la Policía Nacional del Perú y al Ministerio Público*. Informe de Adjuntía N° 003-2015-DP/ADM. Lima, Defensoría del Pueblo; Lima, 2015.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Informe Defensorial N° 173. Femicidio íntimo en el Perú: análisis de expedientes judiciales (2012-2015)*. Defensoría del Pueblo, Lima, 2015.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA. *Plan regional de Igualdad de Oportunidades 2009-2014*. Ordenanza Regional 100-Arequipa. Publicado el 6 de enero de 2010.

GOBIERNO REGIONAL DE PIURA. *Plan regional de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y varones 2010-2012*. Ordenanza Regional 180-2010/GRP-CR. Publicado el 5 de marzo de 2010.

GRUPO DE TRABAJO NACIONAL. *Plan de Acción 2014. Informe de Logros*. Documento no publicado.

GUEZMES, ANA Y OTROS. *Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en el Perú. Estudio Multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres*. Lima: Organización Mundial de la Salud, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002.

INSTITUTO DE OPINIÓN PÚBLICA PUCP. *Acoso Sexual Callejero*. Año VIII. Marzo de 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015*. INEI. Lima. 2016.

INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO. *Informe Estadístico Penitenciario-Diciembre 2015*. Lima. 2015.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. Infografía. *Situación del embarazo en adolescentes menores de 15 años*. MIMP/UNFPA, 2015. p. s/n.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. *IX Informe sobre la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. Periodo Anual 2015*. Versión preliminar. Lima, marzo de 2016.

MINISTERIO DE SALUD. Hoja de Datos 3. *Violencia contra las Mujeres Adolescentes*. UNFPA, Lima, 2012.

MINISTERIO DE SALUD. *Protocolo de la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar*. PERU/MINSA/OGE-01/016 y Herramientas Metodológicas en Epidemiología y Salud Pública. Lima, Ministerio de Salud, 2001.

MINISTERIO DE SALUD. *Registro y Codificación de la atención en consulta externa*. Sistema de Información HIS. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Atención Planificación Familiar. 2013.

MINISTERIO DE SALUD: *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)*. Lima, MINSA, 2009. En: <http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/archivo/PEAS.pdf>.

NACIONES UNIDAS. *Intensificación de la promoción y el fomento de los derechos humanos y las libertades fundamentales, en particular la cuestión del programa y los métodos de trabajo de la Comisión*. Informe de la Relatora Especial, Sra. Radhika Coomaraswamy, sobre la violencia contra las mujeres, con inclusión de sus causas y consecuencias. Comisión de Derechos Humanos, 53° período de sesiones, E/CN.4/1997/47, 12 de febrero de 1997.

OBSERVATORIO CIUDADANO LIMA CÓMO VAMOS. *VI Informe de Percepción sobre calidad de vida*. 2015.

OBSERVATORIO DE LA CRIMINALIDAD. *Información Estadística contra la violencia hacia la mujer. Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Lima, Ministerio Público, 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Nota descriptiva 348*. Mayo 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Resumen. Washington, OMS, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Nota descriptiva N°. 239. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. WHO clinical and policy Italia, OMS, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Respuesta de la salud a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres*. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington, OMS, 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violencia contra la Mujer*. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violencia de pareja y violencia sexual contra la Mujer*. Nota Descriptiva Nro. 239. Enero de 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, UNIFEM, UNFPA y Otros. Simposio 2001: *Violencia de género, salud y derechos en las Américas*. Informe Final. 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Violencia sexual. Washington, DC, OPS, 2013.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Servicios de Salud con Enfoque de Género en el Marco de la Atención Primaria de Salud*. 2004.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Washington D.C, 2013.

POLICIA NACIONAL DEL PERÚ. *Anuario Estadístico 2013*. Lima: PNP, 2014.

REIXES SAN JUAN, Teresa y REMOTTI CARBONELL, José Carlos. “*La configuración constitucional de la seguridad ciudadana*”. En: *Revista de Estudios Políticos*. N° 87. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1995.

SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN Y WOMEN’S LINK WORLDWIDE. *El principio de igualdad de género en la Jurisprudencia Comparada. Muestra analítica de criterios internacionales y nacionales*. México DF, Suprema Corte de Justicia, 2014.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. 217-02-HC/TC de 17 de abril de 2002.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. 1429-2002-HC/TC de 19 de noviembre de 2002.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. 2945-2003-AA/TC de 20 de abril de 2004.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. N° 0025-2005-PI/TC y 0026-2005-PI/TC de 25 de abril de 2006.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. 5842-2006-PHC/TC de 7 de noviembre de 2008.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. 02005-2009-PA/TC de 16 de octubre de 2009.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia recaída en el Exp. 0012-2010-PI/TC del 11 de noviembre de 2011.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Exp. 0033-2010-PI/TC de 10 de abril de 2012.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia recaída en el Exp. 00008-2012-PI/TC de 12 de diciembre de 2012.

VARA HORNA, Arístides Alfredo. *Los costos empresariales de la violencia contra*

las mujeres en el Perú. Una estimación del impacto de la violencia contra la mujer en relaciones de pareja en la productividad laboral de las empresas peruanas. USMP: Lima, 2013.

ANEXOS

ANEXO I

Cuadro Comparativo entre las Directrices de la OMS para la práctica clínica y política y las normas técnicas aprobadas por el MINSA para la atención de mujeres víctimas de violencia

Respuesta a la Violencia de Pareja y a la Violencia Sexual contra Las Mujeres. Directrices de la OMS para la Práctica Clínica y las Políticas (2014)	Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (R.M. 668-2004/MINSA)	Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género (R.M. 141-2007/MINSA)	Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil (RM 455-2001-SA/BM)
1. ATENCIÓN DE PRIMERA LÍNEA CENTRADA EN LAS MUJERES			
Recomendación 1	Sí	Sí	Sí
Se debe ofrecer apoyo inmediato a las mujeres que revelen haber sufrido agresión sexual por parte de algún perpetrador o bien alguna otra forma de violencia por parte de un compañero íntimo u otro miembro de la familia. Como mínimo, los proveedores de servicios de salud deben ofrecer apoyo de primera línea cuando las mujeres revelen actos de violencia.			
2. IDENTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE LAS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA DE PAREJA		Sí	Sí
1.1. Identificación de las mujeres que sufren violencia de pareja. Requiere (Protocolo o procedimiento normalizado de trabajo, capacitación, privacidad, confidencialidad, sistema de derivación).	Sí	Sí	Sí
Recomendación 2	Sí	No	No
No se debe aplicar el método de detección universal o de indagación sistemática (consistente en formular preguntas a las mujeres en todos los encuentros de atención de salud).		(Se aplica a todas las personas que ingresan por emergencia o cualquier servicio)	(Se aplica a todas las personas que acuden al establecimiento)

<p>Recomendación 3</p> <p>Los proveedores de servicios de salud deben preguntar acerca de la posibilidad de exposición a la violencia de pareja al evaluar en la mujer afecciones que pudieran haber sido causadas por violencia de pareja o que pudieran haberse complicado por esta razón (síntomas de depresión, ansiedad, propensión al suicidio, consumo de alcohol, dolores crónicos, resultados reproductivos adversos, síntomas reproductivos idiopáticos, hemorragias vaginales, lesiones traumáticas, problemas del sistema nervioso central, consultas reiteradas de salud sin diagnóstico claro, intrusión de compañero en las consultas).</p>	<p>Sí</p> <p>Se indaga sobre las afecciones que podrían haber sido causadas por la violencia.</p>	<p>Sí</p> <p>Se indaga sobre signos y síntomas de la violencia basada en género. Debe adecuarse a los requerimientos de las Directrices.</p>	<p>Sí</p> <p>Se establecen indicadores de maltrato o violencia física, sexual, maltrato por negligencia. Indiferente niños/as o adultos. Debe adecuarse a los requerimientos de las Directrices.</p>
<p>Recomendación 4</p> <p>En los entornos de atención de salud debe haber información impresa sobre la violencia de pareja en forma de carteles y folletos o volantes puestos a disposición en áreas privadas como los lavatorios de mujeres. Esta información debe ir acompañada de advertencias apropiadas acerca del riesgo que podría implicar llevar ese material al hogar, si allí hay una pareja violenta.</p>		<p>Sí</p> <p>En la atención, el personal debe contar con material educativo o informativo. Debe adecuarse a los requerimientos de las Directrices.</p>	<p>Sí</p> <p>Se prevé la existencia de material educativo o informativo para la atención de personas en situación de violencia familiar y maltrato infantil.</p>
<p>1.2. Atención a las mujeres sobrevivientes de violencia de pareja y a las que conviven con esta violencia</p>			
<p>Intervenciones Psicológicas</p> <p>Recomendación 5</p> <p>Las mujeres con un diagnóstico de trastorno mental preexistente o relacionado con violencia de pareja (como trastorno depresivo o trastornos debidos al consumo de alcohol) que estén sufriendo violencia de pareja deben recibir atención de salud mental a cargo de profesionales de la salud con una buena comprensión de la violencia contra la mujer, de conformidad con la <i>Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada</i> del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP), publicada por la OMS en el 2010.</p>	<p>No</p> <p>Sin embargo, sin especificar el supuesto, señala que debe referirse a otro servicio cuando sea necesario.</p>	<p>Sí</p> <p>No</p> <p>Solo se hace referencia a que el diagnóstico se dará de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud (CIE 10) y luego se prevé el tratamiento psicológico que requiera el caso.</p>	<p>Sí</p> <p>No</p> <p>Solo se hace referencia a que el diagnóstico se dará de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud (CIE 10) y luego se prevé el tratamiento psicológico que requiera el caso.</p>

<p>Recomendación 6</p> <p>Se recomiendan las terapias cognitivas conductuales o las intervenciones de desensibilización y procesamiento por movimientos oculares, a cargo de profesionales de la salud con una buena comprensión de la violencia contra la mujer, para las mujeres que hayan dejado de sufrir violencia pero estén sufriendo de trastorno por estrés posttraumático.</p>		<p>No</p> <p>En el protocolo no se especifica con que enfoque se abordará la intervención psicológica. Sin embargo prevé la orientación, intervención en crisis, consejería, psicoterapia (individual/grupal), grupo de ayuda mutua. Psicoeducación.</p>	<p>No</p> <p>En el protocolo no se especifica con que enfoque se abordará la intervención psicológica. Sin embargo prevé la orientación, intervención en crisis, consejería, psicoterapia (individual/grupal), grupo de ayuda mutua. Psicoeducación.</p>
<p>Recomendación 7</p> <p>Intervenciones de promoción y empoderamiento</p> <p>Se debe ofrecer a las mujeres que hayan pasado al menos una noche en un albergue, refugio o casa segura un programa estructurado de promoción, apoyo y/o empoderamiento.</p>		<p>Sí</p> <p>Pero es preciso adecuar a las Directrices.</p>	<p>Sí</p> <p>Pero es preciso adecuar a las Directrices.</p>
<p>Recomendación 8</p> <p>A las embarazadas que revelen violencia de pareja se les debe ofrecer orientación de una duración breve a mediana (hasta 12 sesiones) sobre el empoderamiento y apoyo, incluido un componente sobre seguridad, a cargo de proveedores capacitados de servicios en los sitios donde los sistemas de salud puedan ofrecerlo. No está claro en qué medida esto puede aplicarse en entornos diferentes del de la atención prenatal, ni está clara su factibilidad en países de ingresos bajos a medianos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información acerca de la exposición a la violencia se debe siempre registrar; • Las preferencias de las mujeres deben equilibrarse con la necesidad de obtener suficientes pruebas forenses en caso de que la mujer decida iniciar una querrela judicial, y con las políticas sobre notificación aplicables en cada establecimiento de servicios de salud. 	<p>No</p> <p>No hay una disposición específica para las mujeres embarazadas..</p> <p>Pero se prevé la construcción de un plan de seguridad ante la violencia intrafamiliar.</p>	<p>No</p> <p>No hay una disposición específica para las mujeres embarazadas.</p>	<p>No</p> <p>No hay una disposición específica para mujeres embarazadas.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Se debe ayudar a la mujer a elaborar un plan para mejorar su seguridad y la de sus hijos, cuando corresponda. • Debe prestarse atención al autocuidado de los proveedores de servicios de salud, incluida la posibilidad de trauma psíquico vicario o indirecto (véase el glosario). 			<p>Sí</p> <p>Se ofrece consejería, talleres psicoafectivos para niños y otros tratamientos psicoterapéuticos.</p> <p>Es necesario adecuar a las directrices.</p>		
<p>Intervenciones materno infantiles</p> <p>Recomendación 9</p> <p>En los casos donde los niños estén expuestos a la violencia de pareja en el hogar, se debe ofrecer una intervención psicoterapéutica, incluidas sesiones con y sin la presencia de la madre, aunque está poco clara la medida en que esta recomendación podría aplicarse en entornos de ingresos bajos o medianos.</p> <p>2. ATENCIÓN CLÍNICA A SOBREVIVIENTES DE AGRESIÓN SEXUAL</p>					
<p>1.1. Intervenciones en los cinco primeros días después de la agresión</p> <p>Recomendación 10</p> <p>Ofrecer apoyo de primera línea a las sobrevivientes de agresión sexual infligida por cualquier perpetrador.</p> <p>Esto incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar atención y apoyo práctico a la mujer en respuesta a sus inquietudes, sin entrometerse en su autonomía; 2. Escucharla sin presionarla para que responda o revele información; 3. Ofrecerle consuelo y ayudarla a aliviar o reducir su ansiedad; 4. Ofrecerle información y ayudarla a ponerse en contacto con los servicios y los apoyos sociales. 			<p>Sí</p>	<p>Sí</p>	<p>Sí (si es intrafamiliar)</p>

<p>Recomendación 11</p> <p>Realizar un interrogatorio clínico pormenorizado, registrar los hechos para determinar las intervenciones apropiadas y proceder a una exploración física completa, de la cabeza a los pies, incluidos los genitales.</p> <p>En la historia clínica se debe registrar tiempo transcurrido desde la agresión y tipo de agresión, riesgo de embarazo, riesgo de contraer infección por VIH u otra ITS, estado de salud mental.</p>	<p>Sí</p> <p>El examen físico incluye un examen general y ginecológico así como la anotación rigurosa de todos los hallazgos.</p> <p>En la historia clínica se registra antecedentes del caso, lugar, lesiones y emocionales, diagnóstico, agresor i d e n t i f i c a d o , circunstancias, fecha y hora de la agresión.</p> <p>Es preciso adecuación a las Directrices.</p> <p>Se prevé la realización de exámenes de laboratorio.</p> <p>Tipificación de la sangre, serológicas para sífilis, hepatitis B y VIH, Prueba de embarazo.</p> <p>Muestra de secreción vaginal y cervical para investigar gonococo.</p>	<p>Sí</p> <p>Se especifica que se haga un examen general y ginecológico así como la anotación rigurosa de todos los hallazgos. Es preciso adecuación a las directrices.</p> <p>Se prevé la realización de exámenes de laboratorio.</p> <p>Tipificación de la sangre, serológicas para sífilis, hepatitis B y VIH, Prueba de embarazo.</p> <p>Muestra de secreción vaginal y cervical.</p>	<p>Sí</p> <p>Se hace referencia al examen físico, observaciones de comportamiento e historia de maltrato. No es específico para violencia sexual aunque lo incluye. Es necesario adecuación a las directrices.</p>
---	---	--	--

<p>Examinar y registrar información forense (consultar las orientaciones sobre consentimiento e información en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/).</p>	<p>Sí Para identificar al agresor, de ser el caso, se recoge material de la ropa de la persona, el vello púbico, el vello pubiano, muestra del contenido vaginal y cervical. Todas las muestras deben ser guardadas para su posible uso a nivel judicial. Si existe microscopio investigar la presencia de espermatozoides.</p>	<p>Sí Si se prevé recoger material de la ropa de la persona, si hubiera secreción en el vello público y muestra de contenido vaginal y cervical. Todas las muestras deben ser guardadas para su posible uso a nivel judicial.</p>	<p>Sí Sin especificar que se trata de violencia sexual, determina que si se detectan pruebas físicas de los hechos violentos tales como sangre, cabellos, objetos y otros líquidos corporales, éstas serán preservadas debiendo ser entregadas a las autoridades competentes en caso. Prevé la posibilidad de fotografiado y levantamiento de pruebas que se anexarán. Especifica que cuando se trate de casos de violencia sexual que incluyan penetración guardará toda evidencia física encontrada para ser presentada a las autoridades.</p>
<p>3.2. Anticoncepción Oral de Emergencia Recomendación 12 Ofrecer anticoncepción de emergencia a las sobrevivientes de agresión sexual que se presenten dentro de los cinco días posteriores a la agresión sexual, idealmente cuanto antes después de la exposición, para potenciar al máximo la eficacia de los anticonceptivos (más eficaz en los tres primeros días).</p>	<p>Sí Hace referencia a la Anticoncepción Oral de Emergencia durante las 72 horas de ocurrido el hecho.</p>	<p>Sí Hace referencia a la Anticoncepción Oral de Emergencia.</p>	
<p>Recomendación 13 Los proveedores de servicios de salud deben ofrecer levonorgestrel si está disponible. Se recomienda una dosis única de 1,5 mg dado que es tan eficaz como dos dosis de 0,75 mg administradas con un intervalo de 12 a 24 horas.</p>	<p>Sí Se especifica que se administrarán 759 ug y 12 horas más tarde la misma dosis. Se prevé el método YUZIPE. No se considera la T de cobre.</p>		

<p>Recomendación 14</p> <p>Si una mujer se presenta a los servicios de atención médica después de los cinco días de plazo máximo para la anticoncepción de emergencia, si la anticoncepción de emergencia fracasó o si la mujer está embarazada como consecuencia de una violación, se le debe ofrecer la opción de un aborto seguro, de conformidad con la legislación nacional.</p>	-	-	-
<p>3.3. Profilaxis post exposición al VIH</p> <p>Recomendación 15</p> <p>Considerar la posibilidad de ofrecer profilaxis post-exposición al VIH a las mujeres que se presentan dentro de las 72 horas siguientes a la agresión sexual. Se debe brindar apoyo a la víctima de la agresión en el proceso de toma de decisión, a fin de determinar si es apropiado proceder a esa profilaxis.</p>	Se ofrece profilaxis para VIH/SIDA.	Hay una referencia general para brindar información para proteger contra el VIH/SIDA.	-
<p>Recomendación 16</p> <p>Analizar con la sobreviviente el riesgo de transmisión del VIH a fin de determinar si se utilizará la profilaxis post-exposición.</p>	No se especifica	-	-
<p>Recomendación 17</p> <p>Si se administra profilaxis post-exposición al VIH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se la debe comenzar a la mayor brevedad posible, antes de las 72 horas de ocurrida la agresión sexual; 2. Se debe proporcionar orientación y pruebas de detección del VIH en la consulta inicial; 3. Se debe garantizar el seguimiento de la paciente a intervalos regulares; 4. En general se prefieren los regímenes de dos medicamentos (una combinación medicamentosa en dosis fijas) antes que los de tres medicamentos, dando prioridad a los fármacos con menos efectos colaterales; 5. La elección de los medicamentos y los regímenes debe seguir las orientaciones nacionales. 	Sí Si la usuaria acepta la quimioprofilaxis, hay indicaciones para empezar a proveer medicamentos en las 72 primeras horas con AZT 90 + Lamivudina + Indinavir.	-	-

<p>Recomendación 18 Los consejos sobre el cumplimiento del tratamiento deben ser un elemento importante de la profilaxis post-exposición. Los proveedores de servicios de salud deben ser conscientes de que la observancia del tratamiento es particularmente difícil para las sobrevivientes de una agresión sexual, porque puede desencadenar pensamientos dolorosos sobre la violación.</p>	<p>No específica</p>	<p>No específica</p>	
<p>3.4. Profilaxis post exposición a las ITS Recomendación 19 A las sobrevivientes de agresión sexual debe ofrecérseles profilaxis o tratamiento presuntivo de ITS como clamidiasis, gonorrea, infecciones por tricomonas y sífilis, de acuerdo con la prevalencia. La elección del medicamento y los regímenes debe basarse en las orientaciones nacionales.</p>	<p>Sí Se ofrece profilaxis para gonorrea, sífilis y clamidia. No para infecciones por tricomonas.</p>	<p>Sí Hay una referencia general para brindar información para proteger contra infecciones de transmisión sexual –ITS en general.</p>	
<p>Recomendación 20 La vacunación contra la hepatitis B sin inmunoglobulina antihepatitis B debe ofrecerse de acuerdo con las directrices nacionales.</p>	<p>Sí Se prevé vacunas para personas no inmunizadas completamente.</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>1.5. Intervenciones psicológicas o de salud mental Recomendación 21 Seguir ofreciendo el apoyo y la atención descritos en la recomendación 10.</p>		<p>No específica</p>	<p>No específica</p>
<p>Recomendación 22 Suministrar información impresa sobre las estrategias para hacer frente al estrés (con advertencias apropiadas acerca de lo que implica llevar al hogar material impreso).</p>		<p>Sí En la atención, el personal debe contar con material educativo o informativo.</p> <p>Debe adecuarse a los requerimientos de las Directrices.</p>	<p>Sí Se prevé la existencia de material educativo o informativo para la atención de personas en situación de violencia familiar y maltrato infantil.</p>

<p>Recomendación 23 No se debe recurrir a las intervenciones psicológicas breves para revivir el incidente.</p>		<p>No se especifica exclusión. Solo se hace referencia a que el diagnóstico se dará de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud (CIE 10) y luego se prevé el tratamiento psicológico que requiera el caso.</p>	<p>No Solo hace referencia a que el diagnóstico se dará de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas (CIE 10) y luego se prevé el tratamiento psicológico que requiera el caso, encontrándose entre ellos la intervención en crisis.</p>
<p>Recomendación 24 Seguir ofreciendo el apoyo y la atención descritos en la recomendación 10. (Si tiene depresión, problemas de consumo de alcohol o drogas o bien algún sintoma psicótico, es suicida o autoagresiva). Brindar atención de conformidad con la <i>Guía de Intervención mhGAP</i>.</p>		<p>-</p>	<p>-</p>
<p>Recomendación 25 (Si no tiene depresión, problemas de consumo de alcohol o drogas o bien algún sintoma psicótico, no es suicida o autoagresiva, o no tiene dificultades para realizar tareas cotidianas). Proceder a una espera atenta durante uno a tres meses después de ocurrido el hecho. Esto implica explicar a la persona que probablemente mejorará con el tiempo y ofrecerle la posibilidad de regresar para recibir más apoyo, acordando citas periódicas de seguimiento.</p>		<p>No especifica</p>	<p>No especifica</p>
<p>Recomendación 26 (Si tiene dificultades para realizar tareas cotidianas). Hacer los arreglos necesarios para una terapia cognitiva conductual o desensibilización y procesamiento por movimientos oculares, aplicada por profesionales de la salud con una buena comprensión de la violencia contra la mujer.</p>		<p>No se establece enfoque de intervención.</p>	<p>No se establecen plazos para la atención y el tratamiento, por lo que podría brindarse inmediatamente. No se establece enfoque de intervención.</p>

<p>A partir de los tres meses de ocurrido el trauma</p> <p>Recomendaciones 27 y 28</p> <p>Evaluar problemas de salud mental, por ejemplo síntomas de estrés agudo o trastorno de estrés posttraumático (TEPT), depresión, problemas de uso de alcohol o drogas, propensión al suicidio o autoagresión. Tratar la depresión, los trastornos por consumo de alcohol y otros trastornos de salud mental, usando la <i>Guía de Intervención mhGAP(6)</i>.</p> <p>Recomendación 29</p> <p>Si la persona sufre TEPT, se deben hacer los arreglos necesarios para que reciba tratamiento cognitivo conductual, o desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.</p>			<p>No se especifica que enfoque y que metodología utilizar.</p> <p>No se especifica que enfoque y que metodología utilizar.</p>	
<p>3. CAPACITACION</p> <p>Recomendación 30</p> <p>Los proveedores de servicios de salud, en particular médicos, enfermeras y parteras, deben recibir capacitación a nivel de precalificación sobre la prestación de apoyo de primera línea a las mujeres que hayan sufrido violencia de pareja o agresión sexual.</p>	<p>Sí</p> <p>Se hace mención expresa de que el personal de salud debe ser capacitado para asumir procesos de consejería intervención en crisis, detección y referencia de casos.</p>	<p>Sí</p> <p>Se hace mención expresa de que el personal de salud debe ser capacitado para asumir procesos de consejería intervención en crisis, detección y referencia de casos.</p>	<p>No se especifica que enfoque y que metodología utilizar.</p>	<p>Sí</p> <p>Se hace mención expresa de que el personal de salud que brinde atención a personas en situación de violencia familiar y maltrato infantil debe haber recibido capacitación según lo requiera el nivel de atención en cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación.</p>
<p>Recomendación 31</p> <p>Se debe capacitar dentro del servicio a los trabajadores de la salud que atienden a las mujeres. Dicha capacitación deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitirles prestar apoyo de primera línea (recomendaciones 1 y 10); • Enseñarles las aptitudes apropiadas, inclusive para saber cuándo y cómo preguntar y la mejor manera de responder a las inquietudes de las mujeres (secciones 2 y 3), así como de recoger evidencia forense cuando corresponda (7-9); • Proporcionar conocimientos básicos sobre el tema de la violencia, incluidos aspectos relativos a la legislación vigente, los servicios existentes y el apoyo local disponible, así como sobre las actitudes que resultan inapropiadas en los proveedores de servicios de salud. Debe ser intensiva y considerar el autocuidado de los proveedores. 	<p>No especifica que tenga que ser dentro del servicio.</p> <p>Se especifica que el responsable del establecimiento de salud debe velar por resguardar la salud mental del personal involucrado en la atención de la VBG.</p>	<p>No especifica que tenga que ser dentro del servicio.</p> <p>Se especifica que el responsable del establecimiento de salud debe velar por resguardar la salud mental del personal involucrado en la atención de la VBG.</p>	<p>No</p> <p>Sin embargo se hace referencia al Plan Institucional de Capacitación para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil del MINSA que debe ser formulado y presentado por el equipo de salud mental de la Dirección General de las Personas de la Mesa Intra institucional "Género, Prevención y Atención de la Violencia Familiar".</p>	

<p>Recomendación 32</p> <p>La capacitación de los proveedores de servicios de salud sobre violencia de pareja y agresión sexual debe abarcar diferentes aspectos de la respuesta a la violencia de pareja y la agresión sexual (por ejemplo, identificación, evaluación y planificación de la seguridad, aptitudes para la comunicación y para la atención clínica, documentación y derivación de casos).</p>		<p>No se hace referencia al contenido de la capacitación, sin embargo se señala el requerimiento de que los operadores de salud estén capacitados para consejería básica, para la intervención en crisis, la detección y la referencia, la rehabilitación, dependiendo del nivel de respuesta requerido por el nivel del establecimiento de salud.</p>	<p>El Plan Institucional de Capacitación para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil del MINSA incluye, entre otros temas:</p> <p>Modelos explicativos de la violencia familiar y maltrato infantil, normas y procedimientos, los aspectos legales y sus implicancias en la intervención de salud, competencias y formas de intervención de todas las instituciones, promoción de vida saludable, prevención, atención y vigilancia epidemiológica.</p>
<p>Recomendación 33</p> <p>La capacitación sobre la violencia de pareja y sobre la agresión sexual debe integrarse en el mismo programa, habida cuenta de la superposición que existe entre ambos problemas y de los limitados recursos disponibles para la capacitación de los proveedores de servicios de salud sobre estos temas.</p>			<p>Si pero hay que adecuar el Plan Institucional de Capacitación para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil del MINSA.</p>
<p>5. Políticas y Servicios de Salud</p> <p>Recomendación 34</p> <p>La atención a las mujeres expuestas a la violencia de pareja y la agresión sexual debería estar integrada en los servicios de salud existentes en lugar de ser un servicio independiente (véase el recuadro 3 a continuación).</p>	<p>Sí</p>	<p>Sí</p>	<p>Sí</p>
<p>Recomendación 35</p> <p>Un país necesita múltiples modelos de atención para las sobrevivientes de violencia de pareja y agresión sexual, en los diferentes niveles del sistema de salud. Sin embargo, es necesario darle prioridad a la capacitación y a la prestación de servicios a nivel de la atención primaria.</p>		<p>Sí, se identifican funciones diferentes de acuerdo a los niveles del establecimiento, pero no se da cuenta de una priorización en la capacitación ni en el servicio.</p>	<p>Sí, se identifican funciones diferentes de acuerdo a los niveles del establecimiento, pero no se da cuenta de una priorización en la capacitación ni en el servicio.</p>

<p>Recomendación 36 Debe haber un proveedor de servicios de salud capacitado en la atención sensible a cuestiones de género a sobrevivientes de agresión sexual disponible en todo momento del día y de la noche a nivel de distrito o área.</p>	<p>No específica</p>	<p>No específica</p>	<p>No específica</p>
<p>6. Notificación Obligatoria Recomendación 37 A pesar de que no se recomienda la notificación obligatoria de la violencia de pareja a la policía por parte de los proveedores de servicios de salud, estos últimos pueden ayudar a notificar el incidente a las autoridades competentes (incluida la policía) si la mujer así lo desea y es consciente tanto de sus derechos como de los riesgos que implica la notificación.</p>	<p>Sí En los casos de violencia familiar se señala que no debe alentarse la denuncia policial, sino dejar que la víctima tome sus propias decisiones. En cambio en los casos de violencia sexual se hace referencia a promover que haga la denuncia con ayuda del servicio social, explicándole lo que esto significa.</p>	<p>Sí La regla general (VBC) es que se promoverá la denuncia, brindándose información clara y sencilla para la formulación de la denuncia y los derechos que le asisten a la víctima (Ley 26260 y Ley 27115). Sin embargo, en la atención de casos de personas afectadas por violencia sexual se especifica que debe tomarse en cuenta los procedimientos legales correspondientes y realizar la denuncia ante la comisaría o ante el representante del Ministerio Público o los que de acuerdo haga sus veces. Si por la ubicación del establecimiento no existiera esta autoridad, el médico encargado del establecimiento actuará de oficio.</p>	<p>Sí Se prevé la referencia a las delegaciones policiales o la fiscalía.</p>
<p>Recomendación 38 El proveedor de servicios de salud debe notificar a las autoridades pertinentes el maltrato infantil y los incidentes potencialmente mortales, de acuerdo con lo que se estipule al respecto en la legislación.</p>	<p>Sí En caso de los niños/niñas y adolescentes se debe coordinar con la DEMUNA o con autoridades de la localidad o la policía.</p>	<p>Sí Se señala que en caso que se detecte una situación de maltrato que puede evolucionar rápidamente hasta comprometer la integridad de la niña o adolescente o si los padres o tutores abandonan el tratamiento, deberá notificarse al fiscal de familia.</p>	<p>Sí En casos de los niños debe notificarse al fiscal de familia si se identifica una progresiva situación de riesgo o un riesgo inmediato, o si los padres o tutores abandonan el tratamiento colocando a la niña/o en situación de riesgo.</p>

ANEXO II

Observaciones y Recomendaciones de los Órganos Supranacionales al Estado peruano relacionados a la atención en salud a las víctimas de violencia sexual

- **CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS**

Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal. Perú. A/HRC/22/15. De fecha 27 de diciembre de 2012. Conclusiones y Recomendaciones.

Recomendaciones aceptadas por el Estado peruano:

116.38 Proseguir los esfuerzos para poner fin a la violencia contra la mujer mediante, entre otras cosas, la aplicación del segundo Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer y el apoyo a las iniciativas internacionales (España);

116.39 Seguir aplicando medidas legislativas y administrativas para proteger a la mujer contra la violencia doméstica y sexual (Singapur);

116.40 Intensificar sus esfuerzos para prevenir y combatir la violencia doméstica y velar por que los responsables comparezcan sin demora ante la justicia (Liechtenstein);

116.41 Adoptar nuevas medidas para proteger a las mujeres y los niños, en particular de la violencia y la explotación (Australia);

116.52 Adoptar medidas concretas, que incluyan legislación, con el fin de mejorar el acceso a la justicia de las mujeres víctimas de violencia sexista (Bélgica);

116.94 Velar por el acceso de las mujeres a la atención de la salud y mejorar los servicios de salud reproductiva (Iraq);

116.95 Garantizar el acceso de los adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva (Eslovenia);

116.96 Adoptar el Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva.

- **ÓRGANO SUPRANACIONAL DE DERECHOS HUMANOS**

Comité contra la Discriminación Racial

Observaciones finales sobre los informes periódicos 18º a 21º del Perú CERD/C/PER/CO/18-21.25 de septiembre de 2014:

17. Preocupa al Comité que las mujeres indígenas y afroperuanas continúen enfrentando múltiples formas de discriminación, en el ámbito educativo, laboral y **salud**, que sigan siendo víctimas de violencia de género y afronten dificultades en el acceso a la justicia. (...).

(...) El Comité exhorta al Estado parte a desarrollar medidas con un enfoque intercultural para mejorar el acceso a la educación, empleo, **salud** y justicia de las mujeres víctimas de discriminación y violencia.

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú. CEDAW/C/PER/CO/7-8. 24 de julio de 2014:

Estereotipos, prácticas discriminatorias y violencia contra la mujer

17. El Comité (...) sigue preocupado por lo siguiente:

- a) La persistencia de actitudes y patrones socioculturales con que se pretende justificar la violencia contra la mujer, así como la elevada incidencia de la violencia contra la mujer, incluidos la violencia doméstica y sexual, el incesto y la violencia psicológica;
- b) La ausencia de una ley integral sobre la violencia contra la mujer con fines de prevención y persecución penal de esa violencia y de **protección de las víctimas**, la insuficiente coordinación y vigilancia del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015 y **la insuficiente armonización de las múltiples guías y protocolos relativos a la violencia contra la mujer**.
- c) El hecho de que, como señaló el Estado parte en su informe y durante el diálogo, determinados grupos de mujeres, además de verse afectadas por los estereotipos de género, tengan que hacer frente a múltiples formas de discriminación y violencia en **razón de la pobreza, la discapacidad, la**

pertenencia a comunidades indígenas o la ascendencia africana o bien la orientación e identidad de género;

18. El Comité insta al Estado parte a que adopte con urgencia una ley integral de prevención de la violencia contra la mujer para prevenir tales actos, proteger a las víctimas y enjuiciar a sus autores, que prevea la reparación, la imposición de sanciones, el acceso a la justicia y **mecanismos integrales de protección y prestación de servicios a las víctimas aplicando un criterio intercultural**. Reitera su recomendación (ibid., párr. 19) al Estado parte de que conciba y aplique una estrategia integral de lucha contra los estereotipos de género discriminatorios, con miras a combatir la violencia contra la mujer, y le recomienda que:
 - c) Adopte protocolos especiales para unificar los procedimientos de denuncia de los casos de violencia contra la mujer y centralice los sistemas existentes de reunión de datos para recopilar, desglosar y actualizar periódicamente los datos sobre dicha violencia, con el fin de comprender la extensión y la naturaleza de las diversas formas de violencia contra la mujer y de facilitar la evaluación de los progresos realizados;
19. Al Comité le preocupan las dificultades con que tropiezan las mujeres cuando procuran obtener reparación en los casos de violencia, como la discriminación, los prejuicios y la insensibilidad a las cuestiones de género de las autoridades judiciales, los fiscales y la policía, cuyo efecto es disuadir a las mujeres de acudir a la justicia en tales casos (...)
20. El Comité insta al Estado parte a redoblar y concertar mejor los esfuerzos para cambiar los arraigados estereotipos de género y cumplir las disposiciones del artículo 2 de la Convención y a:
 - a) Reforzar la capacidad de los jueces, los fiscales, los agentes de la ley y los **profesionales de la salud, especialmente los médicos forenses, para atender a las mujeres víctimas de la violencia** que acuden a la justicia considerando debidamente las cuestiones de género;
 - c) Incrementar los medios de protección disponibles para las mujeres víctimas de la violencia;

Violencia contra la mujer en situaciones de conflicto

21. El Comité reitera su preocupación por el hecho de que hasta la fecha no se hayan investigado ni perseguido muchos actos de violencia cometidos contra mujeres durante el período de conflicto armado interno y de que a menudo las mujeres víctimas no puedan acceder fácilmente a los recursos pertinentes (...)
22. El Comité reitera al Estado parte su recomendación de que identifique a todas las mujeres que fueron víctimas de la violencia durante el conflicto armado interno y que investigue, enjuicie y castigue a los agresores y **otorgue reparaciones individuales** a todas las mujeres que hayan sufrido cualquier tipo de violencia.

Trata de mujeres y explotación de la prostitución

23. El Comité (...) expresa su preocupación por la escasa asignación presupuestaria para la ejecución de los programas en curso (...) así como la insuficiencia de las medidas de protección y **rehabilitación destinadas a las mujeres y niñas víctimas de la trata**. También le preocupa al Comité la falta de información sobre la persecución penal de los casos de trata y sobre la vigilancia y el seguimiento de estos. Le preocupa especialmente la trata de niñas adolescentes con fines de explotación sexual y laboral, en particular en las industrias minera y maderera (...)
24. El Comité reitera al Estado parte su anterior recomendación (ibid., párr. 31) y lo exhorta a:
 - a) Hacer cumplir rigurosamente la legislación relativa a la trata y aumentar el volumen de los recursos destinados a la ejecución del plan de acción nacional y otras medidas de lucha contra la trata;
 - d) Adoptar medidas para la **rehabilitación** e integración social de las mujeres y niñas víctimas de la trata y velar por que su protección incluya la creación de albergues especiales para las víctimas (...)

35. (...) El Comité reitera su preocupación por que:

- b) El aborto esté tipificado como delito cuando el embarazo sea la consecuencia de una violación o del incesto, y que la interpretación restrictiva del

- aborto terapéutico induzca a más mujeres a recurrir a un aborto ilegal en condiciones de riesgo;
- c) El artículo 30 de la Ley General de Salud y el artículo 326 del Código de Procedimiento Penal violen el derecho de las mujeres a la intimidad y a la salud reproductiva y den lugar al enjuiciamiento de mujeres por acudir a los servicios obstétricos de urgencia;
 - d) Se haya prohibido la distribución gratuita de anticonceptivos de emergencia, incluso en caso de abusos sexuales.

36. (...) El Comité recomienda al Estado parte que:

- a) Haga extensiva la legalización del aborto a los casos de violación, incesto o malformación fetal severa;
- c) Elimine las medidas punitivas contra las mujeres que abortan, entre otras cosas adoptando las medidas necesarias para armonizar la Ley General de Salud y el Código de Procedimiento Penal con el derecho constitucional a la intimidad;
- e) Garantice el acceso a servicios de planificación familiar, en particular en las zonas rurales, y adopte todas las medidas necesarias para distribuir gratuitamente anticonceptivos de emergencia en el sistema de salud pública, en particular a las mujeres y niñas víctimas de abusos sexuales;
- f) Desarrolle la capacidad del personal médico en relación con el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, con miras a garantizar una prestación adecuada de servicios de salud a las mujeres y niñas (...).

Comité de Derechos Humanos

Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Perú. CCPR/C/PER/CO/5. 29 de abril de 2013

10. (...) El Estado parte debe redoblar sus esfuerzos para prevenir y combatir todas las formas de violencia contra la mujer, entre otras cosas asegurando la aplicación efectiva de los marcos jurídicos y normativos pertinentes en vigor. El Estado parte debe aprobar leyes que tipifiquen como delito todas las formas de violencia doméstica. Debe (...) asegurarse de que se investiguen todas las denuncias de violencia y se enjuicie a los autores, y velar por que las víctimas tengan acceso a medios efectivos de protección (...)

12. El Comité toma nota con reconocimiento de los esfuerzos realizados por el Estado parte en lo tocante a las reparaciones relacionadas con el conflicto armado de 1980 a 2000, concretamente el establecimiento del Plan Integral de Reparaciones. Sin embargo, el Comité observa con preocupación la demora en la aplicación del Plan y el hecho de que no todas las víctimas de tortura o de abuso sexual estén incluidas en el Programa de Reparaciones Económicas (...)

El Estado parte debe redoblar sus esfuerzos para que todas las víctimas del conflicto armado de 1980 a 2000, incluidas las víctimas de tortura y de abuso sexual, reciban una reparación (...)

4. El Comité (...) expresa su preocupación (...) por el hecho de que siga considerándose delito el aborto cuando el embarazo sea consecuencia de una violación o incesto (...) El Comité también observa con preocupación las elevadas tasas (...) embarazos de adolescentes. Además, el Comité lamenta la decisión adoptada por el Tribunal Constitucional de prohibir la distribución gratuita de anticonceptivos orales de emergencia (arts. 2, 3, 6, 17 y 26).

El Comité recomienda al Estado parte que:

- a) Revise su legislación sobre el aborto y prevea excepciones adicionales en los casos en que el embarazo sea consecuencia de una violación o incesto (...)
- c) Aumente sus esfuerzos para reducir los embarazos de adolescentes y la mortalidad materna, en particular en las zonas rurales, y garantice la prestación, en todas las regiones del país, de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva que incluyan los anticonceptivos orales de emergencia (...)

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto. E/C.12/per/CO/2-4. 18 de mayo de 2012

14. El Comité está preocupado por la prevalencia y el alcance de la violencia doméstica, incluida la violencia y el abuso sexual de niños (...).

El Comité recomienda (...) intensificar sus esfuerzos para prevenir y combatir la violencia doméstica, incluso mediante medidas de sensibilización encaminadas a la judicatura, policía, fiscales, profesores, **trabajadores sanitarios** y sociales y los medios de comunicación. (...)

21. El Comité está preocupado por la alta tasa de embarazos en la adolescencia y la falta de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva (...) También le preocupa que (...) los abortos son penalizados en casos de **embarazo resultante de violación**. (art.12)

El Comité recomienda que el Estado Parte intensifique sus esfuerzos para (...) garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la entrega asistencia (...) **anticonceptivos de emergencia**, especialmente en las zonas rurales. Recomienda (...) el **aborto en caso de embarazo como resultado de una violación** no se sancione (...).

Comité contra la Tortura

Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Perú, aprobadas por el Comité en su 49o período de sesiones. CAT/C/PER/CO/5-6. 21 de enero de 2013

14. Al Comité le preocupan las informaciones sobre la violencia generalizada contra las mujeres y las niñas (...), así como la falta de datos estadísticos sobre la violencia sexual. (...) Inquieta al Comité que la violencia doméstica y los actos de violencia y acoso sexual distintos de la violación no estén tipificados como delito en el Código Penal, (...)

El Estado parte debe (...) modificar su legislación para que en el Código Penal se tipifiquen como delitos la violencia doméstica y la violencia sexual, al igual que está tipificada la violación, y para tener una visión global más clara de la prevalencia de esos delitos. (...). El Ministerio de Salud debe impartir formación especializada al **personal sanitario que atiende a las víctimas** de la violencia, y se debe establecer un sistema único para llevar un registro de los casos de violencia contra la mujer. (...)

15. (...) El Comité está particularmente inquieto por la penalización del **aborto en caso de violación o de incesto**, así como por el hecho de que

el Tribunal Constitucional prohíba que se administren **anticonceptivos orales de emergencia** a las víctimas de violación. (...)

El Estado parte debe revisar su legislación con el fin de:

- a) Modificar la prohibición general del aborto de forma que se autoricen el aborto terapéutico y el aborto en los casos en que el **embarazo sea resultado de violación o de incesto**, y prestar servicios médicos gratuitos a las víctimas de violación;
- b) Legalizar la distribución de **anticonceptivos orales de emergencia a las víctimas de violación**;

16. Al Comité le preocupa asimismo que buen número de casos de **violencia sexual cometidos contra mujeres y niñas durante el conflicto armado** no hayan sido denunciados, (...) que no se haya condenado a los autores y que las víctimas no reciban una reparación efectiva. También le inquieta que (...) la legislación sobre las reparaciones no abarque todas las formas de **violencia sexual** (...)

(...) El Estado parte debe velar por que todas las violaciones de los derechos humanos cometidas durante el conflicto armado, en particular los actos de violencia sexual, sean objeto de investigación y de enjuiciamiento, y porque se otorgue **reparación a las víctimas**. (...)

21. Al Comité le preocupa asimismo **la trata de personas** para su explotación laboral y sexual, y en particular la situación de las mujeres y de las niñas procedentes de regiones rurales empobrecidas de la Amazonia que son reclutadas y obligadas a prostituirse en burdeles situados en asentamientos mineros marginales (arts. 2, 12, 13, 14 y 16).

El Estado parte debe redoblar sus esfuerzos para:

- c) Proceder de inmediato a investigar, enjuiciar y sancionar adecuadamente a los responsables y proporcionar protección, asistencia jurídica gratuita, **rehabilitación** e indemnización a las víctimas de trabajo forzoso y de trata;

Comité de Personas con Discapacidad

Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. CRPD/C/PER/CO/1. 16 de mayo de 2012

14. Al Comité le preocupa que, en la Ley No 27050 y en el Plan Nacional para las Personas con Discapacidad 2009-2018, no figuren medidas para hacer frente a los problemas de las mujeres con discapacidad (...) observa además con preocupación que las mujeres con discapacidad no gozan de protección especial en el marco del **Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015**.
15. El Comité insta al Estado parte a que agilice sus esfuerzos por **erradicar y prevenir la discriminación contra las mujeres** y las niñas con discapacidad incorporando perspectivas de género y de discapacidad en todos los programas y asegurando la plena e igual participación de esas mujeres en los procesos de adopción de decisiones. El Comité insta al Estado parte a que modifique su marco legislativo con objeto de proporcionar protección especial a las mujeres y las niñas con discapacidad, así como a que adopte medidas efectivas para **prevenir y erradicar la violencia** contra mujeres y niñas con discapacidad.

ANEXO III

Capacitaciones desarrolladas entre los años 2012 y 2014, como parte de la asistencia técnica brindada por el Ministerio de Salud, a las Direcciones Regionales de Salud y a facilitadores y personal de salud de diversas regiones del país⁴⁸³.

I. Dirección de Promoción de la Salud ha desarrollado el Seminario

- **“La violencia de género y su impacto en la salud”** dirigido a trabajadores de Salud de Lima Metropolitana y Callao, con el propósito de destacar el impacto negativo que genera la violencia contra la mujer. Se organizó dicho evento beneficiando a un promedio de 118 profesionales de la salud de los establecimientos de salud de **Lima y Callao**. (2014)

II. Salud Mental

- **01 Reunión Nacional de Fortalecimiento de las Competencias del Personal de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud – MAMIS**, con el objetivo de mejorar las intervenciones en salud mental de las niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual. Se realizó el **I Curso Taller de “Intervención en Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual”**, participaron en el evento los miembros del equipo de los 49 MAMIS a nivel nacional, y se invitó a las regiones que aún no cuentan con los mismos, para poder garantizar la continuidad de la implementación de acuerdo a la Directiva Sanitaria N°041-2011/MINSA1. Participaron un número de 103 invitados y apoyaron en la facilitación los especialistas del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”(2012).
- **01 Reunión Nacional de Fortalecimiento de las Competencias del Personal de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud – MAMIS**, con el objetivo de mejorar las intervenciones en salud mental de las niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual. Además se realizó el **II Curso Taller de “Intervención en Niñas, Niños y**

⁴⁸³ Anexo 3 de la Ficha remitida a la Defensoría del Pueblo por el Ministerio de Salud y suscrita por la licenciada Nancy Virrueta Jimenes, Responsable Sectorial ante el Coimté Técnico Permanente, el Dr. Juan Daniel Aspilcueta Gho, Coordinador de la Estrategia SN de Salud Sexual y Reproductiva, y el Dr. Christhian Antonio Vera Torres del Equipo Técnico de la Dirección de Servicios de Salud – DGSP.

Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual", participaron en el evento los miembros del equipo de los **49 MAMIS a nivel nacional**, y se invitó a las regiones que aún no cuentan con los mismos, para poder garantizar la continuidad de la implementación de acuerdo a la Directiva Sanitaria N°041-2011/MINSA1. Participaron un número de 65 invitados y apoyaron en la facilitación los especialistas del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi" y del hospital Herminio Valdizán (2013).

- Durante el año se realizaron **05 talleres**. Con el apoyo de DEVIDA y OPS se realizó un taller sobre **Intervenciones Breves en Salud Mental** con la participación de expertos de Brasil, Chile y Venezuela, otro taller dirigido a los profesionales de los módulos de salud mental con énfasis en adicciones de las regiones norte y otros 03 en las regiones del país.
- Taller de capacitación en **acompañamiento psicosocial a personal de salud** de las DISAS de **Lima y DIRESA Callao**.
- Del 24 al 26 de noviembre de 2014 se realizó la **Reunión Nacional de Evaluación de los Módulos** de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud – MAMIS, en Lima, contando con la participación de 44 responsables de los **MAMIS de Hospitales y EESS de 14 regiones de nuestro país**. Esta actividad tuvo como objetivo **evaluar el avance de las actividades de los MAMIS durante el año 2014**, identificar los nudos críticos en la gestión e implementación de estrategias de intervención en la problemática de violencia contra niñas, niños y adolescentes en las regiones y establecer las estrategias de solución, buscando su integración en el marco de la atención integral de salud mental en función de las necesidades de la población beneficiaria y a su vez fortalecer las competencias técnicas en las intervenciones. (2014).

III. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva

- **Fortalecimiento de Capacidades a Facilitadores Nacionales y Regionales en Violencia Basada en Genero**: se han capacitado a 140 profesionales de la salud en Atención de la Violencia Contra la Mujer y fortalecimiento de capacidades del personal de salud en la detección, diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida en gestantes y púerperas realizándose 04 talleres en: 1 **DIRESA LIMA (Cañete)**, 3 **DIRESA Apurímac (Abancay 02 y Andahuaylas 01)**.

- Fortalecimiento de Capacidades a Facilitadores Nacionales y Regionales en Violencia Basada en Género: se han capacitado a 85 profesionales de la salud en 2 talleres en: Hospital Santa Rosa y Hospital Larco Herrera Asimismo **se ha realizado 01 taller a facilitadores nacionales en atención de la Violencia de Género en Situaciones de Emergencia (SPRINT) con 35 participantes, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas.**
- Se realizaron **7 Talleres en las Regiones sobre Análisis de Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Extrema.** En dichos talleres se monitorearon y/o fortalecieron competencias en la atención prenatal reenfocada y los elementos de su paquete básico, entre los que se hallan, Psicoprofilaxis Obstétrica, Estimulación Prenatal, Planificación Familiar, **Tamizaje y detección de violencia basada en género.**
- Taller de Formación de Facilitadores Regionales Talleres Regionales para Implementación de Paquetes Iniciales Mínimos de Servicios – PIMS de Salud Reproductiva y Violencia Basada en Género” con 184 Facilitadores Regionales en: La Libertad 30, Tumbes 31, Piura 27, Lima Metropolitana. 40, Cañete 23 y Huaura 33.
- Taller de fortalecimiento de capacidades en **la prevención y atención integral de la mujer afectada por la VBG,** en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. En las regiones de Tumbes, **Piura,** La Libertad, Lambayeque, Ancash, Amazonas, Cajamarca, Cutervo, Chota y Jaén, Apurímac I, Apurímac II Huancavelica, Huánuco, **Lima Región, Callao,** Loreto, Pasco, Ucayali, San Martín y **Lima Metropolitana,** Ayacucho, Cusco, Ica, Junín, Madre De Dios, Moquegua, **Puno,** Tacna y **Arequipa.** Con sedes en Cajamarca, Lima y Arequipa. En estos talleres se fortaleció capacidades a 32 coordinadores y 118 facilitadores.

Impreso en
los talleres gráficos de: VORENO E.I.R.L.
Jr. Puerta del Sol Mz. T5 Lt. 4 / 202 Lima 12
RUC: 20519145970
Telf.: 01 369 7366 / 949597233
Junio 2016
Lima - Perú