



Simposio

Salud Mental en tiempos de crisis (2024)

SEGUNDA PARTE

Mental Health in times of crisis (2024)

SECOND PART

Implementación de políticas de salud mental e importancia del abordaje de la violencia contra las mujeres en el sector salud del Perú

Implementation of mental health policies and relevance of the management of violence against women in Perú's healthcare system

Vanessa E. Herrera-Lopez¹

Resumen

Este artículo presenta un análisis del impacto de actos de violencia en la salud mental de mujeres víctimas en el Perú, incluyendo su ocurrencia durante el período de crisis desencadenados por la pandemia COVID-19. Se examina la Violencia contra las Mujeres (VCM) y se formulan reflexiones críticas en torno a la implementación de políticas pertinentes de salud mental, enfocando tanto los avances como los desafíos pendientes. Se aborda la necesidad de fortalecer la competencia de los equipos de salud mediante modelos de capacitación operativa, diseñados para mejorar la respuesta a la VCM en el primer nivel de atención. Se identifican obstáculos tales como insuficiencia de recursos, carencia de formación sistemática del personal de salud y barreras culturales que limitan intervenciones efectivas. Se propone un enfoque integral que no solo fortalezca los servicios de salud mental, sino que mejore también la coordinación entre sectores e instituciones clave. Se enfatiza además la urgencia de desarrollar estrategias de educación y sensibilización tanto en el ámbito sanitario como en la comunidad, con el fin de prevenir y abordar la VCM de manera sostenible y efectiva como prioridad estratégica en las políticas de salud. Finalmente, se subraya la importancia de un liderazgo robusto y consistente en todas las áreas de la salud pública.

Palabras clave: *Violencia contra las Mujeres, salud mental, políticas de salud, reforma de la atención en salud.*

Abstract

This article presents an analysis of the impact of violence on the mental health of its women victims in Peru, covering as well critical periods such as those triggered by the COVID-19 pandemic. The Violence Against Women (VAW) and the implementation of mental healthcare policies in Peru are critically examined, highlighting both progress made and the remaining challenges. The need to strengthen the competencies of healthcare teams through operational training models designed to enhance the response to VAW at the primary care level is duly examined. Significant obstacles, such as insufficient resources, lack of ongoing training for healthcare professionals, and cultural barriers that hinder effective interventions, are identified. A comprehensive approach aimed not only at reinforcing mental health services but also improving the coordination between key sectors and institutions, is proposed. Furthermore, the urgency of developing educational and awareness strategies, both within the healthcare system and in the broader community to effectively prevent and address VAW, are emphasized. Finally, the article underscores the importance of a robust leadership in all public health policy areas, an essential approach to ensure that VAW is recognized and treated as a strategic priority while guaranteeing a sustainable and effective response over the long term.

Keywords: *Violence against Women, mental health, health policies, healthcare reform.*

¹Psiquiatra, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima, Perú; Docente, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. ID ORCID: 0000-0002-5858-5107

Introducción

La violencia es un fenómeno complejo que afecta a nivel individual, interpersonal y colectivo y genera un notable impacto en la salud integral global.⁽¹⁾ La Organización Mundial de la Salud⁽²⁾ la define como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, y que cause o exhiba muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. No se trata de un fenómeno homogéneo ni aislado. La violencia se manifiesta de múltiples formas, en muchas áreas (física, sexual, psicológica, económica, política, estructural, simbólica, etc.)⁽¹⁻³⁾ y en diversos ámbitos tales como el entorno doméstico, escolar, universitario, comunitario, laboral, institucional, en organizaciones juveniles de la calle, en contextos de guerras, conflictos armados, desplazamientos y migraciones, desastres naturales, etc.⁽⁴⁾ Estas formas de violencia están influenciadas por la presencia de inequidades socioeconómicas, culturales y de género.⁽⁵⁾

La violencia contra las mujeres (VCM) es una de las formas más prevalentes a nivel global y constituye una violación de derechos humanos, problema prioritario de salud pública.⁽⁶⁾ Asimismo, se trata de un complejo fenómeno histórico con estructuras profundamente arraigadas en la sociedad, ligadas a su vez a relaciones de poder y jerarquías patriarcales⁽⁷⁾ que la legitiman y reproducen en las instituciones y estructuras formales e informales de la sociedad.⁽⁸⁾ Así, se puede manifestar de diversas formas a lo largo del curso de vida (Tabla 1) y puede afectar al desarrollo integral de generaciones.⁽⁹⁾

Tabla 1
Modalidades de violencia contra las mujeres

• Aborto por selección de sexo	• Hostigamiento sexual en entorno laboral
• Embarazo forzado	• Hostigamiento sexual en entornos educativos
• Infanticidio femenino	• Prostitución forzada
• Negligencia	• Trata de mujeres, niñas y adolescente
• Mutilación genital femenina	• Matrimonio forzado
• Violencia sexual	• Violencia psicológica
• Violencia política	• Violencia simbólica
• Acoso sexual en espacio público	• Violencia física
• Violencia de pareja	• Violencia económica
• Violencia en adulta mayor	• Femicidio
• Esterilización forzada	• Violencia obstétrica
• Violencia en entornos digitales	• Lapidaciones a mujeres
• Violencia estructural	• Violencia institucional
• Violencia contra mujeres en migración	• Violencia a mujeres por orientación sexual e identidad de género

La VCM afecta aproximadamente a un tercio de la población femenina de todo el mundo, con una estimación de 736 millones de mujeres de 15 años o más que experimentan violencia doméstica, de pareja íntima y/o violencia sexual a lo largo de su vida. La prevalencia varía según la región, con tasas superiores al promedio global en muchas regiones o países de medianos y bajos ingresos.^(10,11)

VCM en el Perú

En el Perú, la VCM contra las mujeres tiene una prevalencia significativa. La Encuesta Nacional Demográfica de Salud (ENDES) de 2023⁽¹²⁾ encontró que un 53.8% de las mujeres fueron víctimas de violencia psicológica, física o sexual ejercida alguna vez por su pareja. Esta tendencia es mayor en las áreas urbanas (54.2%) en comparación con las rurales (52.2%). Es asimismo, revelador que el 45,0% de mujeres víctimas de violencia física no buscó ayuda alguna.

El abordaje intersectorial de la VCM en el Perú ha avanzado de manera sostenida en los últimos años. Existe la Ley 30364 emitida para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra mujeres e integrantes del grupo familiar;⁽¹³⁾ esta disposición establece mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención y protección de las víctimas, así como reparación del daño causado; dispone de igual manera la prosecución, 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. Señala también que el Ministerio de Salud (MINSA) debe promover y fortalecer programas para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, contribuyendo así a lograr el bienestar y desarrollo de la persona, en condiciones de plena accesibilidad y respeto de derechos fundamentales, de conformidad con políticas sectoriales. Igualmente, la ley 30364 garantiza una atención de calidad a casos de VCM y a los integrantes del grupo familiar, incluyendo su afiliación en el Seguro Integral de Salud para la atención y recuperación integral y gratuita de la salud física y mental de las víctimas, incluyendo exámenes, hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico o psiquiátrico y cualquier otra acción necesaria para el restablecimiento de la salud. El MINSA debe desarrollar, además, programas de sensibilización y formación continua del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar la adecuada atención de las víctimas de violencia.

En concordancia con todo ello, la Ley de Salud Mental⁽¹⁴⁾ y los lineamientos de política subsectorial⁽¹⁵⁾ estipulan garantías de acceso a servicios de salud mental en el país, definiendo como poblaciones vulnerables a la primera infancia, adolescencia, adultos mayores y mujeres.⁽¹⁾ En este sentido, el presente artículo abordará la evaluación y comprensión del impacto de la VCM en la salud mental de las víctimas, la importancia de la misión del sector salud, de su marco normativo vigente y de la capacitación de su personal para la mejora del abordaje de este dramático y negativo fenómeno social.

Impacto de la VCM en la salud mental de sus víctimas

La violencia en las relaciones de pareja es un problema que afecta desproporcionadamente a las mujeres, significativamente asociada con una variedad de problemas de salud mental que incluyen ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos de la personalidad, autolesiones y suicidio;^(16,17) aumenta la probabilidad de depresión en mujeres sin antecedentes clínicos,⁽¹⁸⁾ las sobrevivientes tienen casi el doble de posibilidades de experimentarla y por encima de cuatro veces más probabilidades de morir por suicidio.⁽¹⁹⁾ También se estima que más del 10% de la depresión postnatal está asociada a actos de violencia.⁽²⁰⁾ La llamada violencia perinatal de pareja puede resultar en secuelas adversas para la salud tanto de la madre como del feto en desarrollo o del niño/a durante su infancia, factor importante en la perpetuación de la experiencia.^(9,17,21) Se ha encontrado de igual forma, un aumento cuatro veces mayor en cuanto a trastornos de ansiedad y de siete veces para con TEPT.⁽²²⁾ Finalmente, se ha evidenciado asociación significativa entre violencia sexual y dependencia a alcohol y otras drogas,⁽¹⁾ así como entre la ocurrencia de violencia de pareja y síntomas de psicosis o de trastornos alimentarios.

Estos hallazgos sugieren que la prevención de la VCM puede reducir la carga global de depresión y suicidio. También enfatizan la necesidad de que los equipos de salud encargados de la atención a mujeres consideren e inquieran acerca de experiencias pasadas de violencia y del riesgo de violencia futura, adopten un enfoque informado por el trauma y sensible al género y conduzcan acciones de monitorización y capacitación continua.^(16,17)

VEM en tiempos de la crisis por COVID-19

La violencia contra la mujer en el contexto de la pandemia por COVID-19 fue también etiquetada como una “pandemia global”. La complejidad que conllevó la coexistencia de las dos pandemias agravó los riesgos de afectación negativa en la salud y el bienestar de quienes ya vivían en situaciones vulnerables antes de la aparición del virus, i.e. notables cambios de estilo de vida, aislamiento social, estrés elevado y crisis socioeconómica.

En muchos países se incrementaron llamadas a las líneas de atención y servicio de casos de violencia doméstica; éstas se triplicaron, por ejemplo, en Canadá.⁽²⁴⁾ En nuestro país, se encontró que el 7,8% de las personas habían experimentado algún tipo de maltrato o abuso por parte de la pareja en el último año, y las mujeres tenían 2,5 veces más probabilidades que los varones de experimentar violencia; de igual modo, las mujeres presentaron una prevalencia anual de 10,8% (IC95% 8,6-13,5) de cualquier tipo de maltrato o abuso.⁽²⁵⁾

Queda claro que las pandemias hacen que las desigualdades de género existentes para con mujeres y niñas empeoren y afecten aún más la calidad de los cuidados integrales.⁽²⁶⁾

Evans et al.⁽²⁷⁾ demostraron cómo la pandemia COVID-19 empeoró la dependencia económica de la mujer en relación a su pareja e incrementó la pérdida de puestos de trabajo y el desempleo, especialmente en mujeres afro-descendientes y trabajadoras sin educación secundaria o superior. Las restricciones sociales también limitaron el acceso de mujeres a diferentes tipos de vivienda: los refugios redujeron su capacidad para acoger a mujeres que escapaban del ciclo de violencia. En Asia y África e incluso en algunos países europeos, determinantes sociales de la salud tales como bajo nivel educativo, pobreza, y desempleo fueron factores clave en el aumento de las consecuencias de la pandemia.⁽²⁸⁾ En China se encontró una asociación significativa del género femenino con un mayor nivel reportado de estrés, ansiedad, depresión y estrés postraumático, así como síntomas psicológicos generales más graves o de mayor impacto.^(29,30)

Además de las influencias asociadas con género y roles socio-culturales, las mujeres experimentaron también durante la pandemia por COVID-19, factores estresantes específicamente relacionados con el funcionamiento y las etapas reproductivas. Un estudio en 1754 mujeres embarazadas en Canadá⁽³¹⁾ encontró que poco después del inicio de la pandemia tenían casi el doble de probabilidades de presentar síntomas claros de depresión, trastorno de ansiedad o abuso de sustancias psicoactivas. Además, la pandemia redefinió la vida familiar, aumentando el estrés parental, especialmente entre las madres, a cargo de la mayor parte de cuidados y responsabilidades domésticas. La combinación de actividades escolares en el hogar, trabajo remoto y falta de apoyo externo incrementó los riesgos de conflictos y violencia.⁽³²⁾

En nuestro país se aprobó la Guía Técnica para el cuidado de la salud mental de las poblaciones, familias y comunidades afectadas en el contexto de COVID-19, con especificaciones para la atención prioritaria en salud mental a mujeres víctimas de la violencia de género;⁽³³⁾ éste fue un referente regional de intervención normativa oportuna y favoreció el desarrollo de diversas estrategias de atención a las sobrevivientes, dado el cierre de los servicios presenciales del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; así, se mantuvieron activas las líneas de apoyo en salud mental y la asesoría técnica a los equipos de salud.

Relevancia del rol del sector salud en el abordaje de VCM

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la OMS acordó designar a la violencia como una prioridad fundamental en salud pública, dado su crecimiento a lo largo del mundo.⁽¹⁾ Los servicios de salud fueron declarados esenciales para el acceso a la recuperación integral de sobrevivientes de la violencia.⁽³⁴⁾ En el Perú, a pesar de que históricamente el involucramiento del sector salud ha sido lento o insuficiente, considerando que es más responsabilidad del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables o de los sistemas de protección legal, los establecimientos de salud constituyen puerta de entrada de mujeres afectadas que no revelan su situación de violencia y acuden a

los servicios de salud física, sexual y reproductiva o de salud mental, reportando básicamente malestares físicos y emocionales diversos.

El Ministerio de Salud ejerce la rectoría en salud y es responsable de garantizar una atención de calidad en casos de VCM y los demás integrantes del grupo familiar, incluyendo su afiliación en el Seguro Integral de Salud para la atención y recuperación gratuita e integral de problemas físicos y mentales; en casos de carencia de seguro, es obligación de los servicios y establecimientos de salud, brindar atención médica y psicológica tanto de emergencia como de forma continuada si así se requiere y emitir certificados o cualquier informe complementario que fuera necesario.⁽³⁵⁾

Avances en la implementación de normatividad en salud mental para el abordaje de la violencia de género

A la fecha, nuestro país ha hecho esfuerzos progresivos para incorporar en el marco normativo vigente las recomendaciones dispuestas en las directrices de la OMS,^(36,37) a fin de reorientar los servicios de salud y garantizar una provisión de calidad (Tabla 2). Se detallan enseguida sus principales puntos:

- **Apoyo de primera línea:** Implica brindar apoyo emocional inmediato y primeros auxilios psicológicos a las mujeres sobrevivientes de la violencia. Incluye una atención

Tabla 2
Normatividad en salud vinculada a las políticas de salud mental y el abordaje de la violencia de género en salud mental. Perú. 2024

Documento legal	Descripción	Enlace
Decreto Supremo N°008-2019-SA	Protocolo de Actuación Conjunta entre los de 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.	https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4881.pdf
Resolución Ministerial N°227-2019/MINSA	Directiva Sanitaria N° 083 - MINSA/2019/DGIESP que aprueba la "Directiva Sanitaria para el Uso del Kit para la Atención de Casos de Violencia Sexual".	https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5191.pdf
Resolución Ministerial N° 649-2020/MINSA	Norma Técnica de Salud N°164-MINSA/2020/DGIESP: Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual.	https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5194.pdf
Resolución Ministerial N°801-2020/MINSA	Directiva Sanitaria N°114 MINSA/2020/DGIESP, Directiva Sanitaria para la estandarización de los parámetros técnicos para la evaluación de la afectación psicológica en casos de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar en el marco de la Ley N° 30364.	https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5886.pdf
Resolución Ministerial N°670-2021/MINSA	Guía Técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja.	https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3149441-guia-tecnica-para-el-cuidado-de-la-salud-mental-de-mujeres-en-situacion-de-violencia-ocasionada-por-la-pareja-o-expareja
Resolución Ministerial N°793-2021/MINSA	Documento Técnico: Orientaciones técnicas para el cuidado integral de la Salud Mental de niñas, niños y adolescentes víctimas y sobrevivientes de trata de personas.	https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1994085-793-2021-minsa
Resolución Ministerial N°868-2022/MINSA	Guía Técnica para el Cuidado Integral de la Salud Mental de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual.	https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6011.pdf

Resolución
Ministerial
N° 1110-
2023/MINSA

Directiva Sanitaria N° 153 MINSA/DGIESP
Directiva Sanitaria para la atención integral de la
integrantes del grupo familiar en centros de salud
mental comunitaria.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5506257/4906534-resolucion-ministerial-n-1110-2023-minsa.pdf>

Fuente: Elaboración propia, 2024.

plena para escucharlas, validar sus experiencias sin juzgarlas, proveer información veraz respecto a los servicios e intervenciones disponibles y crear un entorno seguro y de confianza. Se ha aprobado la guía técnica para el abordaje de los primeros auxilios psicológicos⁽³⁸⁾ y, en diversos documentos normativos y programas de capacitación dirigidos al personal de salud, se ha establecido claramente la importancia de fortalecer este proceso.⁽³⁹⁻⁴²⁾

• **Efectivizar medidas para mejorar la seguridad de las mujeres:** En la misma Guía técnica para el cuidado integral de la salud mental en casos de violencia de pareja⁽⁴¹⁾ y violencia sexual,⁽⁴²⁾ se han incluido procedimientos y estrategias clave orientadas a evaluar y mitigar los riesgos de seguridad para mujeres que han sufrido violencia, la implementación de estrategias que permitan identificar posibles amenazas y las acciones necesarias de protección y seguridad de todas sus necesidades físicas, emocionales, económicas y sociales.

• **Enlace a otros servicios esenciales:** Se ha implementado el protocolo de actuación conjunta entre establecimientos de salud y Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables,⁽⁴³⁾ a fin de mejorar la articulación intersectorial, detectar las posibles dificultades en el proceso de trabajo articulado y crear una estrategia común para mejorar la calidad del cuidado integral (incluido el de la salud mental) y desarrollar acciones oportunas y eficaces en la gestión social y fortalecimiento familiar. Igualmente, se sustenta el acompañamiento legal en la denuncia y procesos relacionados así como el registro de pruebas y certificados y la provisión y abastecimiento oportunos de insumos, medicamentos, exámenes o pruebas complementarias.

Además, el sector salud se ha integrado a la acción multisectorial que considera al protocolo base de actuación conjunta⁽⁴⁴⁾ con lineamientos y procedimientos de articulación intersectorial que aseguren la actuación global e integral de diversas oficinas de administración y servicios.

• **Implementación y fortalecimiento de servicios de salud mental:** En el marco del proceso de reforma de servicios de salud mental comunitaria^(14,45) y del plan de fortalecimiento de servicios de salud mental en Perú,⁽⁴⁶⁾ existe un escalamiento y mayor cantidad de profesionales de psicología y salud mental en el primer nivel no especializado de atención, centros de salud mental comunitaria, unidades de salud mental y adiccio-

nes en hospitales generales, que contribuyan con el cuidado integral especializado en salud mental y tratamiento de trastornos mentales asociados a la violencia. Igualmente, en el marco de la implementación del nuevo Programa Presupuestal orientado a resultados (PPoR) para la reducción de la violencia contra la mujer,^(16,17) se han contratado psicoterapeutas en centros de salud mental comunitaria así como personal variado de salud que contribuya a mejoras definidas en detección, referenciación, seguimiento y tratamientos especializados a sobrevivientes de actos de violencia.

Fortalecimiento de competencias del personal de salud

La formación continua y adecuada de los equipos de salud aumenta la efectividad de sus intervenciones en el abordaje del cuidado integral en salud mental a sobrevivientes de la violencia de género, estimulando al mismo tiempo su disposición para buscar ayuda.⁽⁴⁸⁾ Son indispensables un entrenamiento y formación holística que contribuyan a un cuidado integral con un plan individualizado, considerando el enfoque de trauma, género, derechos humanos y el escenario provisto por cultura y contexto.⁽¹⁷⁾ La OMS^(6,34) enfatiza la necesidad de que los estados organicen y brinden servicios confidenciales, eficaces y centrados en las necesidades de las sobrevivientes de violencia, así como integrados en los diferentes niveles de atención de salud, con participación multisectorial.

Se ha encontrado que los profesionales de salud a menudo no detectan, reportan, ni registran los casos de violencia de género debido, entre otras causas, a falta de capacitación, desconocimiento de protocolos y miedo a represalias.⁽⁴⁹⁾ Por otro lado, los equipos multidisciplinarios en diferentes establecimientos de salud pueden haber adoptado, inadvertidamente o no, un sistema de creencias prevalente en sociedades patriarcales⁽⁵⁰⁾ que “normaliza” y hasta justifica la violencia culpando o haciendo responsables de la misma a las mujeres víctimas.

Por todo ello, es esencial establecer estrategias para el continuo fortalecimiento de competencias dentro de un entorno organizacional que promueva y apoye estas prácticas y que implique, a su vez, una mejora en las destrezas para el abordaje integral colaborativo, empático, con compromiso personal, libre de estereotipos de género, basado en un auténtico vínculo

de confianza con énfasis en procedimientos de detección, apoyo social y protección de la sobreviviente, cuidado integral, seguimiento, registro en los sistemas de información de salud y en el flujograma de atención.^(51,52) Estos principios de capacitación pueden mejorar las actitudes, el conocimiento y la preparación de los proveedores de salud, aunque la evidencia al momento es incierta e inconsistente. La investigación en este campo requiere intensificación y mejora.⁽⁵³⁾

Se han desarrollado en el país diversas estrategias de capacitación⁽⁵⁴⁾ dentro de las que se han incluido cursos virtuales asincrónicos, talleres intensivos a nivel territorial y el desarrollo de un Diplomado de formación, estudio y manejo de la violencia.⁽⁵⁵⁾ Los diversos modelos de capacitación a personal de salud (Tabla 3) inciden en la mejora de las competencias,⁽⁵⁶⁾ sin embargo, factores como la alta tasa de rotación del personal, escasos recursos humanos, resistencia y estigma estructural, escasa formación en el pre y postgrado, elevada preeminencia de normas sociales que naturalizan y justifican la violencia entre el público y los profesionales de salud, así como la persistencia de un sistema precario con escasa inversión en salud y salud mental, repercuten en el limitado desarrollo de equipos inter- y multidisciplinarios competentes.

Desafíos

Incremento de recursos estratégicos y cierre de brechas en infraestructura

Es evidente que el sistema de salud en el Perú enfrenta serias limitaciones en términos de recursos estratégicos y de infraestructura, lo que obstaculiza una respuesta integral y efectiva a la VCM. Si bien en los últimos años se ha duplicado la inversión estatal en el contexto de la reforma de salud mental comunitaria,⁽⁴⁶⁾ la falta de recursos adecuados, tanto en el ámbito financiero como en el tecnológico y humano, es aún prominente. Es esencial cerrar estas brechas mediante una inversión estratégica que asegure la capacidad de respuesta en todos los niveles del sistema de salud y que permita ofrecer un entorno de apoyo completo a las sobrevivientes.^(49,52)

Necesidad de capacitación continua y especializada

La formación continua del personal de salud es indispensable para mejorar la capacidad de respuesta frente a la VCM. La capacitación en temas de violencia de género y salud mental debe ser una prioridad en las políticas de salud, dado que es fundamental que los profesionales del sector estén capacitados para identificar signos de violencia de género y proporcionar una atención adecuada y empática.⁽⁵⁷⁾ La falta de una capacitación continua impide una intervención profesional efectiva, perpetuando así la victimización y la desconfianza en los servicios de salud.⁽⁴⁹⁾ Implementar dichos procesos en

contextos socioculturales complejos en los diferentes establecimientos de salud con escasos recursos estratégicos, es desafío y tarea pendiente.

Transformación del Sistema de Salud hacia un entorno de Apoyo Integral

Para abordar de manera efectiva la VCM, es imperativo transformar los sistemas de salud, de modo que proporcionen un entorno de apoyo integral y continuo. Esto incluye la necesidad de fortalecer los establecimientos de salud, desde el primer nivel de atención, con personal y equipos que no solo respondan a las situaciones de violencia, sino que fomenten también la convivencia saludable y una “cultura de paz” en las parejas. Este enfoque integral debe incluir la inversión en salud mental y la integración de servicios para asegurar una atención holística a las víctimas de violencia.^(6,34,49,52) La postura acogedora es fundamental para humanizar los servicios y promover una atención integral, responsabilidad esencial de profesionales de salud convocados y debidamente adiestrados en una auténtica labor multi- e interdisciplinaria.⁽⁵⁸⁾

Desafíos culturales y estereotipos de Género

Las barreras culturales y los estereotipos de género profundamente arraigados continúan siendo un obstáculo significativo en la erradicación de la VCM. Las políticas de educación y sensibilización sobre la violencia de género deben abarcar tanto el ámbito sanitario como el escenario socio-comunitario global. Es necesario involucrar activamente a hombres y personas con identidades diversas en las estrategias de prevención y cambio de los estereotipos de género, desarrollando modelos de intervención que sean culturalmente sensibles y dirigidos a transformar las normas predominantes de género con plena participación de comunidades y de la sociedad en su conjunto.⁽⁴⁹⁾

Mejora del flujo de derivación intersectorial y operabilidad interinstitucional

La falta de coordinación intersectorial e interinstitucional dificulta una respuesta efectiva a la violencia de género. Es crucial establecer mecanismos que mejoren el flujo de derivación entre sectores como salud, justicia y los múltiples servicios de apoyo social, asegurando una interoperabilidad que permita una atención integrada, escenario que aún no existe en nuestro país. La adopción de normas que permitan construir procedimientos y flujogramas claros y eficaces para la intervención en casos de violencia de género es fundamental, debiendo incluirse procedimientos estratégicos para la detección temprana, intervención inmediata, tratamiento y rehabilitación, así como seguimiento a largo plazo.⁽⁵⁷⁾

Tabla 3
Modelos de Capacitación a Personal de Salud para el Abordaje de la Violencia contra las Mujeres

Modelo de Capacitación	Descripción	Ventajas	Desventajas
Capacitación en el entorno laboral	Sesiones de capacitación en el establecimiento de salud donde trabaja el personal.	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso directo y conveniente para los participantes. - Facilita la inmediata aplicación de conocimientos. - Flexibilidad de acuerdo con el contexto y horario laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede interrumpir el flujo de trabajo regular. - Limitado tiempo de formación debido a múltiples responsabilidades laborales. - Requiere alto compromiso de gestores de salud y planificación en la programación de actividades asistenciales.
Capacitación en línea	Programas /cursos de capacitación través de plataformas virtuales que permiten el aprendizaje a distancia.	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilidad de horarios. - Accesible desde cualquier lugar. - Implementación y escalamiento en contextos de crisis y epidemias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de interacción personal y práctica en vivo. - Limitada atención plena del personal participante. - Requiere acceso a tecnología adecuada, acceso a datos y competencias digitales. - Limitada disponibilidad de señal e Internet en establecimientos de salud en regiones.
Talleres intensivos	Sesiones de formación intensiva, realizadas fuera del lugar de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> - Permite una inmersión profunda en el tema. - Facilita la creación de redes entre participantes. - Gestionada la implementación en Direcciones de Redes Integradas de Salud, Direcciones regionales de Salud/Gerencias Regionales de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Requiere disponibilidad de tiempo y posible desplazamiento. - Costos asociados a la logística del taller como refrigerios, alquiler de local y facilitadores
Programas de formación continua	Programas de formación periódica que actualizan constantemente los conocimientos y habilidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Mantiene al personal actualizado con las últimas prácticas y conocimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Requiere compromiso a largo plazo. - Necesidad de recursos continuos para su implementación.

Capacitación basada en casos	Formación centrada en el análisis y discusión de casos reales o simulados de violencia de género.	-Promueve el aprendizaje práctico y aplicado. Facilita la comprensión de la complejidad de los casos.	-Puede no cubrir todos los aspectos teóricos necesarios. -Requiere facilitadores/supervisores clínicos experimentados.
Simulación de casos	Uso de escenarios simulados y actores para recrear situaciones de violencia de género.	-Proporciona experiencia práctica en un entorno controlado. -Aumenta la confianza y habilidades de los participantes	-Requiere recursos y logística necesaria. -Puede ser costoso.

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Fomento de la movilización social y participación comunitaria

Intensificar las acciones de movilización social y fomentar la participación comunitaria son aspectos esenciales para la generación de un cambio social duradero en la lucha contra la violencia de género. Las políticas deben incluir estrategias que permitan involucrar activamente a las comunidades, incluidas las propias sobrevivientes, en la implementación de programas de respuesta y prevención. La rendición de cuentas y compromiso comunitario debe ser un componente central para asegurar que las acciones emprendidas tengan un impacto real y tangible.^(49,59)

Estandarización de procedimientos culturalmente adaptados de cuidado integral en salud mental a sobrevivientes de violencia

En un entorno culturalmente diverso como el peruano, estandarizar y contextualizar los procedimientos de intervención es un desafío significativo. Muchos equipos de salud no están al tanto de estos protocolos o no saben cómo implementarlos adecuadamente⁽⁶⁰⁾. A pesar de las limitaciones en recursos humanos disponibles, es esencial adaptar los protocolos a las realidades locales, asegurando que sean culturalmente apropiados y efectivos. La estandarización debe garantizar la calidad y coherencia en la atención a todas las víctimas, independientemente de su contexto cultural en determinados casos⁽⁴⁹⁾.

Educación y sensibilización en Violencia de Género

Las políticas de salud deben incluir de manera prioritaria la educación y sensibilización sobre la violencia de género, objetivo que no debe ser percibido únicamente como tarea del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Los programas educativos en el ámbito sanitario y comunitario

pueden ayudar a prevenir la violencia, promoviendo relaciones basadas en el respeto y la igualdad. Es fundamental que los profesionales de la salud sean capacitados de manera continua para identificar y abordar la violencia de género de manera empática y efectiva.^(57,59)

Fortalecimiento de liderazgo en Salud

El liderazgo en Salud es un factor crítico para garantizar una respuesta eficaz a la violencia de género. Es necesario fomentarlo en todos los niveles del sistema, desde las instalaciones locales hasta la gestión nacional, fortaleciendo su rectoría y a sus equipos de gestión a fin de asegurar que la violencia sea manejada como una prioridad estratégica. Los gestores de las diferentes dependencias sanitarias deben estar comprometidos con la implementación de políticas que promuevan la decidida participación del personal en la respuesta a la violencia de género, creando un sólido entorno de apoyo dentro del sistema de salud.

Reconocimiento de la VCM como prioridad estratégica

Es esencial que la VCM sea reconocida como una prioridad estratégica en las políticas de salud y salud mental, de acuerdo con las recomendaciones internacionales, más allá de los cambios de liderazgo gubernamental a nivel nacional, regional o local. La adaptación de políticas de salud mental para abordar las necesidades específicas de las mujeres durante las pandemias y crisis globales es urgente, asegurando que estas políticas sean sostenibles y efectivas a largo plazo.^(49,52)

Conclusiones

La implementación de políticas de salud mental y el abordaje de la VCM en el Perú presentan tanto avances como desafíos que requieren atención inmediata. Es fundamental que

el sistema de salud continúe evolucionando hacia un enfoque integral, con mayor inversión en salud mental y fortalecimiento de los servicios de salud mental comunitaria, así como la mejora de la coordinación intersectorial, abordando las barreras culturales y los estereotipos de género que perpetúan la violencia en muchas partes de nuestro complejo territorio. La capacitación continua y especializada del personal de salud es esencial para garantizar una atención empática y efectiva, al tiempo que la movilización social y la participación comunitaria

son factores clave para generar un cambio duradero. Se destaca además la importancia de un liderazgo robusto en salud pública, comprometido con la implementación de políticas que reconozcan la VCM como una prioridad estratégica. Finalmente, es imperativo que estas políticas sean sostenibles y efectivas a largo plazo, especialmente en tiempos de crisis, para asegurar una respuesta integral y continua que promueva la recuperación plena y el bienestar permanente de las sobrevivientes.

Referencias bibliográficas

- 1. Organización Mundial de la Salud.** Informe mundial sobre la violencia y salud. Ginebra: OMS; 2002. Disponible en: <https://www.oas.org/ext/es/seguridad/red-prevencion-crime n / R e c u r s o s / B i b l i o t e c a - D i g i t a l / A r t M I D / 1 6 9 8 / A r t i c l e I D / 1 5 / I n f o r m e - m u n d i a l - s o b r e - l a - v i o l e n c i a - y - l a - s a l u d>
- 2. Risso A, Discacciati V, Volij C.** La urgencia de dar respuesta sanitaria a la violencia de género. Evid actual pract ambul [Internet]. 27 de marzo de 2023 [citado 09 de julio del 2024];26(1):e007055. doi: 10.51987/evidencia.v26i2.7055
- 3. Bárcenas Barajas K.** La violencia simbólica en el discurso sobre la 'ideología de género': una perspectiva desde la dominación simbólica a través del pánico moral y la posverdad. Interstic Soc [Internet]. 2021 [citado 15 de julio del 2024];(21):125-50. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-449642021000100125&lng=es&tlng=es.
- 4. Márquez-Alonso I, Fernández Liria A, Pérez-Sales P.** Violencia y salud mental: salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009.
- 5. Armstead TL, Wilkins N, Nation M.** Structural and social determinants of inequities in violence risk: A review of indicators. J Community Psychol. 2021;49(4):878-906. doi:10.1002/jcop.22232.
- 6. Organización Panamericana de la Salud.** Abordar la Violencia contra las Mujeres en las Políticas y Protocolos de Salud de la Región de las Américas. Un informe de la Situación Regional. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326381>
- 7. Segato R.** Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Buenos Aires: Prometeo, 2003.
- 8. Jinadasa K, McLean L.** The Prevention Collaborative. Brief 2: Understanding the causes of violence against women [Internet]. 2020 [citado 2024 Ago 13]. Disponible en: https://prevention-collaborative.org/wp-content/uploads/2021/08/Prevention-Collaborative_2020_Understanding-Causes-of-VAW.pdf
- 9. Vargas-Murga HB, Saavedra-Castillo JE.** Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental del adolescente en el Perú. Diagnóstico [Internet]. 31 de marzo de 2023 [citado 4 de julio de 2024];62(1):e430. Disponible en: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v62i1.430>
- 10. Keyser L, Maroyi R, Mukwege D.** Violence Against Women - A Global Perspective. Obstet Gynecol Clin North Am. 2022; 49(4):809-821. doi: 10.1016/j.ogc.2022.08.002.
- 11. World Health Organization?** Violence against prevalence estimates, 2018. World Health Organization, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
- 12. INEI. Perú.** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2023. ENDES. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digita les/Est/Lib1950/libro.pdf
- 13. Ley N° 30364,** Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. (Normas Legales de El Peruano del 23 noviembre de 2015) Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/files/transparencia/ley-30364.pdf>
- 14. Ley N° 30947, Ley de Salud Mental (Normas Legales de El Peruano del 23 de mayo de 2019).** Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1484216/Ley%20N%2030947.pdf?v=1608073034>
- 15. Ministerio de Salud de Perú.** Lineamientos de política subsectorial de salud mental, 2018. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- 16. Oram S, Khalifeh H, Howard LM.** Violence against women and mental health. Lancet Psychiatry. 2017;4(2):159-170. doi:10.1016/S2215-0366(16)30261-9.
- 17. Howard LM, Khalifeh H, Oram S.** The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: advancing mental health services, research, and policy. Lancet Psychiatry. 2022;9(6):519-528. doi:10.1016/S2215-0366(22)00008-6.
- 18. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, et al.** Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. PLoS Med 2013; 10:e1001439. doi: 10.1371/journal.pmed.1001439
- 19. Bott S, et al.** La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. v. 45 [Accedido 09 Agosto 2024] , e34. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.34>.
- 20. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G.** Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2013;10:e1001452. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>
- 21. Sapkota BD, Sthapit P, Silwal A, Puri M, Shah R, Wagle RR.** Domestic violence against women in Nepal: A systematic review of risk factors. Trauma Violence Abuse. 2024. doi:10.1177/1524838023122223.
- 22. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM.** Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2012;7(12):e51740. doi:10.1371/journal.pone.0051740
- 23. Bundock L, Howard LM, Trevillion K, Malcolm E, Feder G, Oram S.** Prevalence and risk of experiences of intimate

- partner violence among people with eating disorders: a systematic review. *J Psychiatr Res.* 2013;47(9):1134-1142. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.04.014
24. **Bradley NL, DiPasquale AM, Dillabough K, Schneider PS.** Health care practitioners' responsibility to address intimate partner violence related to the COVID-19 pandemic. *CMAJ.* 2020; 192(22). doi:10.1503/cmaj.200634.
25. **Saavedra JE, Aliaga Giraldo K, Castillo Martell WH, Huamán Pineda J, Luna Solís Y, Nicolás Hoyos Y, et al.** Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana. *diagnostico [internet].* 7 de agosto de 2022 [citado 10 de agosto de 2024];61(3):e374. doi: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.374>
26. **Sánchez OR, Vale DB, Rodrigues L, Surita FG.** Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;151(2):180-187. doi:10.1002/ijgo.13365.
27. **Evans ML, Lindauer M, Farrell ME.** A Pandemic within a Pandemic - Intimate Partner Violence during Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;383(24):2302-4. doi: 10.1056/NEJMp2024046.
28. **Pitis A, Diamantopoulou M, Tzavella F.** The Impact of Covid-19 Pandemic and Social Determinants of Health on the Prevalence of Intimate Partner Violence. A Systematic Review. *Mater Sociomed.* 2023;35(4):295-303. doi:10.5455/msm.2023.35.295-303.
29. **Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC.** Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729
30. **Liu H, Wang LL, Zhao SJ, Kwak-Kim J, Mor G, Liao AH.** Why are pregnant women susceptible to COVID-19? An immunological viewpoint. *J Reprod Immunol.* 2020;139: 103122. doi:10.1016/j.jri.2020.103122.
31. **Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Drouin-Maziade C, Martel É, Maziade M.** Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;99(7):848-855. doi:10.1111/aogs.13925.
32. **Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ.** The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment Health.* 2020;23(6):741-748. doi:10.1007/s00737-020-01092-2
33. **Ministerio de Salud de Perú.** Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental / Fondo de Población de las Naciones Unidas. Guía Técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19. Especificaciones para la atención de la salud mental de mujeres víctimas de la violencia de género Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en: https://pcserviciosesenciales.pe/wp-content/uploads/2020/08/2_de_junio_2020_-_version_final_de_cartilla_salud_mental_y_vbg.pdf
34. **OPS.** Fortalecimiento de los sistemas de salud para responder a las mujeres que sufren violencia de pareja o violencia sexual. Manual para gerentes de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
35. **Reglamento de la Ley 30364.** (Normas Legales de El Peruano del 27 de julio del 2016) Disponible en: <https://observatorio>
- violenzia.regionpiura.gob.pe/documentos/normas/phpnBJ30B-56.pdf
36. **Ministerio de Salud de Perú.** Minsa prioriza atención de salud mental en mujeres víctimas de violencia. 2021. Perú. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/563585-minsa-prioriza-atencion-de-salud-mental-en-mujeres-victimas-de-violencia>
37. **OPS.** La OPS y el MINSA (Perú) promovieron buenas prácticas de gestión de servicios de salud para abordar la violencia de género. 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/6-8-2022-ops-minsa-promovieron-buenas-practicas-gestion-servicios-salud-para-abordar>
38. **Ministerio de Salud de Perú.** Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental. Guía de primeros auxilios psicológicos. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en: <https://bvs.minisa.gob.pe/local/MINSA/5104.pdf>
39. **OPS.** Perú fortalece las capacidades para mejorar los servicios de salud para el abordaje de la violencia. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/28-11-2022-peru-fortalece-capacidades-para-mejorar-respuesta-servicios-salud-violencia-que>
40. **Ministerio de Salud de Perú.** Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental. Cuidado de la salud mental frente a la violencia contra las mujeres en la comunidad. Lima: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: <https://bvs.minisa.gob.pe/local/MINSA/5926.pdf>
41. **Ministerio de Salud de Perú. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.** Dirección de Salud Mental. Guía técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja. Lima: Ministerio de Salud; 2021. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3149441-guia-tecnica-para-el-cuidado-de-la-salud-mental-de-mujeres-en-situacion-de-violencia-ocasionada-por-la-pareja-o-expareja>
42. **Ministerio de Salud de Perú.** Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Norma Técnica de Salud para el cuidado integral a mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por violencia sexual. Lima: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en: <https://bvs.minisa.gob.pe/local/IMINSA/5194.pdf>
43. **Ministerio de Salud de Perú.** 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. (Versión amigable) Lima: Ministerio de Salud; 2019. Disponible en: <https://bvs.minisa.gob.pe/local/MINSA/4881.pdf>
44. **Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de Perú.** Protocolo base de actuación conjunta (PBAC)- versión amigable. Lima: MIMP; 2019. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5884056/5213269-pbac-protocolo-bac-version-amigable.pdf?v=1708371689>
45. **Ministerio de Salud de Perú.** Plan Nacional de Fortalecimiento de los servicios de salud mental comunitaria 2018-2021. Lima: Ministerio de Salud; 2018. Disponible en: <https://bvs.minisa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
46. **OPS.** Avances y desafíos de la reforma de salud mental en el Perú en el último decenio. OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58312>
47. **Ministerio de Economía y Finanzas de Perú.** Programa

Presupuestal orientado a Resultados de Reducción de la Violencia contra la Mujer. Anexo 2. Lima: MEF;2019. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publicaciones/anexo_RS024_2019EF.pdf

- 48. Paphitis SA, Bentley A, Asher L, Osrin D, Oram S.** Improving the mental health of women intimate partner violence survivors: Findings from a realist review of psychosocial interventions. *PLoS One.* 2022;17(3): e0264845. Published 2022 Mar 17. doi:10.1371/journal.pone.0264845
- 49. Baca ME.** ANIMA y nudos críticos para la implementación de política contra la violencia hacia la mujer. Disponible en: peru.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/maria-edith-baca-ops.pdf
- 50. Abi-Rached M, Hankir A, Zaman R.** Emotional Abuse in Women and Girls Mediated by Patriarchal Upbringing and Its Impact on Sexism and Mental Health: A Narrative Review. *Psychiatr Danub.* 2021;33(Suppl 11):137-144. PMID: 34862906
- 51. Guerrero MF.** Violencia física contra la mujer: una propuesta de abordaje desde un servicio de salud. *Rev Cuid [Internet].* 2017 Dec [cited 2024 Jul 15];8(2):1656-1667. doi: 10.15649/cuidarte.v8i2.404.
- 52. Hegarty K, McKibbin G, Hameed M, et al.** Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: a qualitative meta- synthesis. *PLoS One* 2020; 15: e0234067. doi: 10.1371/journal.pone.0234067
- 53. Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, et al.** Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;(5):CD012423. doi: 10.1002/14651858.CD012423.pub2
- 54. MINSA.** Minsa capacitará a más de 400 profesionales de la salud para prevenir el embarazo y violencia sexual en las y los adolescentes. 2024. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/972685-minsa-capacitara-a-mas-de-400-profesionales-de-la-salud-para-prevenir-el-embarazo-y-violencia-sexual-en-las-y-los-adolescentes>
- 55. Escuela Nacional de Salud Pública de Perú.** Diplomado de cuidado integral de la salud mental de mujeres e integrantes del grupo familiar afectas por violencia: Lista de admitidos. Perú. 2023. <https://www.gob.pe/institucion/ensap/informes-publicaciones/4602204-lista-de-admitidos-al-diplomado-cuidado-integral-de-la-salud-mental-de-mujeres-e-integrantes-del-grupo-familiar-afectadas-por-violencia>
- 56. Torralbas-Fernández A, Calcerrada-Gutiérrez M.** Using Primary Care to Address Violence against Women in Intimate Partner Relationships: Professional Training Needs. *MEDICC Rev.* 2016;18(4):38-41. doi:10.37757/MR2016.V18.N4.8
- 57. Colombini M, Dockerty C, Mayhew SH.** Barriers and facilitators to integrating health service responses to intimate partner violence in low- and middle-income countries: a comparative health systems and service analysis. *Stud Fam Plann.* 2017;48(2):179-200. doi: 10.1111/sifp.12021
- 58. Silva L, Alves M.** O acogimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS.* 2008;11(1):74-84. Disponible en: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14179/7676>
- 59. Colombini M, Mayhew SH, García-Moreno C, d'Oliveira AF, Feder G, Bacchus LJ.** Improving health system readiness to address violence against women and girls: a conceptual framework. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1429. Published 2022 Nov 28. doi: 10.1186/s12913-022-08826-1doi
- 60. Badenes-Sastre M, Lorente-Acosta M, Beltrán-Morillas AM, Expósito F.** Obstacles and Limitations in the Use of Protocols Responding Intimate Partner Violence Against Women from the Health System in Spain. *Span J Psychol.* 2023;26:e23. Published 2023 Aug 25. doi:10.1017/SJP.2023.22

Contribución de autoría: La autora ha participado en la concepción y diseño del trabajo; redacción del artículo; revisión crítica del artículo y aprobación de su versión final. diseño de la estructura del artículo, búsqueda bibliográfica, redacción y revisión.

Conflicto de interés: La autora no tiene conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

Financiamiento: Autofinanciado.

Citar como: Herrera-Lopez VE. Implementación de políticas de salud mental e importancia del abordaje de la violencia contra las mujeres en el sector salud del Perú. *Diagnóstico (Lima).* 2024;63(4):211-221.

DOI: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i4.555>

Autor correspondiente: Vanessa E. Herrera Lopez.

Correo electrónico: vanessa.herrera.l@upch.pe



ALAFARPE

ASOCIACIÓN NACIONAL DE
LABORATORIOS FARMACÉUTICOS

CORREO ELECTRÓNICO:

alafarpe@alafarpe.org.pe

WEB:

www.alafarpe.org.pe