

# PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CONJUNTA entre los CENTROS EMERGENCIA MUJER y los ESTABLECIMIENTOS DE SALUD





EL PERÚ PRIMERO



PERÚ

Ministerio de Salud



PERÚ

Ministerio  
de la Mujer y  
Poblaciones Vulnerables

PROTOCOLO  
DE ACTUACIÓN  
CONJUNTA entre los  
**CENTROS**  
**EMERGENCIA MUJER**  
y los **ESTABLECIMIENTOS**  
**DE SALUD**

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer y los Establecimientos de Salud / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental. -- Lima: Ministerio de Salud; 2019.  
63 p.; ilus.

SALUD MENTAL / CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL / VIOLENCIA CONTRA LA MUJER / IDENTIFICACIÓN DE VÍCTIMAS / VÍCTIMAS DE CRIMEN / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / MEDICIÓN DE RIESGO / SERVICIOS DE SALUD MENTAL

***PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CONJUNTA ENTRE LOS CENTROS EMERGENCIA MUJER - CEM Y LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD - EE.SS. PARA LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR EN EL MARCO DE LA LEY N° 30364 Y PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA SEXUAL.***

**MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL.**

**MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. DIRECCIÓN GENERAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.**

© **MINSA, setiembre 2019**

Ministerio de Salud  
Av. Salaverry N° 801, Lima 11-Perú  
Telf. (51-1) 315-6600  
<http://www.minsa.gob.pe>

© **MIMP, setiembre 2019**

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables  
Jr. Camaná 616 - Lima Perú  
Central telefónica: (511) 419-7260  
<https://www.mimp.gob.pe/>

#### **Equipo responsable de la elaboración**

Ana Victoria Suárez Farfán            MIMP  
Vanessa Herrera Lopez                MINSa

#### **Equipo revisor del documento**

Fernando Vladimir Rojas Patiño - OGAJ-Minsa  
Maria Teresa De La Cruz Castro - OGAJ- Minsa

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2019 - 13784

Primera edición: setiembre 2019

SINCO Diseño E.I.R.L.  
Jr. Huaraz 449 Breña. Lima 5 / Telf: 4335974 / Cel: 99803-7046  
[sincoeditores@gmail.com](mailto:sincoeditores@gmail.com) / [sinco.design@yahoo.es](mailto:sinco.design@yahoo.es)

Versión digital disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4894.pdf>

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) prestó su colaboración técnica y financiera a la elaboración de esta publicación. Los puntos de vista u opiniones contenidos en ella son exclusivos de los autores y no representan necesariamente los de la OPS/OMS.

### **Equipo técnico que contribuyó con la elaboración del documento:**

Abg. Ana Victoria Suarez Farfán	MIMP
Med. Psq. Yuri Licinio Cutipé Cardenas	MINSA-DGIESP-DSAME
Med. Psq. Vanessa Evelyn Herrera Lopez	MINSA-DGIESP-DSAME
Abg. Jessica Silvia Estrada Yauyo	MIMP
Psic. María Edith Baca Cabrejos	OPS
Med. Psiq. Carlos Abel Bromley Coloma	MINSA-DGIESP-DSAME
Enf. Rita Marión Uribe Obando	MINSA-DGIESP-DSAME
Med. Lucy Del Carpio Ancaya	MINSA-DGIESP-DSARE
Psic. María Elena Morante Maco	MINSA-DGIESP-DSAME
Mery Vargas Cuno	MIMP
Psic. Angel Palacios Trujillo	MIMP
Psic. Teresa Ojeda Parra	MIMP
Obst. Patricia Bravo Chavez	MINSA-DGIESP-DSARE
Obst. Ulalia Cárdenas De Torres	MINSA-DGIESP-DSARE
Psic. Luz Aragonés Alosilla	MINSA-DGIESP-DSAME

### **Equipo técnico que contribuyó con la validación del documento:**

Julio Cesar Mérida Astudillo	Sanidad Ejército- Ministerio de Defensa
María Dibos Morí	Sanidad Ejército-Ministerio de Defensa
Ytalo Ortega Vargas	Sanidad Ejército-Ministerio de Defensa
Hugo Minaya Chirinos	Sanidad Ejército-Ministerio de Defensa
Juan F. Núñez Aranda	Sanidad Ejército-Ministerio de Defensa
Ana María La Rosa Sánchez	Hosp. Militar Central-Ministerio de Defensa
Gina Bárcena Luza	Seguro Integral de Salud
Richard Mark Sin Porlles	Seguro Integral de Salud
William R. Ascarza Urribarri	Seguro Integral de Salud
Marco Iván Cárdenas Rosas	Seguro Integral de Salud
Sergio Molina Espejo	Sanidad Marina de Guerra- Ministerio de Defensa
Guillermo Morales Alva	Sanidad Marina de Guerra- Ministerio de Defensa
Carlos Levano Pachas	Sanidad Marina de Guerra- Ministerio de Defensa
Nelly Mestanza Pinpinco	Sanidad PNP-Ministerio del Interior
Mariza Egúsqüiza Acero	SALUDPOL -Ministerio del Interior
Evy Norma Baez Tafur	SALUDPOL -Ministerio del Interior
María Isabel Lucio Villar	Dirección de Sanidad FAP-Ministerio del Interior
Judith Mónica Alvarado Chumpitaz	Hospital Nacional Dos de Mayo-Ministerio de Salud
Marlene Quispe Vásquez	Hospital Nacional Dos de Mayo-Ministerio de Salud
Fany Rodríguez Córdova	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2-Diresa Piura
Lourdes Neciosup Montenegro	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2-Diresa Piura
Yeny Fabiola Ibañez Pengo	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2-Diresa Piura
Lucy del Rosario Justos Cervantes	Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2-Diresa Piura
Ayonee Magaly Talledo Peralta	Centro de Salud Santa Julia-Diresa Piura
Katia Maribel Cerón Cruz	Centro de Salud Santa Julia-Diresa Piura
Carmen Hermelinda Córdova Cabrera	Centro de Salud Santa Julia-Diresa Piura
Wendy de Fátima Veliz Lequernaque	Centro de Salud Santa Julia-Diresa Piura
Bertha Liñon León	Centro de Salud Santa Julia-Diresa Piura
Aymee Magaly Talledo Peralta	Centro de Salud Santa Julia-Diresa Piura
Luis Armando Farfán Castillo	Centro de Salud Santa Julia-Diresa Piura
Jorge Luis Zapata A.	Diresa Piura
Norma Georgina Sandoval Bellido	
Katherine Rorillo Guerra	EsSalud

Julia Parra Villalonga  
Ysela Arbulú Hurtado  
Fany Rodríguez Córdova  
Katia Guerrero Jondija  
Verónica F. Molina Ginocchio  
Wendy de Fátima Véliz Lequernaque  
Katia G. Sandívar  
William Cotrina Castro  
Rosa Delgado Santillán  
Lili Verde Sánchez  
Marión Cuya Hernández  
Pavel Rodolfo Rondón Yépez  
Raquel Hurtado La Rosa

Essalud  
Essalud  
Hospital Santa Rosa  
CEM Santa Rosa



PERÚ

Ministerio de Salud

Elizabeth Zulema Tomás Gonzáles  
**Ministra de Salud**

Gustavo Martín Rosell De Almeida  
**Viceministro de Salud Pública**

M.C. Angel Alberto Gonzales Vivanco  
**Director General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública**

Yuri Licinio Cutipé Cárdenas  
**Director de la Dirección de Salud Mental**



PERÚ

Ministerio  
de la Mujer y  
Poblaciones Vulnerables

Gloria Edelmira Montenegro Figueroa  
**Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables**

Patricia Carolina Rosa Garcés Peralta  
**Viceministra de la Mujer**

María del Carmen Panizzo Godoy  
**Directora General de la Dirección General contra la Violencia  
de Género**

Nancy Tolentino Gamarra  
**Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual**

Ana Victoria Suárez Farfán  
**Directora de la Dirección de Asistencia Técnica y Promoción  
de Servicios**

# TABLA DE CONTENIDOS

DECRETO SUPREMO.....	<b>11</b>
Introducción.....	<b>13</b>
I. Finalidad.....	<b>17</b>
II. Objetivo.....	<b>17</b>
III. Base legal.....	<b>17</b>
IV. Alcance.....	<b>19</b>
V. Población objetivo.....	<b>19</b>
VI. Consideraciones generales.....	<b>20</b>
VII. Principios.....	<b>24</b>
VIII. Enfoques.....	<b>26</b>
IX. De los órganos o unidades que realizan actuación conjunta.....	<b>29</b>
X. De las consideraciones para la actuación conjunta entre CEM y EESS.....	<b>30</b>
XI. Disposiciones para la actuación de establecimientos de salud frente a la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la ley N°30364.....	<b>34</b>
XII. Disposiciones sobre la actuación de los CEM frente a la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la ley N°30364.....	<b>38</b>
XIII. Disposiciones sobre la ruta de actuación cuando la persona usuaria es atendida primero por el CEM y luego se deriva a los EESS.....	<b>39</b>
XIV. Disposiciones sobre la ruta de actuación cuando la persona usuaria es atendida primero por el EESS y luego se deriva al CEM.....	<b>42</b>

XV.	De la creación e implementación de comités intersectoriales locales CEM-EESS para el acompañamiento, seguimiento, coordinación y supervisión .....	<b>45</b>
XVI.	Disposiciones para el abordaje de personas víctimas de violación sexual .....	<b>47</b>
XVII.	Disposiciones para la atención diferenciada de personas víctimas de violencia .....	<b>50</b>
XVIII.	De la emisión de certificados e informes médicos .....	<b>55</b>
XIX.	Acerca del término de la ruta de cuidado integral en el CEM y los EESS .....	<b>56</b>
XX.	Disposiciones para el fortalecimiento de las competencias para el abordaje de los casos de violencia .....	<b>57</b>
XXI.	Disposiciones para la prevención y afronte del síndrome de agotamiento profesional (SAP) en los equipos de los EESS y CEM .....	<b>58</b>
XXII.	Estándares de cumplimiento .....	<b>59</b>
XXIII.	Responsabilidades .....	<b>60</b>
XIV.	Referencias Bibliográficas .....	<b>61</b>



## Decreto Supremo

### “PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CONJUNTA ENTRE LOS CENTROS EMERGENCIA MUJER - CEM Y LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD – EE.SS. PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, EN EL MARCO DE LA LEY N° 30364 Y PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA SEXUAL”

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

#### CONSIDERANDO

Que, el Estado Peruano ha suscrito y ratificado la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” y la “Convención Sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer” (CEDAW); instrumentos internacionales que definen las obligaciones adoptadas por el Estado Peruano para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer;

Que, de conformidad con el inciso 1 del artículo 2 de la Constitución Política del Perú, todas las personas tienen derecho a la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. Es decir, que el Estado Peruano está obligado a garantizar al máximo el ejercicio y respeto de los derechos mencionados, para cada uno de sus ciudadanos y ciudadanas;

Que, asimismo, el artículo 6 de la Ley N° 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, señala que uno de los lineamientos del Poder Ejecutivo es el desarrollo de políticas, planes y programas destinados a la prevención, atención y eliminación de la violencia en todas sus formas y en todos los espacios, en especial la ejercida contra las mujeres;

Que, posteriormente se aprobó la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, la cual tiene por objeto prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia producida en el ámbito público o privado contra las mujeres por su condición de tales, y contra los integrantes del grupo familiar; en especial, cuando se encuentran en situación de vulnerabilidad, por la edad o situación física como las niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad. Asimismo, establece mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención y protección de las víctimas, así como la reparación del daño causado; y dispone la persecución, sanción y reeducación de los agresores sentenciados con el fin de garantizar a las mujeres y al grupo familiar una vida libre de violencia asegurando el ejercicio pleno de sus derechos;

Que, el artículo 35 de la Ley N° 30364 establece que el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) es el ente rector en materia de prevención, protección y atención de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar y el responsable de la coordinación, articulación y vigilancia de la aplicación efectiva y el



Z. TOMAS



R. TAPIA

cumplimiento de la Ley N° 30364. Asimismo, el literal a) del numeral 1 del artículo 45 de la precitada Ley N° 30364 establece que el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables es responsable de promover y coordinar las acciones de articulación multisectorial e intergubernamental;

Que, el literal c) del artículo 10° de la Ley N° 30364 señala que el Ministerio de Salud tiene a su cargo la provisión gratuita de servicios de salud para la recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas. Asimismo, que respecto de las atenciones médicas y psicológicas que brinde, el Ministerio de Salud debe resguardar la adecuada obtención y conservación de la documentación de la prueba de los hechos de violencia. Esta obligación se extiende a todas las atenciones médicas y psicológicas que se brindan a las víctimas de violencia en los servicios públicos y privados, que además deben emitir los certificados e informes correspondientes de calificación del daño físico y psíquico de la víctima conforme a los parámetros médico-legales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público o a cualquier parámetro técnico que permita determinar el tipo y grado del daño; así como los informes que valoran la afectación psicológica, cognitiva o conductual;



Que, el literal b) del numeral 3 del artículo 45 de la Ley N° 30364 establece que el Ministerio de Salud es responsable de garantizar atención de calidad en 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;



Que, con fecha 26 de agosto del 2018 se publicó en el Diario Oficial el Peruano el Decreto Supremo N° 008-2018-MIMP que aprueba el “Plan de acción conjunto para prevenir la violencia contra las mujeres, así como brindar protección y atención a las víctimas de violencia, con énfasis en los casos de alto riesgo” (en adelante “Plan de acción conjunto”);



Que, la acción N° 1.4 del objetivo 1 del lineamiento N° 2 “Protección a las mujeres, niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia” del Plan de acción conjunto, dispone la aprobación de un protocolo de atención articulada en salud a mujeres y niñas víctimas de violencia de género;

De conformidad con lo dispuesto por el numeral 8 del artículo 118° de la Constitución Política del Perú, la Ley N° 29158 – Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;



#### **DECRETA:**

#### **Artículo 1. Aprobación**

Apruébese el “Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud - EE.SS para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N° 30364, y personas afectadas por violencia sexual”, que como Anexo forma parte del presente Decreto Supremo.



#### **Artículo 2.- Ejecución y cumplimiento**

Cada entidad pública involucrada en la implementación del “Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud - EE.SS para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N° 30364, y personas afectadas por violencia sexual”, dentro del ámbito de sus competencias, adopta las medidas necesarias para su ejecución y cumplimiento.



# Decreto Supremo



### Artículo 3.- Financiamiento

Las acciones e intervenciones necesarias para la ejecución del "Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud - EE.SS para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N° 30364, y personas afectadas por violencia sexual", se financian con cargo a los presupuestos institucionales de las entidades involucradas sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público.



### Artículo 4.- Publicación

Disponer que el presente Decreto Supremo y su Anexo se publiquen en el Portal Institucional del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables ([www.gob.pe/mimp](http://www.gob.pe/mimp)) y del Ministerio de Salud ([www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)), el mismo día de la publicación del Decreto Supremo en el diario oficial El Peruano.



### Artículo 5.- Refrendo

El presente Decreto Supremo es refrendado por la Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y la Ministra de Salud.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los dieciséis días del mes de abril del año dos mil diecinueve.



MARTÍN ALBERTO VIZCARRA CORNEJO  
Presidente de la República

GLORIA MONTENEGRO FIGUEROA  
Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

ELIZABETH ZULEMA TOMÁS GONZÁLES  
Ministra de Salud



# INTRODUCCIÓN

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP, como ente Rector, tiene entre sus competencias la protección y promoción de los derechos de las mujeres, incluida la protección frente a actos de violencia. Asimismo, el Ministerio de Salud –MINSA ejerce la rectoría del Sistema Nacional de Salud y tiene como misión proteger la dignidad de la persona, promover la salud, prevenir las enfermedades y garantizar el cuidado integral de la salud de todas las personas, incluidas las mujeres víctimas de violencia y su grupo familiar.

El presente protocolo se desarrolla de manera articulada y conjunta entre el MIMP y el MINSA, en cumplimiento a la acción N° 1.4 del objetivo 1 del Lineamiento N° 2 del “Plan de acción conjunta para prevenir la violencia contra las mujeres, así como brindar protección y atención a las víctimas de violencia, con énfasis en los casos de alto riesgo”, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2018-MIMP.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2017, se identifica que el 65,4% de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero. Se evidenció que el mayor índice de víctimas fue por violencia psicológica y/o verbal (61,5%), estando presente la violencia física en el 30,6% y la violencia sexual en 6,5%. Asimismo, según las estadísticas del MIMP, a través del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual – PNCVFS, se evidenció que en el año 2017 los Centros de Emergencia Mujer – CEM atendieron a nivel nacional a 48120 casos de violencia psicológica; 37752 casos de violencia física, 9012 casos de violencia sexual, siendo un total de 94884 casos de personas afectadas por violencia contra las mujeres, integrantes del grupo familiar. En el sector salud, durante el año 2017, los establecimientos de salud del Ministerio de Salud atendieron 96107 casos de violencia. Además, los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental dan cuenta de las brechas en el acceso a servicios de salud mental que fluctúan aun entre 69% en Lima Metropolitana y Callao, y 93,2% en Lima rural. Existen aún nudos críticos en el acceso a los servicios para tener asegurado el tratamiento, disponibilidad de medicamentos e insumos, recuperación y continuidad de cuidados. Asimismo, existen barreras para la articulación intersectorial efectiva bidireccional entre los equipos interdisciplinarios de los Establecimientos de Salud (EE.SS.) y Centros Emergencia Mujer (CEM). Considerando el modelo de atención de salud mental comunitario y la normatividad vigente, es necesario

desarrollar un marco normativo intersectorial que oriente la mejora de dicha actuación conjunta en beneficio de la población víctima de violencia en nuestro país.

Finalmente, es preciso relevar el esfuerzo para fortalecer la actuación conjunta interministerial y disponer de un documento estratégico normativo de intervención interinstitucional que pueda pautar lineamientos para garantizar la atención conjunta articulada de los servicios que brindan las instituciones involucradas en el marco de sus competencias, de forma eficaz y oportuna, entre los CEM y los EE.SS. para la atención integral de las mujeres y los integrantes del grupo familiar que hayan sufrido violencia en el marco de la Ley N° 30364<sup>1</sup> y los integrantes del grupo familiar y personas afectadas por la violencia sexual.

*Es necesario desarrollar un marco normativo intersectorial que oriente la mejora de dicha actuación conjunta en beneficio de la población víctima de violencia en nuestro país.*

<sup>1</sup> Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, modificada por Ley N° 30364, Ley que fortalece diversas normas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar y Decreto Legislativo N° 1386, que modifica la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.

## I. FINALIDAD



Contribuir con la mejora del bienestar de la población objetivo a través del acceso a servicios intersectoriales para prevenir, atender, recuperar, rehabilitar, brindar cuidado integral y acceso a la justicia de mujeres afectadas por violencia, los integrantes del grupo familiar y cualquier persona afectada por violencia sexual.

## II. OBJETIVO

Establecer disposiciones para garantizar la atención articulada de los servicios que brindan las entidades públicas involucradas, en el marco de sus competencias, para contribuir al acceso a la justicia, atención, cuidado integral, protección y prevención de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, y cualquier persona afectada por violencia sexual.

## III. BASE LEGAL

### 3.1 Marco Jurídico Internacional

- a. Decreto Ley N° 22129, que aprueba el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- b. Decreto Ley N° 22231, que aprueba la Convención Americana sobre Derechos Humanos.
- c. Resolución Legislativa N°23432 que aprueba la Convención sobre la Eliminación de

Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, Convención “CEDAW”.

- d. Resolución Legislativa N° 25278 que aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño.
- e. Resolución Legislativa N°26583, que aprueba la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer, Convención “Belém Do Pará.
- f. Resolución Legislativa N° 29127, que aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.

### 3.2 Marco Jurídico Nacional

- a. Constitución Política del Perú.
- b. La Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- c. Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes y sus modificatorias.
- d. Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.
- e. Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar y sus modificatorias
- f. Ley N° 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño.
- g. Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor.
- h. Decreto Legislativo 635, Ley que aprueba el Código Penal
- i. Decreto Supremo No.006-2018-MIMP, que aprueba el Protocolo de actuación conjunta de los Centro Emergencia Mujer y Comisarías o Comisarías Especializadas en materia de protección contra la violencia familiar de la Policía Nacional del Perú.
- j. Decreto Supremo N° 008-2016-MIMP, que aprueba el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016- 2021”.
- k. Decreto Supremo N° 002-2018-MIMP, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño.
- l. Decreto Supremo N° 004-2018-MIMP, que aprueba la actualización del “Protocolo interinstitucional de acción frente al feminicidio, tentativa de feminicidio y violencia de pareja de alto riesgo”.
- m. Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA que aprueba las “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”.
- n. Resolución Ministerial N° 141-2007 MINSA que aprueba la “Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género”.
- o. Resolución Ministerial N° 472-2011/MINSA que aprobó la Directiva Sanitaria N° 041/MINSA/DGSP-V.01, Directiva Sanitaria que regula el funcionamiento de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud – MAMIS.
- p. Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica Nacional

para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119º del Código Penal.

- q. Resolución Ministerial N°157-2016-MIMP que aprueba la “Guía de Atención Integral de los Centros Emergencia Mujer”.
- r. Resolución Ministerial N° 070-2017/MINSA, que aprueba la “Guía técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja”.
- s. Resolución Ministerial N° 007-2017/MINSA que aprueba la NTS N° 130-MINSA/2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio”.
- t. Resolución Ministerial N° 574-2017/MINSA que aprueba la NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP, “Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios”.
- u. Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA que aprueba el Documento Técnico Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021.
- v. Resolución Ministerial N° 935-2018/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental. Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria 083-MINSA/2019/DGIESP “Directiva Sanitaria para el uso del Kit para la atención de casos de violencia sexual”.

## IV. ALCANCE

El presente documento técnico es de aplicación nacional y de obligatorio cumplimiento por el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual – PNCVFS, los Centros Emergencia Mujer-CEM, el Servicio de Atención Urgente (SAU) y la Línea 100.

Asimismo, es de obligatorio cumplimiento en todos los establecimientos de salud públicos del Ministerio de Salud (Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana -DIRIS), de las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales o las que hagan sus veces en el ámbito Regional. Además, el presente documento es de referencia para las demás entidades del Sector Salud.

## V. POBLACIÓN OBJETIVO

Las mujeres durante todo su ciclo de vida: niña, adolescente, joven, adulta y adulta mayor; las y los integrantes del grupo familiar. Entiéndase como tales a los cónyuges, excónyuges, convivientes, exconvivientes; madrastras, padrastros o quienes tengan hijas o hijos en común; las y los ascendientes o descendientes por consanguinidad, adopción o por afinidad; parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad o adopción y segundo grado de afinidad; y quienes habiten en el mismo hogar siempre que no medien relaciones contractuales o laborales, al momento de producirse la violencia. Asimismo, es parte de la población beneficiaria cualquier persona víctima de violencia sexual.

## VI. CONSIDERACIONES GENERALES



### DEFINICIONES OPERATIVAS

#### a. Del cuidado integral

El cuidado integral difiere de la atención. “El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos”<sup>2</sup>.

El cuidado integral no se centra en la atención de un “caso” o en el tratamiento de un órgano, se centra en las necesidades de salud, bienestar y proyecto de vida que tiene una persona producto de experiencias violentas que impactan su historia de vida, salud, bienestar y desarrollo. Por lo tanto, el cuidado integral tiene una mirada longitudinal e interdisciplinaria. Asume el cuidado de la salud y bienestar integral de una persona como parte de su trayectoria de continuidad de cuidados a lo largo del curso de vida.

Así, el cuidado involucra todos los comportamientos y actitudes en las acciones para favorecer las potencialidades de las personas a quienes se cuida, con la finalidad de mantener o mejorar su salud. Incluye acciones de asistencia o ayuda, atención interdisciplinaria, prevención, protección, acompañamiento, advertencia y disminución de riesgos, realizados con diligencia y oportunidad<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Tejeda de Rivero, 2003, p. 2-7. En: Documento técnico: “Lineamientos de política sectorial en salud mental”, p. 11.

<sup>3</sup> Documento técnico: “Lineamientos de política sectorial en salud mental”, p. 11.

Se adopta el concepto de cuidado integral en reemplazo al de atención integral dado que responde con mayor precisión a la naturaleza y sentido que debe otorgarse al conjunto de acciones articuladas e interdisciplinarias orientadas hacia una vida libre de violencia y el empoderamiento individual de las mujeres víctimas.

#### **b. Acogida**

Se adopta el concepto de acogida por el de admisión en la medida que responde a las pautas para el abordaje inicial del cuidado integral de la violencia contra la mujer, planteadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>4</sup> También, explica mejor la naturaleza y características de la respuesta inicial que se debe brindar a una persona afectada por violencia en cualquier institución. Asimismo, la acogida implica tomar en consideración las situaciones particulares de cada persona y la necesidad de crear condiciones que generen confianza y sientan que llegan a un espacio confiable, seguro y de cuidado, donde pueden hablar sobre la violencia que les afecta. Para ello, el equipo interdisciplinario, recibe a las mujeres, los miembros del grupo familiar y toda persona afectada por violencia sexual, y entabla una conexión cálida, cordial, acogedora y de escucha activa, sin juicios, sin prejuicios, presiones, ni direccionamientos.

#### **c. Definición de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar**

La citada Ley N°30364, establece que la violencia contra las mujeres es “cualquier acción o conducta que les causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico por su condición de tales, tanto en el ámbito público como en el privado”. Así, se entiende por violencia contra las mujeres:

- La que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer. Comprende, entre otros, la violación, el maltrato físico o psicológico y el abuso sexual.
- La que tenga lugar en la comunidad, sea perpetrada por cualquier persona y comprende, entre otros, la violación, el abuso sexual, la tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar.
- La que sea perpetrada o tolerada por los agentes del Estado, donde quiera que ocurra.

Se entiende por violencia contra cualquier integrante del grupo familiar a cualquier acción o conducta que le causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico y que se produce en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, de parte de un integrante a otro del grupo familiar.

#### **d. Tipos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar<sup>5</sup>**

La Ley N° 30364 antes acotada, señala que los tipos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar son:

- a) **Violencia física:** Es la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o

<sup>4</sup> OMS: 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. Washington, DC. OPS, 2014.

<sup>5</sup> Artículo 8 de la Ley No.30364

a la salud. Se incluye el maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a alguna tentativa, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación.

- b) **Violencia psicológica.** Es la acción u omisión, tendiente a controlar su conducta o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla, avergonzarla, insultarla, estigmatizarla o estereotiparla, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación.
- c) **Violencia sexual:** Son 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 las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación.
- d) **Violencia económica o patrimonial:** Es la acción u omisión que ocasiona un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de las mujeres por su condición de tales o contra cualquier integrante del grupo familiar, en el marco de relaciones de poder, responsabilidad o confianza, por ejemplo, a través de:
  1. La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
  2. La pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
  3. La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; así como la evasión del cumplimiento de sus obligaciones alimentarias;
  4. La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

En los casos en que las mujeres víctimas de violencia tengan hijos/as y estos/as vivan con ellas, la limitación de los recursos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna, así como la evasión de sus obligaciones alimentarias por parte de la pareja, se considerará como una forma de violencia económica o patrimonial contra la mujer y los/las hijos/as.

Además, la violencia económica o patrimonial se manifiesta, entre otros, a través de las siguientes acciones u omisiones: a. Prohibir, limitar o condicionar el desarrollo profesional o laboral, restringiendo la autonomía económica. b. Sustraer los ingresos, así como impedir o prohibir su administración. c. Proveer en forma diminuta y fraccionada los recursos necesarios para el sustento familiar. d. Condicionar el cumplimiento de la obligación de alimentos, como medio de sometimiento. e. Dañar, sustraer, destruir, deteriorar o retener los bienes destinados al alquiler, venta o instrumentos de trabajo. f. Dañar, sustraer, destruir, deteriorar o retener los bienes personales como ropa, celulares, tabletas, computadoras, entre otros<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Artículo 4 del Reglamento de la Ley N° 30364, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2016-MIMP, modificado por el Decreto Supremo N° 004-2019-MIMP.

*La acogida implica tomar en consideración las situaciones particulares de cada persona y la necesidad de crear condiciones que generen confianza y sientan que llegan a un espacio confiable, seguro y de cuidado, donde pueden hablar sobre la violencia que les afecta.*

**e. Modelo de atención de salud mental comunitario**

El modelo de atención de salud mental comunitario está centrado en las personas, familias y comunidades. Actúa con la participación protagónica y efectiva de éstas, desde la planificación hasta la evaluación de los procesos implementados para la promoción y protección de la salud mental, y para los cuidados integrales de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio<sup>7</sup>.

**f. Riesgo**

Implica la probabilidad de la presencia de una o más características o factores que incrementen la aparición de la violencia. El conocimiento del riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integralidad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada. Sin embargo, no conduce a la certeza de que el daño se presente<sup>8</sup>.

**g. Síndrome de agotamiento profesional (SAP)**

El Síndrome de agotamiento profesional (SAP) es una respuesta al estrés laboral crónico y se caracteriza por alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Es una consecuencia del rol de atender a otra persona que sufre, labor que implica enfrentar eventos estresantes de índole laboral y afecta la salud física, emocional, relaciones de pareja, desempeño laboral, la calidad del servicio brindado de la persona integrante del equipo que desarrolla las acciones<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitario 2018 – 2021, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA.

<sup>8</sup> Guía técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja, aprobada por Resolución Ministerial N° 070-2017/MINSA.

<sup>9</sup> Elaborado tomando en consideración el “Lineamiento 5: De la prevención y afronte del Síndrome de Agotamiento Profesional” de los Lineamientos para la atención y funcionamiento de los hogares de refugio temporal, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 150-2016-MIMP

## VII. PRINCIPIOS



### 7.1 Igualdad y no discriminación

Garantiza la igualdad de derechos entre mujeres y hombres. Prohíbe toda forma de discriminación. Entiéndase por discriminación, cualquier tipo de distinción, exclusión o restricción, basada en el sexo, que tenga por finalidad o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de las personas<sup>10</sup>.

### 7.2 Interés superior del niño (a)

El principio del interés superior del niño(a), es un conjunto de acciones y procesos enfocados en garantizar un desarrollo integral y una vida digna. Se trata de una garantía donde las niñas y los niños tienen derecho a que, antes de tomar una medida respecto de ellos, se adopten aquellas que promuevan y protejan sus derechos y no las que los conculquen. Así, se trata de superar dos posiciones extremas: el autoritarismo o abuso del poder que ocurre cuando se toman decisiones referidas a los niños y niñas, por un lado, y el paternalismo de las autoridades por otro.

El interés superior del niño(a) es un concepto triple; es un derecho, es un principio y es una norma de procedimiento que otorga al niño, niña o adolescente el derecho a que se considere de manera primordial su interés superior en todas las medidas que lo afecten directa o indirectamente, garantizando sus derechos humanos. Así, se debe, por ejemplo,

<sup>10</sup> Numeral 2.1 del artículo 2 de la Ley N° 30364

dejar patente y explicar cómo se ha respetado este derecho en la decisión o medida que se adopte. Es de alcance a todas las entidades públicas y privadas. En todas las medidas concernientes a las niñas y niños adoptadas por instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos se debe tener en consideración primordial el interés superior del niño(a)<sup>11</sup>.

### **7.3 Debida diligencia**

El Estado adopta sin dilaciones, todas las políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar toda forma de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Deben imponerse las sanciones correspondientes a las autoridades que incumplan este principio<sup>12</sup>.

### **7.4 Intervención inmediata y oportuna**

Los operadores de justicia y la Policía Nacional del Perú, ante un hecho o amenaza de violencia, deben actuar en forma oportuna, sin dilación por razones procedimentales, formales o de otra naturaleza, disponiendo el ejercicio de las medidas de protección previstas en la ley y otras normas, con la finalidad de atender efectivamente a la víctima<sup>13</sup>.

### **7.5 Sencillez y oralidad**

Todos los procesos por violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar se desarrollan considerando el mínimo de formalismo, en espacios amigables para las presuntas víctimas, favoreciendo que éstas confíen en el sistema y colaboren con él para una adecuada sanción al agresor y la restitución de sus derechos vulnerados<sup>14</sup>.

### **7.6 No revictimización**

Se refiere a la no exposición de la víctima y testigos a situaciones de violencia institucional consistentes en interrogatorios repetitivos, cuestionamientos, reproches, dilaciones de tiempo e inacción de las instituciones responsables<sup>15</sup>.

### **7.7 Universalidad del derecho a la atención integral con calidad.**

Todas las mujeres a lo largo del curso de vida y los integrantes del grupo familiar cuentan con acceso y cobertura a los servicios de salud, orden público, justicia, protección y reinserción social. La universalidad del derecho a servicios integrales y articulados es la garantía del derecho de toda persona, familia o comunidad para acceder a un sistema de atención integral y continua para las mujeres sometidas a violencia y el grupo familiar. Se trata de un sistema de servicios generales, especializados, diferenciados y articulados que funcionan en red; incluye la producción de bienes, acceso y cobertura vinculados con la identificación de necesidades, detección y registro de casos, prevalencia y magnitud de la violencia contra la mujer y grupo familiar, la prevención del riesgo y promoción de factores protectores, la protección jurídica y social, el tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial a lo largo del curso de la vida, sin distinción de clase social, etnia, género, credo, nacionalidad y otra condición personal u colectiva.

<sup>11</sup> Artículo 2.2 de la Ley N° 30364

<sup>12</sup> Artículo 2.3 de la Ley N° 30364

<sup>13</sup> Artículo 2.4 de la Ley N° 30364

<sup>14</sup> Artículo 2.5 de la Ley N° 30364

<sup>15</sup> Protocolo Interinstitucional de acción frente al feminicidio, tentativa de feminicidio y violencia de pareja de alto riesgo, p. 11, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2018-MIMP

### 7.8 Toma de decisiones informada

Brindar a la persona usuaria la información y los recursos de afronte necesarios, incluida la orientación sobre la seguridad personal y familiar para que pueda tomar una decisión respecto a la situación de violencia. Asimismo, se debe considerar que es posible que la usuaria, pese a la información recibida, no tome la decisión de denunciar a la persona agresora o abandonarla. Corresponde respetar su decisión, salvo que los hechos constituyan delito o se advierta un riesgo grave, en cuyo caso se actuará de acuerdo al mandato de la ley<sup>16</sup>.

## VIII. ENFOQUES



### 8.1 Enfoque de derechos humanos

Reconoce que el objetivo principal de toda intervención es la protección de los derechos humanos, identificando a los titulares de derechos y aquello a lo que tienen derecho, conforme a sus particulares necesidades; identificando a los obligados o titulares de deberes y de las obligaciones que les corresponden. Se procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar estos, así como a los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones.<sup>17</sup> Exige la incorporación de ciudadanía y derechos como parte de la actuación conjunta de los equipos intersectoriales.

<sup>16</sup> Guía de atención Integral de los Centros Emergencia Mujer, aprobada por Resolución Ministerial N°157-2016-MIMP

<sup>17</sup> Artículo 3.4 de la Ley N° 30364

## 8.2 Enfoque de salud pública

Orienta al cuidado integral del estado de salud y bienestar físico, mental y social de las personas: mujeres, integrantes de la familia, afectados (as) por la violencia de género, reconociendo los contextos geográficos, territoriales y socioculturales a lo largo del curso de la vida.

El enfoque de salud pública tiene tres líneas trazadoras: La promoción de la salud, que aborda los determinantes sociales de la violencia contra la mujer; la prevención del riesgo, que evita que un hecho o una conducta violenta ocurran y aborda los factores de riesgo y a la vez promueve factores protectores para una vida libre de violencia. Y finalmente, la atención del daño, encargada del cuidado integral de la salud y bienestar de las mujeres sometidas a violencia, incluyendo al grupo de familia en su dimensión física, emocional y social; con un enfoque de curso de vida, continuidad de cuidados y protección de la autonomía y la seguridad.

Implica la transversalización de la salud pública en la política de erradicación de violencia.

## 8.3 Enfoque de género

Reconoce la existencia de relaciones asimétricas entre hombres y mujeres, construidas sobre la base de las diferencias de género y que se constituyen en una de las causas principales de la violencia hacia las mujeres. Este enfoque debe orientar el diseño de las estrategias de intervención dirigidas al logro de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.<sup>18</sup>

## 8.4 Enfoque de integralidad

Reconoce que en la violencia contra las mujeres confluyen múltiples causas y factores de riesgo que están presentes en distintos ámbitos, a nivel individual, familiar, comunitario y estructural. Asimismo, afecta a nivel físico, emocional y social. El reconocimiento de la multidimensionalidad de la violencia contra las mujeres y el grupo familiar exige de intervenciones interdisciplinarias e interinstitucionales<sup>19</sup>.

## 8.5 Enfoque de interculturalidad

Reconoce la necesidad del diálogo entre las distintas culturas que se integran en la sociedad peruana, y de recuperar, desde los diversos contextos culturales, todas aquellas expresiones que se basan en el respeto a la otra persona. Este enfoque no admite prácticas culturales discriminatorias que toleren la violencia u obstaculicen el goce de igualdad de derechos entre personas de géneros diferentes<sup>20</sup>.

## 8.6 Enfoque de riesgo

Orientado a la reducción de las posibilidades de riesgo de las víctimas de sufrir daño grave, tentativa de feminicidio o feminicidio. Con este enfoque se facilita una acción efectiva preventiva, protectora y oportuna del equipo mediante la valoración, categorización y gestión del riesgo.<sup>21</sup>

<sup>18</sup> Artículo 3.1 de la Ley N° 30364

<sup>19</sup> Artículo 3.2 de la Ley N° 30364

<sup>20</sup> Artículo 3.3 de la Ley N° 30364

<sup>21</sup> Protocolo interinstitucional de acción frente al feminicidio, tentativa de feminicidio y violencia de pareja de alto riesgo, y Guía de atención Integral de los Centros Emergencia Mujer, aprobados por Decreto Supremo N° 004-2018-MIMP y Resolución Ministerial N°157-2016-MIMP, respectivamente.

### 8.7 Enfoque diferencial

Reconoce que hay personas que, por sus características particulares, en razón de su edad, género, orientación sexual, grupo étnico y situación de discapacidad, frente a diversas formas de discriminación y violencia deben recibir una atención y cuidado acorde a su situación, características y necesidades especiales.

Supone llevar a cabo acciones de promoción, prevención y protección; atención y cuidado integral para el restablecimiento de derechos que respondan a las necesidades particulares de las niñas, niños y adolescentes, de las personas adultas mayores, de las personas afectadas pertenecientes a las comunidades indígenas o afro; las personas Lesbianas, Gay, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales (LGTBI), personas con discapacidad o personas migrantes<sup>22</sup>.

### 8.8 Enfoque generacional

Identifica las relaciones de poder entre las personas con distintas edades y sus vinculaciones para mejorar las condiciones de vida o el desarrollo común. Las personas, tienen necesidades diferenciadas según su edad y las estrategias de intervención requieren considerarla para darles un cuidado integral, con un enfoque de curso de vida. El enfoque considera que la infancia, adolescencia, juventud, adultez y adultez mayor son periodos de la vida interconectados que requieren ser identificados para conocer la historia, la construcción de las relaciones de poder a fin de establecer corresponsabilidades.

### 8.9 Enfoque de interseccionalidad

Enfatiza las limitaciones que implican tratar categorías como género, etnia, clase social como variables que actúan de manera separada, desconexa y hasta mutuamente excluyentes. Resalta la complejidad de la reproducción social de las situaciones de exclusión y desigualdad, cuando múltiples ejes o marcadores de diferencia —tales como sexo, diversidad sexual, etnia, nivel socioeconómico, edad y discapacidad—, se “interceptan”, es decir, confluyen y actúan de manera simultánea en la vida y desarrollo de las personas y comunidades, en contextos sociales e históricos específicos.<sup>23</sup> Reconoce que la experiencia de las mujeres sobre la violencia se ve influenciada por factores socioculturales como la etnia, color, religión, opinión política, condición de inmigrante o refugiada, edad o discapacidad; y en su caso incluye medidas orientadas a determinados grupos de mujeres<sup>24</sup>.

Desde esta comprensión, el enfoque interseccional constituye un instrumento para analizar y abordar integral y articuladamente la multidimensionalidad de la violencia de género en contextos específicos.

<sup>22</sup> Guía de atención Integral de los Centros Emergencia Mujer, punto 1.7.f, pág. 21, aprobada por Resolución Ministerial N°157-2016-MIMP.

<sup>23</sup> Zapata M., Cuenca A, Puga I. Guía desde un enfoque interseccional. Metodología para el Diseño y Aplicación de Indicadores de Inclusión Social y Equidad en Instituciones de Educación Superior de América Latina. Proyecto Medidas para la Inclusión Social y Equidad en Instituciones de Educación Superior en América Latina – MISEAL. Alemania: 2014. 43. En: Lineamientos de política sectorial en salud mental. Pág. 23. MINSa, Nov.2018- Fondo De Población de las Naciones Unidas -(UNFPA), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU MUJERES). Ampliando la mirada a la integración de los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos en la programación para el desarrollo. Santiago de Chile: 2012. En: Lineamientos de política sectorial en salud mental. Pág. 23. MINSa, Nov.2018.

<sup>24</sup> Artículo 3.5 de la Ley N° 30364

## IX. DE LOS ÓRGANOS O UNIDADES QUE REALIZAN ACTUACIÓN CONJUNTA



### 9.1 Establecimientos de Salud

Los Establecimientos de Salud (EE.SS.) son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud. En adición al cumplimiento de las normas de carácter general del Ministerio de Salud, para brindar servicios de salud, los EE.SS. deberán encontrarse registradas en la Superintendencia Nacional de Salud<sup>25</sup>.

### 9.2. CEM

Los Centros Emergencia Mujer – CEM son servicios públicos especializados, interdisciplinarios y gratuitos, que brindan atención integral para contribuir a la protección, recuperación y acceso a la justicia de las personas afectadas por hechos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar y violencia sexual, además realizan acciones de prevención de la violencia, y la promoción de una cultura democrática y respeto a los derechos humanos.

<sup>25</sup> Artículo 7 del Decreto Legislativo 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

## X. DE LAS CONSIDERACIONES PARA LA ACTUACIÓN CONJUNTA ENTRE CEM Y EESS



### 10.1 De la actuación conjunta entre el personal del CEM y de los EE.SS.

Los equipos interdisciplinarios de los CEM y de los EE.SS. realizan de forma continua y coordinada acciones centradas en las personas afectadas víctimas de violencia que acudan a sus servicios. Es necesario para ello el apoyo técnico mutuo y continuo, así como el desarrollo de acciones estratégicas planificadas adaptadas al contexto de cada territorio.

Para ello, los CEM y los EE.SS., así como las instancias correspondientes son responsables del cumplimiento del presente protocolo.

Asimismo, es obligatoria la evaluación inicial conjunta de CEM y EE.SS., en cada territorio, para el diagnóstico de las fortalezas, nudos críticos, barreras y estrategias en relación con la ruta de actuación conjunta a fin de desarrollar un plan de intervención y mejora de la articulación, acogida, cuidado integral, considerando los resultados operativos y estratégicos intra e intersectoriales. Esta obligación corresponde al Comité intersectorial local CEM-EE.SS.

### 10.2 Sobre la obligación de destinar recursos humanos, logísticos y presupuestales suficientes

El MINSA y el MIMP integran –junto con otras entidades– el Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Las entidades que conforman el Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar destinan recursos humanos suficientes, incluyendo personal especializado según necesidades

*“La actuación conjunta entre el CEM y el EE.SS, contribuye en una articulación intersectorial y los procedimientos que aseguren la actuación global e integral con los distintos servicios implicados en el sistema de atención para la protección, recuperación y acceso a la justicia de las personas afectadas por hechos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, y violencia sexual.”*

territoriales, recursos logísticos y presupuestales con el objeto de detectar la violencia, atender a las víctimas, protegerlas y restablecer sus derechos<sup>26</sup>.

### **10.3 De la provisión gratuita de servicios de salud**

Las personas atendidas por situaciones de violencia son provistas de todo lo necesario para la promoción, prevención, atención y recuperación integral de la salud física y mental de forma gratuita en todos los EE.SS.; quienes son atendidas, así no cuenten con documento de identidad. Comprende la atención especializada, hospitalización, curaciones, medicinas, tratamiento psicológico y psiquiátrico, exámenes complementarios o prestación, actividad necesaria o requerida para el restablecimiento de su salud, según complejidad en todos los niveles de atención, así como la provisión oportuna de los kits para la atención de casos de violencia sexual, que incluyen la anticoncepción oral de emergencia, entre otros que reduzcan las consecuencias de la violación sexual<sup>27</sup>.

El Ministerio de Salud garantizará las afiliaciones gratuitas al régimen de financiamiento subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS). En caso la víctima que sea inicialmente atendida a través del SIS cuente con otro seguro de salud, la continuidad del tratamiento está a cargo de dicho seguro.

### **10.4 De la Infraestructura adecuada**

Para desarrollar las acciones de cuidado integral, los responsables del MIMP y MINSA, a nivel nacional, regional y local, aseguran la implementación y mejora progresiva de la infraestructura de los servicios y espacios pertinentes culturalmente que garanticen y aseguren la confidencialidad, privacidad y seguridad de las personas afectadas por la violencia.

### **10.5 De la aplicación de intervenciones para el cuidado integral**

El cuidado integral comprende un conjunto de intervenciones como la atención en primera línea, basada en la acogida y la escucha activa; la detección y el diagnóstico con un paquete de servicios integrados de tratamiento y recuperación fundamentado en la continuidad de cuidados y la reinserción social; incluye también la mejora de la seguridad personal de las víctimas y el grupo familiar.

Así, el cuidado integral es un proceso que asocia todas las dimensiones de la violencia:

<sup>26</sup> Art. 10° de la Ley N° 30364 y modificatorias

<sup>27</sup> Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria 083-MINSA/2019/DGIESP “Directiva Sanitaria para el uso del Kit para la atención de casos de violencia sexual”.

física, emocional, sexual, socioeconómica, legal, moral, espiritual y comunitaria; con un enfoque de continuidad de cuidados y protección de la autonomía y la seguridad de las víctimas. Este proceso exige incorporar estrategias y acciones articuladas de fomento del buen trato, prevención del riesgo, promoción de factores protectores y atención centrada en las personas víctimas.

Se considera para el abordaje de personas afectadas por la violencia de género, la aplicación de un conjunto de intervenciones articuladas intersectorialmente para el efectivo cuidado Integral que requiere de la intervención del equipo del CEM y del establecimiento de salud a nivel territorial de manera simultánea, a fin de acortar los tiempos y actuar con celeridad y eficacia, cuyas áreas a intervenir son:

- a) **Gestión social y fortalecimiento familiar:** Orientado a realizar el acompañamiento, activar la red de protección social, realizar intervenciones familiares, seguimiento continuo, así como analizar la situación familiar individualizada, con fines preventivos y toma de decisiones sobre el caso y los integrantes de la familia.
- b) **Acompañamiento legal:** Orientado a contribuir con la protección y defensa de los Derechos Humanos de la persona usuaria del servicio, promoviendo el acceso a justicia, la sanción de las personas agresoras y el resarcimiento del daño mostrar las opciones que tienen las mujeres desde el punto de vista legal, a fin de empoderarlas con respecto a sus opciones para solucionar su situación.
- c) **Acompañamiento a la denuncia:** Orientada a brindar acompañamiento a los procesos de denuncia de las personas afectadas por situaciones de violencia a fin de que se sientan protegidas y apoyadas.

Con respecto a la denuncia, si la persona no quiere realizar la denuncia, el CEM acompaña y orienta al respecto, pero no se genera presiones. En el caso del personal del EE.SS., en el marco de la Ley N° 30364 y Reglamento, cuando en el desempeño de su actividad conoce que una persona se encuentra en situación de violencia o es una persona víctima de violencia sexual, deberá denunciar verbal o por escrito directamente ante la Policía Nacional del Perú, Ministerio Público o Poder Judicial bajo responsabilidad. Para tal efecto pueden solicitar la orientación gratuita de los Centros Emergencia Mujer u Oficinas de Defensa Pública del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos<sup>28</sup>.

- d) **Atención psicológica:** Tanto la contención e intervención en crisis es brindada por el personal del CEM y establecimiento de salud, según sea necesaria; mientras que el tratamiento para la recuperación de la salud mental de las personas afectadas por violencia es brindado por un EE.SS. (establecimientos de salud o centros de salud mental comunitario) según sea el caso, como parte fundamental de las soluciones a los problemas de violencia vividos.
- e) **Atención clínica psicosocial:** Orientada a la recuperación de la salud integral. Se considera además un registro y notificación oportuna y adecuada, informes y certificados físicos y psicológicos con valor probatorio del hecho de violencia y sus secuelas, según se requiera o corresponda, así como intervenciones clínico-comunitarios a nivel individual, familiar y grupal. Incluye visitas domiciliarias y en entornos comunitarios (colegios, trabajo, comunidad y otros).

<sup>28</sup> Artículo 15 de la Ley N° 30364, Reglamento y sus modificatorias.

- f) **Registro de pruebas y certificados:** - Los certificados e informes 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. También tienen valor probatorio los certificados e informes expedidos por los centros de salud parroquiales y los establecimientos privados cuyo funcionamiento se encuentre autorizado por el Ministerio de Salud.

Los certificados e informes que califican o valoran el daño físico y psíquico, así como la afectación psicológica, cognitiva o conductual de la víctima deben estar acordes con los parámetros médico-legales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público. También tendrán valor probatorio aquellos informes elaborados acorde a cualquier parámetro técnico que permita determinar el tipo y grado del daño o afectación<sup>29</sup>.

El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses establece los parámetros para la evaluación y calificación del daño físico o psíquico generado por la violencia perpetrada contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, así como el recojo y custodia de evidencias en el marco de sus competencias.

El Ministerio de Salud elabora los parámetros técnicos que permiten determinar el tipo y grado de daño o afectación, en coordinación con el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- g) **Provisión y abastecimiento oportuno de insumos, medicamentos, exámenes o pruebas complementarias** necesarias para la atención integral en todas las etapas del proceso de atención, desde la acogida, hasta el alta, durante el tratamiento ambulatorio y hospitalario. Así, se considera la provisión adecuada de medicamentos para el tratamiento psiquiátrico, según sea necesario; exámenes o pruebas complementarios para emitir diagnósticos sobre los hechos de violencia; detección y atención temprana de posibles infecciones de transmisión sexual; administración de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) ante la eventualidad de un embarazo no deseado brindando el KIT para el manejo de la violación sexual, según normatividad vigente; el resguardo de la adecuada obtención, conservación y documentación de la prueba de los hechos de violencia; y cualquier otra actividad necesaria o requerida para el restablecimiento de su salud de las mujeres y los integrantes víctimas de violencia en el marco de la Ley N° 30364 y víctimas de violencia sexual.

## 10.6 Sobre la intervención interdisciplinaria

En todos los casos, es necesaria la intervención conjunta de equipos interdisciplinarios para la realización de las acciones de cuidado integral y en el conocimiento de la presente ruta articulada de actuación conjunta, dada la complejidad de las situaciones de violencia que solicitan atención de los CEM o en los EE.SS. Cada persona víctima de violencia tiene necesidades de cuidado personalizado y considera los diversos factores de riesgo presentes.

<sup>29</sup> Artículo 13 de la modificatoria del Reglamento de la Ley N°30364

## XI. DISPOSICIONES PARA LA ACTUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD FRENTE A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, EN EL MARCO DE LA LEY N° 30364



- a) Actuación conjunta territorializada, basada en el presente protocolo de actuación conjunta interinstitucional y de acuerdo a la jurisdicción de los EE.SS.
- b) En el marco del presente Protocolo, los EE.SS. brindarán en forma gratuita la promoción, prevención, atención y recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Incluye un plan de atención individualizado que asegure la atención médica; exámenes de ayuda diagnóstica (laboratorio, imagenología y otros); hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico y psiquiátrico; y cualquier otra prestación, actividad necesaria o requerida para el restablecimiento de su salud<sup>30</sup>.
- c) Activación de las redes de apoyo familiar y comunitario para mejorar la seguridad de las víctimas y el grupo de familia, en todos los casos.
- d) Para la atención de víctimas de violación sexual, se tiene en cuenta la atención especializada

<sup>30</sup> Artículo 10.c de la Ley N° 30364 y modificatorias

que éstas requieren, de acuerdo a lo previsto en la Ley N° 30364, su Reglamento<sup>31</sup>, lo establecido por el Ministerio de Salud<sup>32</sup> y el presente documento.

- e) Los profesionales de la salud de los EE.SS. denunciarán los casos de violencia contra la mujer o los integrantes del grupo familiar, que conozcan en el desempeño de su actividad. Para interponer una denuncia no es exigible presentar resultados de exámenes físicos, psicológicos, pericias de cualquier naturaleza o mostrar huellas visibles de violencia. Si cuenta con documentos que sirvan como medios probatorios, estos se reciben e incluyen en el informe de la Policía Nacional del Perú, del Ministerio Público o en el expediente del Poder Judicial<sup>33</sup>.
- f) Respecto de las medidas de protección, el Juzgado de Familia dispone lo necesario para supervisar el cumplimiento de dichas medidas en coordinación con las entidades pertinentes. En los lugares donde no exista equipo multidisciplinario del Poder Judicial para realizar visitas periódicas e inopinadas a fin de supervisar el cumplimiento de la medida de protección brindada en los casos en que las víctimas sean niños, niñas, adolescentes, mujeres, personas adultas mayores o personas con discapacidad, el Juzgado de Familia puede disponer que la supervisión sea realizada por los centros de salud mental comunitarios u equipos interdisciplinarios especializados de hospitales<sup>34</sup>.
- g) Los establecimientos de salud resguardan la adecuada obtención, conservación y documentación de la prueba de los hechos de violencia, en el marco de las prestaciones de salud que brinden<sup>35</sup>.
- h) Los certificados e informes que expidan los médicos de los establecimientos de salud 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, es gratuita la expedición de los certificados y la consulta médica que los origina, así como los exámenes o pruebas complementarios para emitir diagnósticos sobre los hechos de violencia.<sup>36</sup> Asimismo, para otorgarle valor probatorio no se requiere la presencia de los profesionales de la salud para ratificar los certificados y evaluaciones que hayan emitido<sup>37</sup>.
- i) Los servicios de salud aseguran la promoción, prevención, atención y recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas de acuerdo con lo dispuesto por los juzgados de paz y/o las autoridades de las comunidades campesinas, comunidades nativas o rondas campesinas, de conformidad con lo establecido en el artículo 10, literal c), de la mencionada Ley N° 30364<sup>38</sup>.

Así, los establecimientos de salud a cargo del Ministerio de Salud, de las Direcciones y Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional:

<sup>31</sup> Artículo 57 y siguientes del Reglamento de la Ley No.30464, aprobado por Decreto Supremo N°009-2016-MIMP y modificado por el Decreto Supremo N° 004-2019-MIMP.

<sup>32</sup> Artículo 10, literal c de la Ley N° 30364 y modificatorias

<sup>33</sup> Artículo 15 de la Ley N° 30364 y modificatorias

<sup>34</sup> Artículo 23B de la Ley N° 30364 y modificatorias

<sup>35</sup> Artículo 26 de la Ley N° 30364 y modificatorias

<sup>36</sup> Artículo 26 de la Ley N° 30364 y modificatorias

<sup>37</sup> Artículo 26 de la Ley N° 30364 y modificatorias

<sup>38</sup> Artículo 47° de la Ley N° 30364 y modificatorias

- a) Tienen a su cargo la provisión gratuita de servicios de salud para la recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas de violencia.
- b) Los establecimientos de salud atienden a las mujeres víctimas de violencia y el grupo familiar, independientemente si cuentan o no con DNI. El contar con documento de identidad no será un requisito indispensable para acceder a la atención integral.
- c) Es prioridad la atención y cuidado integral de las mujeres víctimas y el grupo familiar; asegura una ruta de referencia y contrareferencia de acuerdo con la gravedad de la situación que lo amerite; en particular para disponer de camas hospitalarias requeridas, según sea necesario.
- d) Respecto de las atenciones médicas y psicológicas que brinde, resguarda la adecuada obtención y conservación de la documentación de la prueba de los hechos de violencia. Esta obligación se extiende a todas las atenciones médicas, psicológicas, de bienestar y seguridad que se brindan a las víctimas de violencia en los servicios públicos y privados.
- e) Asimismo, emiten los certificados e informes correspondientes de calificación del daño físico y psíquico de la víctima, conforme a los parámetros médico-legales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público o a cualquier parámetro técnico que permita determinar el tipo y grado del daño; así como los informes que valoran la afectación psicológica, cognitiva o conductual.
- f) Estos certificados expedidos por los EE.SS., de acuerdo al marco legal vigente, tienen valor probatorio. No resulta necesaria la realización de la audiencia especial de ratificación pericial; por lo que no se requiere la presencia de los/as profesionales de la salud para ratificar los certificados y evaluaciones que hayan emitido para otorgarles valor probatorio.
- g) La atención está centrada en las necesidades y preocupaciones de las víctimas de violencia de género. La acogida cálida y una escucha activa es la manera de recibirlas, se asegura no juzgarlas, culpabilizarlas o censurarlas. Se recoge información sobre sus necesidades y preocupaciones, prevé su seguridad y brinda un apoyo y cuidado integral por el equipo interdisciplinario. Los procedimientos previos al inicio de tratamiento y recuperación física y psicológica forman parte de las responsabilidades de todas los EE.SS.
- h) Todos los EE.SS. son responsables de adoptar mecanismos de formación, capacitación y especialización permanente a los profesionales de la salud a cargo de brindar los servicios de salud para la recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas de violencia.
- i) De igual forma, cada EE.SS. es responsable de promover y fortalecer programas para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación física y psicosocial, contribuyendo al logro de bienestar, seguridad y desarrollo de la víctima, en condiciones de plena accesibilidad y respeto de los derechos fundamentales, de conformidad con las políticas del Ministerio de Salud; y, garantizar atención y continuidad de cuidados de calidad a los casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar<sup>39</sup>.
- j) De acuerdo al marco legal vigente, la atención de las víctimas de la violencia contra la mujer

<sup>39</sup> Art. 45, numeral 3 de la Ley N° 30364 y sus modificatorias

***Los EE.SS. brindarán en forma gratuita la promoción, prevención, atención y recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Incluye un plan de atención individualizado que asegure la atención médica; exámenes de ayuda diagnóstica (laboratorio, imagenología y otros); hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico y psiquiátrico; y cualquier otra prestación, actividad necesaria o requerida para el restablecimiento de su salud.***

y el grupo de familia es gratuita. Los responsables del EE.SS. gestionan su afiliación en el Seguro Integral de Salud para la atención, recuperación y continuidad de cuidados de su salud física y mental. La atención incluye los exámenes, hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico o psiquiátrico y cualquier otra actividad necesaria para el restablecimiento de la salud<sup>40</sup>.

- k) El suministro de los Kits para la atención de casos de violencia contra la Mujer – Violencia Sexual en casos de violación sexual forma parte obligatoria del paquete de servicios en los EE.SS. para la atención adecuada, oportuna y rápida a las víctimas. Su provisión es gratuita para la paciente<sup>41</sup>.

<sup>40</sup> Art. 45, numeral 3 de la Ley N° 30364 y sus modificatorias

<sup>41</sup> Cfr. Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria 083-MINSA/2019/DGIESP “Directiva Sanitaria para el uso del Kit para la atención de casos de violencia sexual” y, Decreto Supremo N° 008-2018-MIMP, que aprueba el Plan de Acción Conjunto para prevenir la violencia contra las mujeres, así como brindar protección y atención a las víctimas de violencia, con énfasis en los casos de alto riesgo. Lineamiento estratégico 2: Protección a las mujeres, niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia. Objetivo 1: Proveer atención especializada de emergencia en salud a las víctimas de violación sexual. Plazo: agosto 2018. Zonas priorizadas: A nivel nacional. Metas: El 100% de los hospitales del país entregan los kits de emergencia a las víctimas de violación sexual”.

## XII. DISPOSICIONES SOBRE LA ACTUACIÓN DE LOS CEM FRENTE A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, EN EL MARCO DE LA LEY N° 30364

- a) Los CEM son servicios públicos especializados, interdisciplinarios y gratuitos, que brindan atención integral para contribuir a la protección, recuperación y acceso a la justicia de las personas afectadas por hechos de violencia contra las mujeres, los integrantes del grupo familiar y violencia sexual. Realizan acciones de prevención de la violencia, y la promoción de una cultura democrática y respeto a los derechos humanos<sup>42</sup>.
- b) La atención es brindada por los servicios de psicología, social y legal, de acuerdo a las necesidades y particularidades de cada víctima, iniciándose con el ingreso de la persona al servicio. En la evaluación inicial, se analizan los hechos de violencia y se diseñan las estrategias para abordar esta situación de forma individualizada. Comprende la primera entrevista, orientación, la intervención en crisis y valoración de riesgo. En el segundo momento de intervención, se movilizan los recursos internos y externos para contribuir con el acceso a la justicia, protección y recuperación de la persona usuaria del servicio a través del acompañamiento psicológico, patrocinio legal y el fortalecimiento de las redes socio familiares. En la última etapa de la atención se realiza el seguimiento y evaluación del caso<sup>43</sup>.
- c) Cuando los CEM no pueden atender a las víctimas, deben comunicar a la Dirección Regional de Defensa Pública correspondiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos para que este atienda a la víctima<sup>44</sup>.
- d) En los casos en que las víctimas sean niños, niñas, adolescentes, mujeres gestantes, personas adultas mayores o personas con discapacidad, el juzgado de familia dispone que el Equipo Multidisciplinario del Poder Judicial realice visitas periódicas e inopinadas para supervisar el cumplimiento de la medida de protección. Si no existiera Equipo Multidisciplinario del Poder Judicial en el lugar de los hechos, el juzgado de familia puede disponer que la supervisión sea realizada por los CEM, centros de salud mental comunitario, hospitales, defensorías municipales de niños, niñas y adolescentes (DEMUNA), Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF), Estrategia Rural o gobiernos locales, de acuerdo a sus competencias<sup>45</sup>. Los informes psicológicos de los CEM tienen valor probatorio del estado de salud mental en los procesos por violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. La emisión de dichos informes psicológicos es gratuita<sup>46</sup>.

<sup>42</sup> Guía de Atención Integral del Centro Emergencia Mujer (2016), aprobada por Resolución Ministerial N°157-2016-MIMP, pág. 19.

<sup>43</sup> Guía de Atención Integral del Centro Emergencia Mujer (2016), aprobada por Resolución Ministerial N°157-2016-MIMP, p.19.

<sup>44</sup> Artículo 15-A de la Ley N° 30364 y sus modificatorias

<sup>45</sup> Artículo 23-B de la Ley N° 30364 y sus modificatorias.

<sup>46</sup> Artículo 26 de la Ley N° 30364 y sus modificatorias.

### XIII. DISPOSICIONES SOBRE LA RUTA DE ACTUACIÓN CUANDO LA PERSONA USUARIA ES ATENDIDA PRIMERO POR EL CEM Y LUEGO SE DERIVA A LOS EESS



El personal del CEM debe actuar conforme a lo establecido en la “Guía de Atención Integral de los Centros Emergencia Mujer” sobre la etapa de atención denominada “admisión” que debe darse en el marco de una acogida cálida y de escucha activa, debiendo considerar:

- El personal del CEM que recibe a la persona usuaria, como función esencial, genera un espacio significativo, por lo que entabla una conexión cálida, cordial, acogedora y de escucha activa, sin prejuicios ni presiones hacia la persona usuaria. El objetivo es crear un vínculo con la persona usuaria que posibilite mantenerla en el sistema a fin de brindar el cuidado necesario según las necesidades, posibilidades y colaboración de la persona usuaria.
- El personal del CEM identifica el motivo de la consulta y si los hechos referidos por la persona usuaria constituyen violencia contra la mujer o los integrantes de grupo familiar en el marco de la Ley N° 30364, o si es una persona afectada por violencia sexual.

Después de ello, se consideran las acciones dirigidas a orientar, contener, evaluar la situación de riesgo o daño y contribuir a la protección inmediata de la persona usuaria.

El primer nivel de atención en el caso del CEM comprende las acciones dirigidas a orientar, contener, evaluar la situación de riesgo o daño y contribuir a la protección inmediata de la persona

usuaria. Así, este primer nivel de atención comprende las siguientes acciones que se encuentran de manera detallada en la “Guía de atención integral de los Centros Emergencia Mujer”: a) Evaluar y gestionar el riesgo en el que se encuentra la persona usuaria, b) Derivar al EE.SS. territorial, c) Valorar las estrategias de afronte y plan de seguridad, d) Implementar el plan de atención, e) Acompañamiento psicológico.

El personal CEM además de seguir los parámetros de actuación que establece la “Guía de atención integral de los Centros Emergencia Mujer”, sigue lo pautado en el presente protocolo. De igual manera, el EE.SS. deberá seguir sus protocolos, guías y normativa del sector correspondiente, así como el presente protocolo. En ese sentido, dependiendo de la evaluación del riesgo, el CEM realizará las siguientes acciones y derivará a los EE.SS. de la siguiente manera:

#### **A. Derivación de caso no urgente o riesgo leve**

Cuando el caso sea considerado de riesgo leve o de no urgencia por el CEM, el personal del CEM:

- a) Acompaña a la persona usuaria al establecimiento de salud de la jurisdicción, a fin de vincularla con la ruta articulada y reciba atención psicológica y física pertinente, según cada caso.
- b) El personal del CEM entrega al personal del EE.SS. la ficha de identificación del riesgo de la persona usuaria y la Ficha de notificación del caso.
- c) Si no pudiera acompañar a la persona usuaria, informa del caso al personal de la salud designado del EE.SS. del territorio, enviándole: 1) Copia de la Ficha de identificación del riesgo para no revictimizar a la víctima aplicándole nuevamente dicha ficha, y 2) Ficha de notificación del caso.
- d) En el proceso de empoderamiento comunitario, también los miembros de las redes comunitarias pueden acompañar a las víctimas de violencia contra la mujer, familiares de la víctima, miembros de la comunidad o de organizaciones sociales de base que voluntariamente participen, previo consentimiento de la víctima.
- e) Tanto el responsable del EE.SS. como el especialista de enlace del CEM y el equipo interviniente, realizan acciones de coordinación y seguimiento del caso de forma periódica y continua.

*En los casos en los que se detecte un riesgo para la vida o salud, el CEM moviliza todos los recursos disponibles a fin de salvaguardar la integridad de la persona afectada.*

Etapa de atención. Guía de Atención Integral del Centro Emergencia Mujer (2016).

## B. Derivación de caso urgente o en riesgo moderado y severo

En dichos casos, el personal del CEM:

- a) Acompaña a la persona usuaria al Centro de Salud Mental Comunitario – CSMC, del territorio disponible y al establecimiento de salud o servicio especializado de la jurisdicción, a fin de que reciba atención oportuna, según sus necesidades de cuidado integral. Si es una situación de emergencia, debe ser derivado al servicio de emergencia hospitalario disponible, quien procura las prestaciones de salud y acogida, así como el enlace posterior con un establecimiento de salud o centro de salud mental comunitario (CSMC) del ámbito. El personal del CEM debe entregar al personal del EE.SS. la ficha de identificación del riesgo de la persona usuaria y la Ficha de notificación del caso.
- b) Si no pudiera acompañar a la persona usuaria, informa inmediatamente del caso al responsable del EE.SS. y envía: 1) Copia de la Ficha de identificación del riesgo para no revictimizar a la víctima aplicándole nuevamente dicha ficha, y 2) Ficha de notificación del caso.
- c) Tanto el responsable del EE.SS. como del CEM y el equipo interviniente realizan acciones de coordinación y seguimiento del caso, de forma cercana presencial y telefónicamente.

Si se trata de casos de violación sexual, se procederá, además, según el Protocolo de atención de casos de violencia sexual descrita en la Guía Nacional de Salud Sexual y Reproductiva<sup>47</sup>, la Ley N° 30364 y modificatorias, su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2016-MIMP, modificado por el Decreto Supremo N° 004-2019-MIMP y, lo previsto en el presente documento técnico. Asimismo, el personal de la salud deberá aplicar la “Ficha de evaluación de violencia contra la mujer”<sup>48</sup>.

<sup>47</sup> Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA que aprueba las “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

<sup>48</sup> Guía técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja, p.18 y 29-33.

## XIV. DISPOSICIONES SOBRE LA RUTA DE ACTUACIÓN CUANDO LA PERSONA USUARIA ES ATENDIDA PRIMERO POR EL EESS Y LUEGO SE DERIVA AL CEM



El equipo de salud del EE.SS. actúa conforme a lo establecido en la “Guía técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja” y la normatividad vigente subsectorial del MINSA.

Asimismo, el personal de la salud evalúa la salud física y mental de la persona usuaria. Dicha acción es realizada por el equipo de profesionales de la salud del establecimiento. El personal de la salud valora el riesgo en que se encuentra la persona usuaria, tomando el tiempo que sea necesario, a través de un trato cálido. Aplica la “Ficha de valoración de riesgo en víctimas de violencia de pareja”, y, en caso sea necesario, la “Ficha de valoración de riesgo en personas adultas mayores víctimas de violencia familiar” o la “Ficha de valoración de riesgo de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia en el entorno familiar”<sup>49</sup>. Para ello, cada equipo de gestión de las DIRIS, DIREAS o GERESAs dispone el adecuado abastecimiento de formatos con la debida antelación.

De la aplicación de dichas fichas y la evaluación del comportamiento y examen físico se concluye que la víctima se encuentra en riesgo leve, riesgo moderado o riesgo grave/severo. En dichos casos, el personal de la salud ofrece tratamiento y recuperación e información oportuna sobre los CEM. Además, enlaza con el equipo del CEM del ámbito territorial.

<sup>49</sup> Guía de atención integral de los Centros Emergencia Mujer, aprobada por Resolución Ministerial N°157-2016-MIMP, p.123-129.

Persona usuaria en situación de violencia con riesgo leve atendida por el EE.SS.:

<p>Si la usuaria no acepta la atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal de la salud del establecimiento de salud enlaza con el responsable del CEM, Fiscalía de Familia o Mixta, o a la PNP, adjuntando las evidencias, si las hubiera. Envía los certificados médicos elaborados acorde con los parámetros médico-legales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público que acreditan las lesiones sufridas o violencia sexual sufrida o acorde a cualquier parámetro técnico que permita determinar el tipo y grado del daño o afectación.</li> <li>• Para informar al CEM, el personal de la salud responsable utiliza la “Ficha de notificación del caso” 53 y adjunta todos los documentos pertinentes.</li> <li>• El personal de la salud responsable informa al especialista de enlace del CEM, Fiscalía de Familia o Mixta, o a la PNP, si ha aplicado la ficha de valoración del riesgo. Si se hubiera aplicado, se envía una copia de la ficha para no revictimizar a la víctima.</li> <li>• El personal de la salud responsable informa al especialista de enlace designado del CEM que la usuaria no ha aceptado el tratamiento y recuperación que le ofrece el establecimiento de salud con el objetivo de articular con la asistente social del CEM y pueda visitar a la usuaria para motivarla a aceptar el tratamiento, darle información clave, así como gestionar su ingreso en redes de protección, si así lo requiere. Así, el responsable del EE.SS. como del CEM, de manera coordinada, realizan acciones de seguimiento cercano. Establecen enlace telefónico periódico y reuniones presenciales pertinentes, según la valoración de riesgo del caso.</li> <li>• El personal de la salud ofrece asistencia a través de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y asociaciones de mujeres.</li> <li>• El personal de la salud realiza una entrevista motivacional con la finalidad de que la usuaria acepte el tratamiento.</li> </ul>
<p>Si la usuaria acepta la atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal de la salud informa al especialista de enlace del CEM (miembro del Comité intersectorial local CEM-EE.SS.), Fiscalía de Familia o Mixta, o a la PNP, adjunta las evidencias, si las hubiera. Envía los certificados médicos elaborados acorde con los parámetros médico- legales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público o acorde a cualquier parámetro técnico que permita determinar el tipo o grado del daño o afectación.</li> <li>• Para informar al CEM, el personal de la salud utiliza la “Ficha de notificación del caso” 54 y adjunta todos los documentos pertinentes.</li> <li>• El personal de la salud informa al especialista de enlace designado del CEM (miembro del Comité intersectorial local CEM-EE.SS.), Fiscalía de Familia o Mixta, o a la PNP, si ha aplicado la ficha de valoración del riesgo. Si se hubiera aplicado, se envía una copia de la ficha para no revictimizar a la víctima aplicándole nuevamente dicha ficha.</li> <li>• El personal de la salud informa al especialista de enlace del CEM que la usuaria ha aceptado el tratamiento y recuperación que le ofrece el establecimiento de salud.</li> <li>• El personal de la salud, realiza todas las gestiones para que la persona usuaria, de ser necesario, reciba atención por el equipo especializado de salud mental (por el CSMC o servicio especializado de salud mental del hospital, si no hubiere CSMC) o para la atención especializada que 54 Guía de atención integral que requiera por ginecología, cirugía, traumatología, pediatría, emergencia, medicina interna, entre otros, según necesidades y evaluación integral individualizada e interdisciplinaria.</li> <li>• El equipo especializado de salud del centro de salud mental comunitario del ámbito territorial procede a realizar la intervención interdisciplinaria, desarrolla un plan de tratamiento y continuidad de cuidados personalizados. Este plan incluye las acciones relacionadas al servicio de protección e intervención a niñas, niños y adolescentes si hubiere; un plan de continuidad de cuidados si así lo amerita, y un plan de intervención para agresores, según sea el caso. Este plan se coordina también con el especialista de enlace del CEM y el responsable del EE.SS. Asimismo, debe considerar el enlace con el servicio de asesoría legal gratuita disponible de ser necesario, según el caso lo requiera.</li> <li>• En caso de emergencia, el equipo interdisciplinario del EE.SS. brinda la atención inmediata, considera desde la acogida un trato cordial y empático. Asimismo, considera la atención interdisciplinaria y asegura la disponibilidad de camas hospitalarias de forma inmediata, así como asegura la cobertura de prestaciones e insumos requeridos necesarios para la atención integral de la víctima e integrantes del grupo familiar.</li> </ul>

Persona usuaria en situación de violencia con riesgo moderado o grave/severo:

<p>Si la usuaria no acepta la atención</p>	<p>El responsable del establecimiento de salud designa a una persona que enlace con el equipo CEM. Se informa al personal de enlace del CEM oportunamente, para lo cual utiliza la “Ficha de notificación del caso” y envía copia de la ficha de valoración del riesgo que haya aplicado para no revictimizar a la víctima aplicándole nuevamente dicha ficha.</p> <p>El personal de la salud designado por el EE.SS. informa al especialista de enlace del CEM que la usuaria no ha aceptado el tratamiento que le ofrece el establecimiento de salud. La asistente social del CEM visita a la usuaria en coordinación con el equipo de salud sectorista o encargado de la visita familiar integral del EE.SS. respectiva, a fin de motivarla a aceptar el tratamiento, y de conseguir cambio de decisión, consensuar una próxima visita domiciliaria. Realizan el acompañamiento cercano y no pierden el caso y gestionan su ingreso en redes de protección social, si así lo requiere.</p> <p>Tanto el responsable del EE.SS. como del CEM, de manera coordinada, realizarán acciones de seguimiento del caso.</p> <p>El personal de la salud ofrece asistencia a través de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y asociaciones de mujeres. Si no los hubiera en el territorio, propicia la implementación en su establecimiento o ámbito territorial, previo entrenamiento.</p>
<p>Si la usuaria acepta la atención</p>	<p>El personal responsable del EE.SS. designa a un profesional de la salud que realizará el seguimiento del caso. Asimismo, informa al especialista de enlace del CEM, para lo cual utiliza la “Ficha de notificación del caso” y se envía la copia de la ficha de valoración del riesgo que haya aplicado para no revictimizar a la víctima aplicándole nuevamente dicha ficha.</p> <p>El personal de la salud responsable informa al especialista de enlace designado del CEM que la usuaria ha aceptado el tratamiento y recuperación que le ofrece el establecimiento de salud.</p> <p>En ese contexto, la persona usuaria es atendida por el personal de la salud, en especial por un psicólogo o personal de la salud capacitado, quien brindará consejería a la usuaria o la prestación requerida. Cada EE.SS. asegura la presencia de psicólogos para dicho abordaje en número suficiente, según nivel de categorización y normatividad vigente.</p>

## XV. DE LA CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE COMITÉS INTERSECTORIALES LOCALES CEM-EE.SS. PARA EL ACOMPAÑAMIENTO, SEGUIMIENTO, COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN



El Comité Intersectorial local CEM-EE.SS. es la instancia funcional permanente de seguimiento y coordinación entre el CEM y los EE.SS. En este espacio, el comité dialoga y revisa de forma conjunta y mensualmente los casos de violencia contra la mujer que han sido derivados y acompaña integral y articuladamente para la mejora de acciones estratégicas en el abordaje y corresponsabilidades por parte de los equipos del CEM y los EE.SS. El objetivo es contribuir con la mejora del cuidado integral a la persona víctima, así como realizar el seguimiento efectivo y oportuno de cada caso, de forma individualizada y contextualizada y resolver las barreras en la ruta de atención conjunta.

El Comité es un espacio clave para analizar y articular las intervenciones en casos complejos y otros, y se actúa como un sistema de enlace intersectorial efectivo de los casos atendidos. Asimismo, evalúa, fortalece e implementa buenas prácticas y lecciones aprendidas desarrolladas a nivel local o regional. También es un espacio para informar, para fortalecer las capacidades y brindar asistencia técnica intersectorial, en el marco del desarrollo de sus responsabilidades, de acuerdo a la normatividad vigente.

Se institucionaliza la creación del Comité Intersectorial local CEM-EE.SS. a través de una Resolución Directoral de la DIRIS o DIRESA o GERESA, según corresponda jurisdiccionalmente. Se

crea un Comité en cada ámbito territorial donde tenga alcance cada CEM. Se considera un número mínimo de tres miembros integrantes.

Asimismo, dicho Comité en coordinación con las DIRIS o DIRESA o GERESA planifica y coordina la capacitación y entrenamiento de los equipos interdisciplinarios de los EE.SS. y los CEM con la finalidad de fortalecer el desarrollo de capacidades conjuntas en aspectos fundamentales como la acogida, el acompañamiento adecuado, el cuidado integral, seguimiento y continuidad de cuidados, así como evitar la revictimización o la pérdida del caso en el circuito de actuación conjunta.

Cada Comité Intersectorial local CEM-EE.SS. diseña y mantiene actualizado un directorio interinstitucional no solo del CEM y los EE.SS. que forman parte del Comité sino también de los servicios de otros sectores intervinientes territoriales.

El Comité se reúne de forma mensual y mantiene comunicación fluida y activa en relación con los casos abordados conjuntamente.

El Comité se constituirá con la designación del personal de la salud u otro del EE.SS. y del CEM, dejando a criterio de los responsables de ambos, respecto del número de sus representantes, según el número de incidencias o denuncias por violencia familiar de su jurisdicción.

*El acompañamiento, seguimiento, coordinación es una acción continua que implica la recopilación sistemática de datos a fin de analizar, revisar el trabajo de actuación conjunta efectivo y oportuno, determinar el avance de los objetivos, promueve la retroalimentación y mejora del servicio.*

## XVI. DISPOSICIONES PARA EL ABORDAJE A PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL



Para la atención de estos casos se consideran las siguientes acciones:

El abordaje a personas víctimas de violación sexual, en especial de niñas, niños y adolescentes representan casos de extremo cuidado y es imprescindible la celeridad e idoneidad de la atención en los EE.SS. y CEM, garantizando una atención adecuada y pertinente y un abordaje de continuidad de cuidados, teniendo en cuenta los principios de debida diligencia e interés superior de la niña, niño y adolescente.

Para la atención de estos casos se consideran las siguientes acciones:

- a. La persona víctima de violación sexual es trasladada por el personal del CEM al Instituto de Medicina Legal o atendida en el EE.SS. para la inmediata práctica de un examen médico y psicológico completo y detallado por personal especializado, ofreciendo la posibilidad de ser acompañada por alguien de confianza o personal del CEM si así lo desea.
- b. El personal del CEM, bajo responsabilidad, informa a la persona víctima de violación sexual, de forma adecuada y oportuna, sobre su derecho a la atención integral de

salud, a la aplicación del Kit para la atención de casos de violencia contra la mujer-violencia sexual<sup>50</sup>, que incluye, entre otros, la anticoncepción oral de emergencia (AOE) y antirretrovirales, así como, en caso de embarazo producto de la violación sexual, de su derecho a ser evaluada integralmente por un EESS para que se determine si este pone en riesgo su vida o genera un riesgo en su salud grave o permanente.

- c. El personal del CEM, bajo responsabilidad, garantiza la adecuada referencia a un EE.SS. en el más breve tiempo posible para la detección y atención temprana de posibles infecciones de transmisión sexual, así como para la administración del kit para la atención de casos de violencia contra la mujer –violencia sexual, la evaluación integral de la víctima, así como el abordaje de su afectación emocional.
- d. En caso de embarazo, el EESS debe informar a la víctima, o tratándose de niñas y adolescentes a su padre, madre o representante legal, bajo responsabilidad, de su derecho a ser evaluada integralmente. La evaluación integral<sup>51</sup> incluye el estado físico y mental, así como la edad de la víctima, como aspectos fundamentales para determinar el riesgo de vida o un mal grave o permanente en salud<sup>52</sup> y su recuperación integral. En caso el EESS determine en la víctima la existencia de riesgo de vida o un mal grave o permanente en su salud, aplica la Guía Técnica correspondiente<sup>53</sup>.
- e. El EE.SS. brinda la atención especializada que se requiera, centrada en las necesidades de la persona, asegurando el acceso al servicio oportuno y cobertura de servicios necesarios.
- f. Se deberá proceder a un registro adecuado en la historia clínica de todo lo observado, a fin de preservar las pruebas.
- g. Si es necesario, la víctima es trasladada al EE.SS., que permita la evaluación especializada, adjuntando la información inicial.
- h. El examen médico en casos de violación sexual debe ser idóneo al tipo de violencia denunciada por la víctima y así evitar procedimientos invasivos y revictimizadores. Independientemente del medio empleado, se recurre a la evaluación psicológica para apoyar la declaración de la víctima.

<sup>50</sup> Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria 083-MINSA/2019/DGIESP “Directiva Sanitaria para el uso del Kit para la atención de casos de violencia sexual”

<sup>51</sup> De acuerdo a la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. Perú está asociado a ella, a través de la Organización Panamericana de la Salud.

<sup>52</sup> Ley N°26842, Ley General de Salud “Artículo 11.- Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación (...)”.

<sup>53</sup> Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA.

- i. Los EE.SS. deben contar con recursos disponibles y suficientes para la atención de casos de violación sexual, bajo responsabilidad, tales como insumos, equipos y Kit para la atención de casos de violencia contra la mujer-violencia sexual<sup>54</sup>, e informar sobre el derecho a recibir tratamiento frente a infecciones de transmisión sexual, antirretrovirales, anticonceptivo oral de emergencia y otros, los cuales se administran previo consentimiento informado
- j. El personal de la salud del EE.SS., proporciona a la víctima de violación sexual, especialmente las niñas y adolescentes, bajo responsabilidad, el kit de emergencia, que considera la anticoncepción oral de emergencia (AOE), antirretrovirales, según normatividad vigente y lleva a cabo los exámenes pertinentes para evitar cualquier enfermedad de transmisión sexual, previo a la firma del consentimiento informado.
- k. Los EE.SS. deben brindar a la víctima atención médica y psicológica tanto de emergencia como de forma continuada si así se requiere, siguiendo un protocolo de atención cuyo objetivo es reducir las consecuencias de la violación sexual, así como la recuperación física y mental de la víctima.<sup>55</sup>

<sup>54</sup> Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria 083-MINSA/2019/DGIESP “Directiva Sanitaria para el uso del Kit para la atención de casos de violencia sexual”

<sup>55</sup> Artículo 59 de Reglamento de la Ley N° 30364, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2016-MIMP, modificado por el Decreto Supremo N° 004-2019-MIMP.

## XVII. DISPOSICIONES PARA LA ATENCIÓN DIFERENCIADA DE PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA



Tanto los CEM como los EE.SS. establecen con cada persona víctima de violencia una relación personalizada, amable, respetuosa e implementan acciones orientadas a evitar la doble victimización de hechos de violencia a fin de protegerla de experiencias negativas en su intento de buscar justicia y reparación del daño sufrido.

El trato del servicio se caracteriza por el reconocimiento de sus necesidades, respeto de sus derechos y el trato digno, considerando si se encuentra en una situación de vulnerabilidad dada por alguna condición personal o por una situación específica que lo afecta.

### 17.1 Niñas, niños y adolescentes.

**Tanto en los EE.SS. y CEM, en caso de niñas, niños y adolescentes<sup>56</sup>.**

- a) Se debe identificar las necesidades de atención urgente de los niños, niñas y adolescentes, a fin de satisfacerlas prioritariamente. La atención en salud, alimentación, vestido, descanso, contención emocional u otras vinculadas a su atención integral física o mental, son previas a cualquier otro tipo de actuación.
- b) La entrevista a niños, niñas y adolescentes se realiza una sola vez, se toma en cuenta su opinión y de preferencia se lleva a cabo por un profesional de psicología. En todos los casos de atención a niñas, niños y adolescentes prima el interés superior del niño, teniendo en cuenta la confidencialidad de la información y el principio de no revictimización.

<sup>56</sup> Guía de Atención Integral del Centro Emergencia Mujer (2016), aprobada por Resolución Ministerial N°157-2016-MIMP, p.30

- c) El lugar en el que se desarrolle la atención, así como las personas que deben estar presentes (padres, tutores, otros adultos de confianza para la niña o niño), se determina en función de las características particulares del caso. No debe admitirse la participación de la persona agresora o del padre o tutor que consintió o no denunció los hechos de violencia. En todos los casos se toma en cuenta la opinión del niño, niña o adolescente respecto de la persona adulta que participa.
- d) En caso presente algún tipo de discapacidad o impedimento que limite su desplazamiento el personal del servicio se traslada a donde este se encuentre.
- e) Se realizan actividades que permitan –a través del juego, colores, papel, muñecos–, crear un clima de confianza para que el niño o niña pueda expresarse. Debe recordarse que ellos y ellas, a diferencia de los adultos, comunican lo que sienten no necesariamente a través de la palabra.
- f) Se debe explicar a la niña o niño quién es la persona que lo atiende y/o entrevista, dónde trabaja, por qué está con esta persona, y que ella puede ayudarle.
- g) Se le reconoce como sujeto de derechos y se garantiza el ejercicio pleno de sus derechos. Puede denunciar actos de violencia en su agravio o en agravio de otras personas, sin necesidad de la presencia de una persona adulta.<sup>57</sup>
- h) Preguntar con claridad y en lenguaje claro, sencillo y comprensible según la edad y nivel de comprensión, contexto cultural y en la lengua materna de la niña o niño.
- i) Se evitan las preguntas de respuesta Sí/No y se utilizan preguntas abiertas. Tener cuidado de no sugerir respuestas.
- j) El abordaje debe ser acorde a su edad y desarrollo, se orienta en lenguaje sencillo sobre los derechos que le asisten, el trámite que seguirá su denuncia y cuál será la actuación de las autoridades. Se considera la información proporcionada por los padres o apoderado, previa a la entrevista la cual se recoge en un tiempo corto para priorizar la atención del niño o niña. El niño o niña debe permanecer en otro ambiente adecuado mientras espera la entrevista.
- k) Se valora la respuesta de los padres o apoderados ante los hechos de violencia. Se accede a los miembros de la familia u otros, siempre y cuando sea necesario y se considere que pueden aportar información complementaria relevante, sobre todo si fueron testigos de los hechos de violencia.
- l) En caso de presunta violencia sexual u otro delito vinculado a hechos de violencia, se entrevista sin explorar los hechos de violencia, a fin de evitar la revictimización, debiendo poner en conocimiento del Ministerio Público dichos hechos<sup>58</sup>. Sin perjuicio de ello, deben identificarse los factores de riesgo que afecten la integridad del niño, niña o adolescente para solicitar las medidas de protección idóneas.
- m) En todos los casos se toma en cuenta la opinión de la niña, niño o adolescentes en función de su edad y madurez<sup>59</sup>.

<sup>57</sup> Artículo 17.1 del Reglamento de la Ley N° 30364.

<sup>58</sup> Su representación legal letrada es una garantía procesal

<sup>59</sup> Artículo 9 del Código de los Niños y Adolescentes

**17.2 Tanto en los EE.SS. y CEM, en el caso de personas adultas mayores<sup>60</sup>**

- a) El lugar en el que se desarrolle la atención se determina en función de las características particulares del caso. Si la persona adulta mayor no puede acceder al servicio, las/las profesionales de la salud de todos los EE.SS. y CEM se trasladan al lugar donde se encuentre.
- b) Escuchar, permitirles expresarse y tener consideración de sus opiniones y preferencias.
- c) Informar de forma clara y detallada sobre la situación de violencia y las alternativas de solución, evita actitudes de paternalismo y la infantilización, favorecer la comprensión de lo que comunicamos y adaptarse a las dificultades que puedan tener, sobre todo si existe déficit sensorial. Hablarles mientras que se les mira a los ojos, con lenguaje sencillo, utilizar frases cortas, elevar la voz si se precisa y cuidar la comunicación no verbal. Hay que asegurar que lo han entendido.
- d) Permitirles que elijan, sin presionar las decisiones que tomen sobre los hechos de violencia, el lugar donde quieran vivir o las ayudas sociales que quieran recibir, salvo que constituya un caso de riesgo severo o que sea un delito perseguible de oficio en el que se comunicará de inmediato a la autoridad competente.
- e) En casos en las que acuda la persona sola se identifica una red de apoyo familiar o comunitario.
- f) Se recaba información y realiza acciones para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores con o sin discapacidad y sus familias en un contexto de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad al servicio.
- g) Promover la autonomía y la independencia de las personas adultas mayores.
- h) Promover la participación de la persona adulta mayor en actividades culturales o recreativas dentro de la comunidad.

**17.3 Tanto en los EE.SS. y CEM, en el caso de las personas con discapacidad<sup>61</sup>**

- a) Se dirigen directamente a la persona con discapacidad, no a su acompañante, si lo hubiera. Según corresponda, se invita a las personas acompañantes a que se dirijan a la persona usuaria y no al personal del CEM o del EE.SS. como intermediario.
- b) Se exploran factores protectores y de riesgo.
- c) En caso acuda sola, se identifica una red de apoyo familiar o comunitario.
- d) Escuchar, permitirles expresarse y tener consideración de sus opiniones y preferencias, según corresponda.
- e) Conocer sus necesidades específicas, antes de intentar brindar apoyo con objeto de ajustar la respuesta de atención.
- f) Evitar el uso de diminutivos o actitudes paternalistas.

<sup>60</sup> Guía de Atención Integral del Centro Emergencia Mujer (2016), Resolución Ministerial N°157-2016-MIMP, p.31

<sup>61</sup> Guía de Atención Integral del Centro Emergencia Mujer (2016), Resolución Ministerial N°157-2016-MIMP, p.31

- g) Es necesario, tener presente que no se debe exigir más de lo que puedan hacer ni creerles incapaces y hacerles todo, limitar la ayuda a lo necesario, procurando que la persona haga sola las actividades que en ese momento esté en capacidad realizar.
- h) La atención está orientada a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad física y mental y sus familias, en un contexto de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad al servicio.
- i) Informar de forma clara y detallada sobre la situación de violencia, promoviendo el ejercicio de la autonomía de las personas con discapacidad y evitando actitudes de paternalismo e infantilización, favoreciendo la comprensión de lo que comunicamos y adaptándonos a las dificultades que puedan tener. Se debe asegurar de que el mensaje ha sido entendido.
- j) Respetar sus decisiones, aun con el riesgo de que se equivoquen, salvo que constituya un caso de riesgo severo o que sea un delito perseguible de oficio en el que se comunicará de inmediato a la autoridad competente.
- k) Ser pacientes, escuchar activamente, no sancionar o juzgar, estar abiertos a diferentes formas de comunicación y aceptar con naturalidad el uso de ayudas técnicas en la comunicación y en la interacción.
- l) Cuando sea pertinente, identificar signos y síntomas asociados a alguna discapacidad mental, de manera simultánea a la identificación de los indicadores asociados a violencia. Si fuera el caso, brindar información y atención a la familia sobre las condiciones de discapacidad de la persona usuaria y la necesidad de atención especializada. Insertarla en el tratamiento especializado, trabajando con la familia para garantizar la continuidad del tratamiento, derivándola oportunamente al centro de salud mental comunitario del territorio o servicio especializado de salud mental disponible.

#### **17.4 Tanto en los EE.SS. y CEM, en el caso de migrantes internos y externos<sup>62</sup>**

- a) Identificar y fortalecer redes de apoyo familiar o comunitaria.
- b) Brindar información sobre la legislación vigente y los mecanismos previstos en el Perú frente a la violencia.
- c) Coordinar con INABIF, instituciones públicas, privadas, ONGs o empresas de transportes para el traslado de la persona a su lugar de origen o domicilio de la red familiar idónea.
- d) Si la persona migrante lo solicita, coordinar con la Embajada o Consulado según corresponda, la ubicación de familiares o amistades.
- e) Asegurar el cuidado integral y el acompañamiento desde CEM y EE.SS. del territorio, durante toda la ruta de atención.

<sup>62</sup> Guía de Atención Integral del Centro Emergencia Mujer (2016), Resolución Ministerial N°157-2016-MIMP, p.32

### 17.5 Tanto en los EE.SS. y CEM, en el caso de las personas LGTBI<sup>63</sup>

Esta población que enfrenta condiciones de vulnerabilidad es atendida de acuerdo a los lineamientos para la atención de personas Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales e Intersexuales (LGTBI), afectadas por violencia.<sup>64</sup> En ese sentido, se tienen las siguientes consideraciones:

- a) Despatologización de la atención de las personas LGTBI.
- b) Utilizar un lenguaje inclusivo y respetuoso, sin presuponer la heterosexualidad de las personas que acceden al CEM o a un EE.SS.
- c) Acoger, escuchar activamente e identificar necesidades integrales y prácticas de las personas LGTBI y prever su seguridad. No juzgar o sancionar.
- d) Asegurar una atención especializada que reconozca las características de la violencia contra las personas LGTBI.
- e) Prever su seguridad. Es necesario partir del reconocimiento que la violencia por orientación sexual, expresión y/o identidad de género posee un componente de discriminación y estigma que podría contribuir al riesgo permanente por tratarse de la identidad de la persona.
- f) Contribuir a la recuperación emocional de las personas LGTBI afectadas por hechos de violencia de género, familiar y sexual atendidas en el CEM.
- g) Contribuir al cuidado integral y a la protección efectiva de las personas LGTBI afectadas por violencia de género, familiar y sexual que se encuentran en condiciones de riesgo y alta vulnerabilidad.
- h) Identificar factores de riesgo y de protección.
- i) Incorporar intervenciones de fortalecimiento individual y comunitario, así como su inclusión en redes de apoyo.
- j) Promover la cobertura y acceso a la justicia de las personas LGTBI afectadas por violencia.
- k) Sensibilización y capacitación al personal de la salud en el cuidado de la salud mental de la comunidad LGTBI.<sup>65</sup>

<sup>63</sup> Guía de Atención Integral del Centro Emergencia Mujer (2016), Resolución Ministerial N°157-2016-MIMP, p.33

<sup>64</sup> Resolución de la Dirección Ejecutiva N° 017-2016-MIMP-PNVFS-DE

<sup>65</sup> Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental. MINSA. Dic, 2018.

## XVIII. DE LA EMISIÓN DE CERTIFICADOS E INFORMES MÉDICOS<sup>66</sup>



Los certificados de salud física y mental expedidos por los médicos de los EE.SS. son gratuitos y tienen valor probatorio acerca del estado de salud física y mental en los procesos por violencia contra las mujeres, los integrantes del grupo familiar y las personas afectadas por violencia sexual. Igual valor tienen los certificados e informes expedidos por los centros de salud parroquiales y los establecimientos privados cuyo funcionamiento se encuentren autorizados por el Ministerio de Salud.

Asimismo, los informes psicológicos de los CEM y otros servicios estatales especializados tienen valor probatorio del estado de salud mental en los procesos por violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Los informes psicológicos expedidos por los CEM son gratuitos.

Los certificados e informes que califican o valoran el daño físico y psíquico, así como la afectación psicológica, cognitiva o conductual de la víctima deben estar acordes con los parámetros médico-legales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público o acorde a cualquier parámetro técnico que permita determinar el tipo y grado del daño o afectación.

<sup>66</sup> Artículo 26 y 10 de la Ley N° 30364 y sus respectivas modificatorias.

Los certificados e informes de salud física y mental contienen información detallada de los resultados de las evaluaciones a las que se ha sometido a la víctima. De ser el caso, los certificados e informes de las evaluaciones físicas deben consignar la calificación de días de atención facultativa y de incapacidad.

Cuando no se pueda contar con los citados certificados o informes, la fiscalía, el juzgado de paz letrado o el juzgado de paz pueden solicitar informes, certificados o constancias de integridad física, sexual o mental a los establecimientos de salud en los que se atendió la víctima, los cuales tienen carácter de medio probatorio en los procesos por violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.

En el sector público, la expedición de los certificados y la consulta médica que los origina, así como los exámenes o pruebas complementarios para emitir diagnósticos son gratuitos.

No resulta necesaria la realización de la audiencia especial de ratificación pericial; por lo que no se requiere la presencia de los profesionales de la salud para ratificar los certificados y evaluaciones que hayan emitido para otorgarles valor probatorio.

Asimismo, respecto del cuidado integral, las atenciones médicas y psicológicas que brinde, el EE.SS. resguarda la adecuada obtención y conservación de la documentación de la prueba de los hechos de violencia. Esta obligación se extiende a todas las atenciones médicas y psicológicas que se brindan a las víctimas de violencia en los servicios públicos y privados, que además deben emitir los certificados e informes correspondientes de calificación del daño físico y psíquico de la víctima conforme a los parámetros médico-legales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público o a cualquier parámetro técnico que permita determinar el tipo y grado del daño; así como los informes que valoran la afectación psicológica, cognitiva o conductual.

## **XIX. ACERCA DEL TÉRMINO DE LA RUTA DE CUIDADO INTEGRAL EN EL CEM Y LOS EESS**

XX.

La ruta de cuidado integral de la salud de las mujeres víctimas de violencia y los miembros de su grupo familiar podría darse por concluida cuando se realicen las siguientes acciones:

- 1) La situación de salud física y mental, así como la seguridad de las personas está garantizada y ha sido resuelto el riesgo.
- 2) La persona recibe el acompañamiento integral, psicológico y/o social pertinente y articulado; y preferentemente existe una denuncia de los hechos.
- 3) Incluye la disponibilidad y emisión de reportes médicos/psicológicos, del equipo de salud y certificados de la situación en la que se ingresó, conforme a los parámetros establecidos por el Instituto de Medicina Legal o acorde a cualquier parámetro técnico que permita determinar el tipo y grado del daño o afectación, tanto para casos declarados, así como para los casos en los que existe sospecha de violencia.

## **XXI. DISPOSICIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PARA EL ABORDAJE DE LOS CASOS DE VIOLENCIA**



Cada EE.SS. y CEM debe: 1) Incorporar en el proceso de inducción para los nuevos trabajadores la realización de un curso sobre el abordaje de casos de violencia y el sobre el presente protocolo; 2) Incorporar en el programa de desarrollo de capacidades anual la realización de al menos un curso para el fortalecimiento de capacidades sobre el abordaje de casos de violencia.

Tanto el MINSA a través de las DIRIS, las DIREAS o GERESAs a nivel regional, como el MIMP incorporan en su Plan de Desarrollo de las Personas (PDP), capacitaciones para el fortalecimiento de capacidades sobre el abordaje de casos de violencia, en cada territorio, incluyendo competencias para el cuidado integral y emisión adecuada de certificados médicos e informes psicológicos.

Los Comités intersectoriales locales CEM-EE.SS. aprueban e implementan un plan de capacitación conjunta para fortalecer sus capacidades de manera mutua, es decir, el personal de los EE.SS. capacita al personal CEM y viceversa, de acuerdo a la evaluación de competencias y necesidades de capacitación evaluadas.

## XXII. DISPOSICIONES PARA LA PREVENCIÓN Y AFRONTE DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL (SAP) EN LOS EQUIPOS DE LOS EESS Y CEM



El Comité Intersectorial local CEM-EE.SS. crea un espacio para los equipos multidisciplinarios e intersectoriales orientado a atender los efectos de la exposición continua a casos de violencia, que pueden llevar al Síndrome de Burnout o Agotamiento profesional y que requieren un momento de procesamiento y catarsis acompañada profesionalmente. Para ello, el Comité diseña e implementa un Plan Integral de Cuidado y Autocuidado dirigido al personal de los EE.SS. y CEM que será facilitado por el equipo especializado perteneciente al CEM y EE.SS. que forman parte del Comité.

La implementación del plan implica considerar el nivel institucional (cuidado) y el individual (autocuidado) a fin de preservar la salud integral de los y las operadoras en condiciones favorables y apropiadas, facilitando que continúen con el desempeño de sus funciones de manera óptima y con calidad.

## XXIII. ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO

Para el seguimiento del presente documento, se establecen metas e indicadores de desempeño, los cuales son correspondientes con la normatividad vigente de ambos sectores, MIMP y MINSA.

En tal sentido, se establecen los siguientes estándares de cumplimiento obligatorio, sin perjuicio de los estándares particulares que se puedan establecer adicionalmente:

**a) Instrumentos de gestión, acompañamiento, supervisión y control para la implementación de la actuación conjunta entre CEM y EE.SS.**

Implica dar cuenta de los instrumentos y mecanismos para la operación e implementación del presente documento, incluyendo instrumentos de gestión articulados intersectorialmente y estándares intersectoriales para la mejora de procesos de supervisión y control de los servicios de las instituciones involucradas.

**b) Instrumentos del desempeño y calidad de cuidado integral para el abordaje de las personas afectadas por la violencia**

Da cuenta de los mecanismos para la mejora del desempeño y calidad del cuidado integral de las personas afectadas por la violencia, considerando ambas instituciones involucradas.

**c) Fortalecimiento de capacidades y cuidado del recurso humano**

Da cuenta de la formación continua de recursos humanos interdisciplinarios de los servicios de ambas instituciones involucradas, así como las estrategias para mejora de su autocuidado.

**d) Participación ciudadana**

Da cuenta de los procesos de participación y empoderamiento de las organizaciones sociales de base, a nivel nacional, regional y local, impulsado por las instituciones involucradas a fin de implementar el presente protocolo de actuación conjunta.

**e) Vigilancia comunitaria**

Da cuenta de las buenas prácticas de vigilancia comunitaria territorial y la rendición de cuentas por parte de las autoridades intersectoriales a la ciudadanía sobre la gestión, implementación y mejora de la ruta de actuación conjunta.

**f) Disponibilidad de información**

Las instituciones involucradas a nivel nacional, regional y local disponen de información estadística y epidemiológica por sexo, etnia, idioma, situación de discapacidad, situación socioeconómica, edad y sobre la situación de salud mental de las personas víctimas de la violencia.

**g) Asignación presupuestal**

Da cuenta de la gestión para la priorización de planes, programas y proyectos dirigidos a mejorar el cuidado integral intersectorial a las personas víctimas de violencia a nivel nacional, regional y local, considerando la programación y ejecución del presupuesto institucional.

## XXIV. RESPONSABILIDADES

### Nivel nacional

Son responsables de velar por el cumplimiento del presente documento en representación del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) la Dirección Ejecutiva del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual – PNCVFS del MIMP y, del Ministerio de Salud (MINSA) a nivel nacional, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección de Salud Mental, como responsable de la conducción, difusión, asistencia técnica, coordinación, monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del cuidado integral de las personas afectadas por la violencia, en articulación con las diferentes direcciones involucradas.

### Nivel regional

En el Ministerio de Salud, las direcciones regionales de salud, las gerencias regionales de salud o las que hagan sus veces, así como las direcciones de redes integradas de salud de Lima Metropolitana;

En el MIMP, los Centros Emergencia Mujer, a través de su coordinación regional, son responsables de la difusión, socialización, monitoreo, supervisión, coordinación, así como evaluación de la implementación del presente documento técnico.

### Nivel local

Las redes, microrredes, EE.SS. y CEM responsables de implementar el presente protocolo de actuación conjunta.

## XXV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ministerio de Salud. “Lineamientos de política sectorial en salud mental”. Lima 2018.
- 2) Ministerio de Salud. Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018 – 2021. Lima, 2018.
- 3) Ministerio de Salud. Guía técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja. Lima, 2017.
- 4) Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Lineamientos para la atención y funcionamiento de los hogares de refugio temporal. Lima, 2016.
- 5) Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Protocolo Interinstitucional de acción frente al feminicidio, tentativa de feminicidio y violencia de pareja de alto riesgo. Lima, 2018.
- 6) Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Guía de atención Integral de los Centros Emergencia Mujer. Lima 2016.
- 7) Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud: Prevención de la violencia: La evidencia. El Paso, TX. Serie de orientaciones sobre prevención de la violencia: la evidencia. OPS, 2013.
- 8) Organización Mundial de la Salud. Violence prevention. The evidence: Promoting gender equality to prevent violence against women. Series of briefings on violence prevention: The evidence. Ginebra, 2019.
- 9) Congreso de la República. Decreto Legislativo 1386 que modifica ley N° 30364, para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar: Artículo 10. Derecho a la asistencia y la protección integrales. 4 setiembre, 2018.
- 10) Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Decreto Supremo N° 009-2016, que aprueba Reglamento de Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. MIMP, 2016.
- 11) Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Ginebra, 2002.
- 12) Organización Mundial de la Salud. Resolución 54. Consejo Directivo 67.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C. agosto 2015.
- 13) Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA67.15: Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general. 67.a Asamblea Mundial de la Salud; 19 al 24 de mayo del 2014; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2014. Disponible: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R15-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R15-sp.pdf).
- 14) Organización Mundial de la Salud. Resolución 54. Consejo Directivo 67.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C. agosto 2015.

- 15) 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. Washington, DC. OPS, 2014.
- 16) Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para fortalecer la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia interpersonal, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general. GINEBRA, nov. 2015, [http://apps.who.int/gb/vio/pdf\\_files/A\\_VIO\\_INF1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/vio/pdf_files/A_VIO_INF1-sp.pdf)
- 17) Organización Mundial de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. OMS-OPS, UNFPA, ONUMUJERES 1ª edición. OPS, Washington, 2016.



PERÚ

Ministerio de Salud



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

**FICHA DE NOTIFICACIÓN DEL CASO**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Información de la institución que notifica/deriva</b> (marcar con una "X" y especificar nombre de la institución)	
	CEM: .....
	EE.SS.: .....

<b>Información relevante de la persona que notifica/deriva</b>	
Nombres y apellidos de la persona que deriva	
Cargo de la persona que deriva	
Motivo de la derivación	
Documentos que adjunta	
Comentarios adicionales	

## FICHA DE NOTIFICACIÓN DEL CASO

Datos de la persona usuaria	
Nombres y apellidos de la usuaria	
Género	
Edad	
N° de DNI	
Domicilio	
Teléfono	
N° de HC / N° Ficha de Registro	
Fecha de atención de la usuaria	

---

Firma de la persona que deriva





[www.mimp.gob.pe](http://www.mimp.gob.pe)



[www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)

