

# Invisibilidad de la violencia de género por el personal de salud en el primer nivel de atención

24 octubre, 2016

## Invisibilidad de la violencia de género por el personal de salud en el primer nivel de atención

El presente artículo nos muestra un problema de salud pública actual, como es la violencia de género desde los aspectos generales de la violencia, reportando el análisis de estudios de investigación que nos dan cuenta sobre la situación de la violencia de género, la formación de los profesionales de la salud, la percepción de los mismos frente al problema y la atención en los establecimientos de salud de primer nivel de atención.

## Invisibilidad de la violencia de género por el personal de salud en el primer nivel de atención

### AUTORES

Elizabeth Del Pilar Paredes Cruz <sup>(1)</sup>, Carmen Rosa Alvarado Zuñiga<sup>(2)</sup>, Martha Brígida Martina Chávez<sup>(3)</sup>, Carol Jannet Lazo Rojas<sup>(4)</sup>

<sup>1</sup> Licenciada en Obstetricia, Magister en Obstetricia con Mención en Salud Reproductiva, Docente en la Facultad de Ciencias de la Salud. Directora de Investigación, Innovación y Transferencia Tecnológica. Universidad Nacional de Barranca, Perú.



<sup>2</sup> Licenciada en Enfermería, Magister en Salud Pública, Docente en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Barranca. Hospital de Barranca, Perú.

<sup>3</sup> Licenciada en Enfermería, Magister en Educación con Mención en Administración de la Educación Universitaria, Docente en la Facultad de Medicina. Departamento de Salud Preventiva. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

<sup>4</sup> Licenciada en Obstetricia, Ministerio de Salud. Dirección de Salud II Lima Sur y Dirección de Salud V Lima Ciudad, Perú.



## **RESUMEN**

En este sentido, la revisión de las investigaciones ha sido confrontada con una realidad que afecta a la mayoría de mujeres que a diario deben acudir a un servicio de salud para una consulta médica, y deben enfrentar algunas barreras que impiden a los profesionales de la salud desarrollarse plenamente en su accionar frente a la violencia basada en género.

**Palabras claves: violencia, género, profesional de salud.**



## INTRODUCCIÓN

La violencia de género se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública, lo que hace necesario su comprensión, pero vista desde la perspectiva de los profesionales de la salud, quienes se convierten en los actores principales de este fenómeno al participar directamente en su atención. Por ello, se aborda la violencia de género desde la formación que reciben los profesionales de salud en los centros universitarios sobre el tópico, hasta la capacitación para su desempeño cotidiano.

En la revisión, se hace una descripción de las investigaciones referentes a la formación, percepción del profesional en salud sobre la violencia de género, como también, se comenta la participación en la detección y atención de la violencia de género en los establecimientos de salud, considerando todo ello de vital importancia para poder comprender las barreras que impiden a los profesionales de la salud desarrollarse plenamente en su accionar frente a la violencia basada en género.



## CONTENIDO Y DISCUSIÓN

En 1993, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) declara a la violencia contra la mujer como problema de salud pública y aprueba una resolución recomendando a sus gobiernos miembros que formulen políticas y planes para su prevención y control. En el mismo año conforme al artículo primero de la declaración oficial de la Naciones Unidas sobre el abuso de género, la violencia contra la mujer incluye: «Todo acto de violencia de género que pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada».

Posteriormente en 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud acordó que la violencia es una prioridad de salud pública debido a las graves consecuencias que trae para la salud física, mental y reproductiva de las víctimas (Gómez y Ernst, 2007). Como problema prioritario, es necesario conocer el rol del profesional de salud en este tema, por lo que en la mejora de su entendimiento se hace una revisión al respecto.

### Situación de la violencia de género

La violencia de género ha sido la resultante de un proceso histórico que se ha sustentado en un antiguo y rígido modelo de relaciones de poder y subordinación, que busca controlar física, psicológica o sexualmente a una persona, grupo familiar y sociedad. Son estas relaciones de poder las que se internalizan y se asumen como naturales lo que se convierte en un factor de riesgo para recibir o generar violencia.

Según datos de la Organización Mundial de la salud (OMS, 2005), en un estudio, realizado en 10 países, entre ellos el Perú, sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer, desde 15% a un 71% de las mujeres de 15 a 49 años refirieron haber sufrido en algún momento violencia física o sexual por parte de su pareja. Entre el 15% de ellas en el Japón y el 70% en Etiopía y el Perú referían haber sufrido a lo largo de su vida violencia física o sexual perpetrada por su pareja; la primera experiencia sexual había sido forzada en muchos casos (17% en la Tanzania rural, 24% en el Perú rural, y 30% en zonas rurales de Bangladesh). La violencia de pareja y la violencia sexual son perpetradas en su mayoría por hombres contra mujeres y niñas lo que constituye una clara violación de los derechos humanos de las mujeres.

En el Perú, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables (MIMDES), en el marco del Decreto Supremo 003-2009-MIMDES y como parte de las funciones del Grupo de Trabajo Nacional, ha impulsado la

elaboración de Planes de Acción anual para ser aprobados por la Comisión Multisectorial Permanente de Alto Nivel (CMPAN). Tenemos el Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015, donde se determinan los roles de la sociedad y el Estado para garantizar los derechos de las mujeres mediante la implementación de políticas públicas para una vida sin violencia, el acceso de las mujeres maltratadas a servicios públicos de calidad y la promoción para el cambio de patrones socioculturales que legitiman, toleran o exacerban dicha violencia.

En el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PVFS) del MIMDES, durante el año 2015, los Centros de Atención Emergencia Mujer (CEM) han notificado un 85% de casos por violencia de género femenino, de los cuales el 88% fueron por violencia psicológica y física, mientras que el 12% lo fue por violencia sexual (MIMP,2015).

Por otro lado, en el 2001 el sector salud del gobierno peruano a través del Ministerio de Salud (MINSA,2001) aprobó las Normas y Procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil, que establece la obligación de identificar, atender y referir a las víctimas de violencia a servicios complementarios, a fin de garantizar la recuperación de su salud. Se identifican las funciones del personal de salud de acuerdo a su actividad y nivel de atención en el que se desempeñan. Sin embargo, los índices de detección de violencia doméstica en establecimientos de salud aún son muy bajos, este hecho puede estar reflejando, tanto las negativas de las mujeres de admitir ser víctimas, como la falta de voluntad de algunos profesionales de la salud por indagar más.



La OMS señala que los profesionales de la salud raramente indagan acerca de síntomas de violencia o preguntan a las mujeres acerca de si han sufrido algún tipo de abuso, incluso aunque las mujeres sean favorables a las entrevistas rutinarias acerca de la violencia doméstica por parte de sus médicos. Entre las razones que mencionan los profesionales de salud para no indagar son: el encontrarse saturados o abrumados, el olvido, miedo a no saber enfrentar la situación, sentirse incómodos preguntando, o no saber qué hacer con la información que la mujer pueda revelar. Otras razones apuntadas son la falta de educación y conocimientos acerca de la violencia doméstica y las importantes amenazas que conlleva tanto para la salud física como mental (Bott et al, 2011).

### **Formación de los profesionales de salud sobre violencia de género**

En la mayoría de las ocasiones, los profesionales de salud no detectan que el origen de los síntomas o signos reside en la situación de violencia a la que están sometidas las pacientes. Existen barreras psicológicas y culturales que dificultan que las mujeres hablen del tema, y hay una falta de formación y tiempo en los profesionales de salud para enfrentar estos casos.



En un estudio cualitativo realizado en Córdoba por García de Vinuesa (1998, citado en Blanco y otros 2004), se da cuenta que las mujeres médicas tienen una mejor sensibilidad y actitud empática hacia la mujer

maltratada; sin embargo existen prejuicios en los profesionales de salud que limitan la capacidad de detección y abordaje de la mujer maltratada, y hay una necesidad de formación académica sobre el maltrato entre los profesionales de medicina.

Franzoi (2011), realiza un estudio cualitativo sobre concepciones de los profesionales de salud respecto a la violencia de género, donde se mostró que a pesar de los avances en cuanto a la construcción de lo masculino y femenino existen conceptos conservadores que reafirman los estereotipos del hombre proveedor con poder y la mujer reproductora subordinada, lo que plantea la necesidad de invertir en la formación de los profesionales para que se sientan capaces de crear estrategias de identificación e intervención frente a la violencia de género.

La formación sobre el problema de violencia contra las mujeres se ha dirigido principalmente a policías, profesionales en derecho, servicios sociales (acorde a atender a casos más graves de violencia física), sin embargo, los recursos destinados para la formación de los profesionales de la salud y el sector educación son aún menores (Blanco et al, 2004).



Según Maravall (2009), la mayoría de los hombres que se han formado en la materia son médicos de Atención Primaria o de Salud Mental y entre los otros profesionales, asistentes sociales, obstetras y psicólogos. Esto se debe probablemente a que por un lado, se trata de profesionales con más inquietudes psicosociales y por el otro, son los que tienen mayor trato cotidiano con las mujeres. En cambio, es poco frecuente la presencia de médicos especialistas en programas formativos sobre violencia de género.

En un estudio cualitativo descriptivo en cuatro cursos de Enfermería de cuatro universidades españolas se analizaron los conocimientos, las creencias y la percepción del rol profesional que tienen los estudiantes de Enfermería, sobre la violencia género, ante lo cual desconocían características del maltrato, guías, protocolos y preguntas de detección, no identifican un rol profesional propio, sino delegado o especializado, planteando la necesidad de reforzar las competencias en relación a la violencia de género en los planes de estudios (Rigol, et al., 2015).

La violencia de género históricamente ha sido un campo trabajado esencialmente por mujeres, sin embargo en los últimos años los varones van incorporándose paulatinamente y en la última década, esto ha cobrado un valor en las instituciones sanitarias que se intenta convertir en una cuestión transversal, imprescindible y obligada. Esta circunstancia, según van reflejando los testimonios recogidos, ha supuesto que algunos hombres comiencen a tomar en cuenta la formación específica como campo de desarrollo profesional, pero también como fuente de gran valoración por su entorno. En los estudios cualitativos, las opiniones de los entrevistados muestran claramente que entre quienes se implican y quiénes no, incluidos quienes la

rechazan, no existen diferencias estructurales, sino distintos niveles de concienciación e implicación (Maravall, 2009).



En las investigaciones realizadas muchos de los entrevistados han reflejado, que la única manera de poder generar un poco de sensibilización y consciencia en el personal de salud, es incluir la violencia de género como parte de los contenidos académicos de pre-grado. Todos han coincidido en que dentro de la carrera de medicina es un tema todavía invisible, ya que no sólo no existen asignaturas específicas que la aborden, sino que además ni siquiera se trata de forma colateral (Ferrer et al, 2008,59-81).

En este sentido, parece especialmente pertinente la introducción de materias específicas sobre violencia contra las mujeres en los planes de estudios universitarios que no sólo formen sobre la violencia y sus consecuencias, si no que lleven a los estudiantes a interiorizar este problema como parte de su competencia profesional.

### **Percepción de los trabajadores acerca de la violencia**



La Organización Panamericana de la Salud (ONU, 1993) ha planteado cuatro pasos fundamentales para tratar la violencia:

1. a) Definir el problema e identificar el caso;
2. b) Identificar las causas y factores de riesgo asociados con el hecho violento;
3. c) Desarrollar intervenciones conjuntas multidisciplinarias, y

4. d) Analizar y evaluar la efectividad de acciones preventivas. Obviamente, para lograr esto, es preciso que se recabe la información con precisión y sensibilidad frente a la identificación específica del tipo de violencia inflingida.

El tema de la violencia, ha sido tratado en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OPS(OPS, 2002), precisándose además que la valoración de la violencia puede estar influido porque el personal de salud también experimenta diversas formas de violencia en su vida personal. Es por esta razón, que se reconoce que la respuesta del sector ha sido fundamentalmente reactiva y terapéutica.



Sin duda, los profesionales de la salud juegan un rol muy importante en la detección precoz de la violencia de género, por cuanto, son las primeras personas fuera del entorno familiar a las que la mujer acude (Blanco, 2001,24-7). En consecuencia, no están ajenos a esta problemática y su participación en la prevención, detección, tratamiento y orientación son cruciales, para el abordaje de este problema de salud pública. Esto supone contar con profesionales competentes y comprometidos en la detección temprana y en la debida orientación a las mujeres víctimas de violencia, para la toma de decisiones y para una atención segura y de calidad (OPS, 2001,16).

La detección temprana contribuye a visibilizar y determinar la verdadera magnitud del problema y, con ello, determinar las estrategias para su abordaje (OPS, 2001). Sin embargo, no obstante el rol de los profesionales de la salud, diferentes investigaciones muestran que existen muchas barreras para la identificación y referencia de víctimas de la violencia, produciéndose lo que algunos denominan infradetección, que en algunos países, tiene una demora de entre seis a diez años desde que se inician las primeras agresiones (Simón, 2006). Otros lo tipifican como faltan de visibilidad de la violencia hacia la mujer, en los diferentes servicios de salud (Bowker, & Maurer, 1987; Híjar, Lozano, Valdez, Blanco, 2002; Valdez, 2004; Fernández, 2008)(Instituto Nacional de salud Pública de México, 2003; Fernández,2008).

Esta invisibilidad de la violencia por parte de los profesionales de la salud, está relacionado con la actitud que asumen los profesionales en la identificación y la referencia de las víctimas de violencia. Diversos estudios han puesto de manifiesto que los profesionales sanitarios tienen serias dificultades a la hora de detectar y actuar frente a la violencia contra la mujer por falta de información, dificultades en la coordinación interna del equipo y por la angustia personal que genera en ellos la atención de este problema (Mendez, 2003, 472-82; Fernández, 2008).



Al respecto, una investigación desarrollada en Nicaragua (Rodríguez et al, 2005) si bien identificó una actitud de rechazo de los profesionales de la salud hacia la violencia de género, las barreras más importantes para la identificación y referencia de las víctimas, fueron una escasa capacitación sobre el tema (59.9%), temor a involucrarse en asuntos legales (52.6%) y el carácter privado (50.7%).

Se aprecian estereotipos del personal de salud sobre las probables causas de la violencia hacia la mujer. Esto fue estudiado por Arredondo (2008) quien evaluó el nivel de conocimientos y opiniones del personal sanitario acerca de la violencia de género, encontrando que para un 58,2% de los profesionales, los malos tratos a mujeres se asocian a clases sociales bajas; un 72,8% cree que la violencia la sufren mujeres sin estudios, amas de casa o extranjeras. El 97,7% de los profesionales cree que la violencia contra las mujeres es un problema importante y que habitualmente pasa desapercibido, sin embargo, el 66,7% no lo plantea como diagnóstico diferencial ante una paciente con lesiones físicas.

Entre los problemas seleccionados señalados destacan la presión asistencial, la falta de formación, información y de un protocolo de actuación. Finalmente aceptan que existen creencias estereotipadas entre los profesionales de salud, respecto a la violencia contra la mujer. Por otro lado, el enfoque biologicista de la atención surge como un obstáculo importante en la comprensión del problema de la violencia de género. En este caso, ya no es sólo un problema de falta de capacitación para la detección de los casos de violencia, sino es la incompreensión de la parte humana de las usuarias, convirtiéndose no solo en una víctima de su pareja, sino también del sistema de salud, que debe protegerla, se convierte en un segundo agresor.

El sistema de salud, lugar de detección de la violencia de género, surge como una organización con una alta división del trabajo, altamente especializado, con jerarquías claramente definidas, protocolos y guías de atención, organigramas estructurales y funcionales, sin embargo, al mismo tiempo, aparece como un ente deshumanizado, burocrático, que no es capaz de detectar oportunamente casos de violencia o involucrarse, atribuyéndolo, a falta de capacitación, falta de tiempo o falta de protocolos específicos.

Dentro de este sistema está el profesional de la salud que se enfrentan a individuos dolientes, víctimas de violencia. De alguna forma, este profesional, poco sensibilizado puede llegar a convertirse también en un agresor de la víctima que acude en busca de ayuda, un ejemplo de ello, constituye la investigación de Paredes y Paravic (2006, 39-51) quienes investigaron la percepción de violencia de los usuarios de un consultorio y postas de salud de una comuna en la provincia de Concepción, Chile y los factores relacionados con ella, basada en el Modelo Interactivo de violencia laboral de Chapell y Di Martino. Encontró que de una muestra de 120 usuarias, el 84,17% percibió violencia.

El 96,75% de los usuarios refirió haber experimentado violencia psicológica, atribuida a características institucionales y de trato humano de los funcionarios de salud. Los agentes agresores percibidos por los usuarios fueron principalmente funcionarios administrativos y auxiliares paramédicos, siendo identificado el estrés laboral como su causa prioritaria. Una de las explicaciones a esta indiferencia es que el personal de salud también experimente diversas formas de violencia en su vida personal y de que su actividad profesional lo confronte con esa realidad contribuye a dificultar la identificación de la violencia de género como el origen de problemas de salud (Fernández, 2008,209-30).



Por lo anterior, es importante que el personal no sólo tenga las capacidades y habilidades para identificar si un caso fue originado por violencia de género, sino también de mantener un estado de salud mental apropiado para enfrentar la atención de las víctimas de violencia.

El hecho de no poder tener una detección apropiada implica también una deficiencia en el sistema de registro que afecta las estadísticas hospitalarias en estos temas, por lo que podrían no considerarse tan confiables.

En el Perú, Bustamante y Fernán (2010) a través de la Defensoría del Pueblo, emitieron un documento informativo sobre la supervisión realizada a establecimiento de salud de Lima y Callao sobre la atención de las mujeres víctimas de violencia en él se da cuenta que, un 45,2% del personal de salud que atiende a víctimas de violencia no cuenta con las competencias técnicas suficientes, lo que dificulta la prestación del servicio, por lo que exhorta a las universidades a promover en sus programas de formación y capacitación los aspectos vinculados con la atención de la salud física y mental de las mujeres víctimas de violencia, así como la incorporación de los enfoques de derechos humanos y género en la atención de las víctimas de violencia.



De las investigaciones seleccionadas vemos, que si bien el personal de salud reconoce que la violencia de género es un problema, las investigaciones, coinciden en la falta de preparación en el tema o indiferencia en algunos casos, que contribuyen a la invisibilidad por lo que se debe apoyar en una visión biopsicosocial de la salud a fin de incrementar una actitud favorable para el abordaje de la violencia de género en la atención primaria.

### **Atención de casos de violencia en los establecimientos de salud**

Por lo general, los patrones culturales en nuestro país establecen que la violencia contra la mujer es “normal” en las relaciones de pareja. Por esta razón, gran número de víctimas y de agresores no consideran que su relación sea violenta, a pesar de la presencia de maltrato físico, psicológico y de abuso sexual. Según Bustamante (2010), el 52,7% de profesionales de la salud de los establecimientos de salud de Lima y Callao, señaló que la atención de las mujeres víctimas de violencia debe ser un tema prioritario para el sector salud. Por otro lado, sólo el 15,1% del personal de salud entrevistado mencionó que el servicio a su cargo cuenta con un ambiente especial para atender a las víctimas de violencia y el 53.1% no refiere a la usuaria a una institución especializada en la atención a víctimas de violencia.



Este panorama nos muestra que la calidad de atención significa también dar respuestas adecuadas que contribuyan a dar soluciones viables a las necesidades de las víctimas de violencia familiar, sexual y al cese de la misma. Una atención de calidad garantiza un buen servicio y es señal de que se está trabajando bien.

En el Perú, el Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables ha creado el Programa Nacional contra la violencia familiar y sexual, a partir del cual se han creado servicios gratuitos para la atención de casos de violencia contra la mujer: Centro de Emergencia Mujer (CEM), Línea 100 en acción, CHAT 100 y Centro de Atención Institucional (CAI). Los CEM como servicios públicos especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria, para víctimas de violencia familiar y sexual, brindan orientación legal, defensa judicial, asistencia social y consejería psicológica. Se procura la recuperación del daño sufrido y se presta asistencia social. Asimismo, se realizan actividades de prevención a través de capacitaciones, campañas comunicacionales, formación de agentes comunitarios y movilización de organizaciones. Los CEM fueron transferidos a las Municipalidades Provinciales, en el marco del proceso de descentralización, a fin de asegurar mayor cobertura y compromiso de todos los actores locales.

El Ministerio de Salud del Perú (2007) a través de la Dirección General de Promoción de la Salud ha creado una Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas afectadas por la violencia basada en Género, cuyo ámbito de aplicación es obligatorio por parte del personal de los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel, quienes deberán realizar acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación. Así, en esta guía técnica, se señala que en el primer nivel de atención se debe realizar la detección de la VBG mediante la aplicación de un cuestionario y posterior seguimiento o referencia según el caso.



Así la persona que atiende a una víctima de violencia familiar o sexual, debe mostrar respeto, amabilidad e interés por el problema, ofreciendo un ambiente de seguridad, privacidad y confianza, tomando en cuenta lo siguiente:

1. a) Acceso oportuno a los servicios y que estos respondan a las necesidades de las usuarias;
2. b) Trato respetuoso, personalizado y el reconocimiento de la víctima como sujeta/o de derechos;



3. c) Privacidad y confidencialidad del servicio para lograr la aceptabilidad de las/los usuarios;
4. d) Brindar información adecuada sobre los procedimientos, servicios y todos los medios que permitan a las mujeres al cese de la violencia, la recuperación física y emocional;

5. e) Tratar de calmar a la persona, esta actitud ayudará a la que la víctima se tranquilice;
6. f) Informar a la persona del tiempo que disponemos para atenderla, si el tiempo a emplear en la atención no es suficiente;
7. g) Contar con un directorio de servicios para efectos de hacer las derivaciones respectivas.

Por otro lado, además del accionar del Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables y del Ministerio de Salud, existen organizaciones particulares como el Movimiento Manuela Ramos que ha creado un documento referido a la atención con calidad a la violencia contra la mujer, donde refiere que la atención de los casos de violencia contra la mujer, requiere de la intervención multidisciplinaria y coordinada de las diferentes instituciones que actúan como parte del sistema de salud, protección social y de acceso a la justicia, como: los establecimientos de salud, hospitales, Policía Nacional, Instituto de Medicina Legal, los Centros de Emergencia Mujer, Ministerio Público y el Poder Judicial.


## CONCLUSIONES

Como resultado de la revisión efectuada, que ha abarcado un período de los últimos diez años,

y que corresponde a las investigaciones publicadas en revistas nacionales y extranjeras indexadas, hemos arribado a las siguientes conclusiones, que consideramos preliminares:



1. Los organismos internacionales como nacionales identifican a la violencia como un problema de salud pública, que afecta a las familias, a las sociedades y a los propios Estados.
2. Los profesionales de la salud juegan un rol importante y de gran trascendencia, por cuanto, son las primeras personas fuera del entorno familiar a las que la mujer acude, sin embargo, la detección de violencia doméstica en los establecimientos de salud, aún son muy bajos.
3. Los profesionales de la salud, según lo reportan las investigaciones, si bien reconocen que la violencia contra la mujer es un problema importante, igualmente, identifican la existencia de algunas barreras que dificultan la identificación y atención de casos de violencia, entre éstas, problemas de carácter personal, institucional y administrativas.

- 
4. Resulta preocupante que investigaciones que exploran la percepción de las víctimas de violencia acerca del sistema de salud, lo identifican como una organización deshumanizada, burocrática y, que en algunos casos, son doblemente violentadas por los propios profesionales de la salud.
  5. Respecto a la formación de los profesionales de la salud, la violencia dentro de la formación médica es un tema todavía invisible, ya que no sólo no existen asignaturas específicas que la aborden, sino que además ni siquiera se trata de forma colateral.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Arredondo, Ana et al. 2008. «Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género». *En Enfermería Clínica*. 18(4):175-82.

Blanco Pilar. 2001. «Abordaje de la violencia doméstica desde los Centros de Salud». *Salud 2000 Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*; 83:24-27.

Bott Sara, et al. 2011. *Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo*. Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc; <[https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/GBV\\_cdbookletANDmanual\\_SP\\_FA\\_FINAL.pdf](https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/GBV_cdbookletANDmanual_SP_FA_FINAL.pdf)> [Consulta: 21-02-2016].

Bustamante Melissa y Fernán Eugenia. 2010. Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: supervisión establecimientos de salud de Lima y Callao. Defensoría del Pueblo. <[http://www.flora.org.pe/observatorio/biblio\\_virtual/Derecho\\_a\\_la\\_salud.pdf](http://www.flora.org.pe/observatorio/biblio_virtual/Derecho_a_la_salud.pdf)> [Consulta: 22-02-2016].

Fernández, Sara. 2008. «La visibilización de la violencia de género: reto para la política pública y para el saber socio demográfico». Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. *Papeles de Población*; 14(58):209-230. <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11205811>> [Consulta: 22-02-2016].

Ferrer, Victoria; Bosch Esperanza y Ramis María. «La formación de los/las profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja». *Revista Clínica y Salud*, 19(1): 59- 81.



Franzoil Neusa; Godoy Rosa y Nunes Rebeca. 2011. «Violencia de género: concepciones de profesionales de los equipos de salud de la familia». *Revista Latino-Am. Enfermagem* ;19(3):[09 pantallas]. <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_19.pdf)> [Consulta: 20-03-2016].

García de Vinuesa Leonor, et al. 2004. «La violencia de pareja y la salud de las mujeres». *Gaceta Sanitaria*; Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Vol. 18, N°. Extra 1, (Ejemplar dedicado a: Informe SESPAS 2004 : la salud pública desde la perspectiva de género y clase social), págs. 182-188.

García de Vinuesa Leonor. 1998. *Las actitudes de las médicas y médicos de atención primaria y urgencias frente a las mujeres maltratadas*. Córdoba. Universidad de Córdoba.



Gómez de la Torre Virginia y Ernst Miriam. 2007. *Módulo de Capacitación. La Violencia basada en el Género en el Embarazo, parto y posparto*. QAP-Proyecto de Mejoramiento de la Calidad de Atención. Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA. <[http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D465.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D465.pdf)> [Consulta: 20-03-2016].

Instituto Nacional de Salud Pública de México. 2003. *Violencia contra las mujeres. Un reto para la salud pública en México*. Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres.

Maravall Javier. 2009. *Hombres sanitarios implicados en las estrategias contra la violencia de género. Observatorio de Salud de las mujeres*- Ministerio de Sanidad y Política Social. España. <<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Sanitarios09.pdf>> [Consulta: 22-03-2016].



Méndez Pablo, et al. 2003. «Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México». *Salud Pública México*; 45(6):472-82.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú. 2015. *Estadísticas de los Centros de Emergencia Mujer- CEM*. <[http://www.mimp.gob.pe/files/programas\\_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin\\_enero\\_2016/BV\\_Enero\\_2016.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin_enero_2016/BV_Enero_2016.pdf)> [Consulta: 22-03-2016].



Ministerio de Salud. 2001. *Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil*. Lima.

Ministerio de Salud. 2007. *Guía Técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en Género*. <[http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/normas/pdf/minsa/GUIASPRACTICAS/2007/RM141\\_2007.pdf](http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/normas/pdf/minsa/GUIASPRACTICAS/2007/RM141_2007.pdf)> [Consulta: 12-03-2016].



Organización de las Naciones Unidas.1993. *Declaración sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer, 85 sesión plenaria*. La Asamblea General de las Naciones Unidas, diciembre, Nueva York.

Organización Mundial de la Salud. 2005. *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*. <[http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summaryreportSpanishlow.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf)> [Consulta: 02-10-2015].

Organización Panamericana de la Salud. 2001. *Modelo Integral de Atención a la Violencia Intrafamiliar; desconstruyendo la violencia intrafamiliar: Estado y Sociedad Civil, el papel del sector salud*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie género y salud pública. Costa Rica.



Organización Panamericana de la Salud. 2002. *Informe mundial sobre la violencia y la salud, resumen OPS*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.2001. *Hacia un modelo integral de prevención y atención de la violencia intrafamiliar: ampliación y consolidación de las intervenciones coordinadas por el Estado y la sociedad civil*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, DC: OPS/OMS. p 16.

Paredes Lorena y Paravic Tatiana. 2006. *Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud*. Concepción, Chile. Ciencia y Enfermería XII (1): 39-51.



Rigol Assumpció, et al. 2015. «Percepción de los estudiantes de Enfermería sobre violencia de pareja: conocimientos, creencias y rol profesional» *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.23(3):527-34. <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es\\_0104-1169-rlae-23-03-00527.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es_0104-1169-rlae-23-03-00527.pdf)> [Consulta: 11-12-2015]

Rodríguez Rosibel; Márquez Margarita y Kageyama María. 2005. «Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua». *Salud Pública de México*; 47(2) :134-144.

Rojas Kattia et al, 2015. «Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica» *Atención Primaria*; 47(8):490-497.

Simón C, Moreno S. 2006. *La violencia familiar pasa a la consulta*. Diario Médico, 19 de julio de 2006.

**Correspondencia:**

Mg. Elizabeth Del Pilar Paredes Cruz