



Diagnóstico sobre la situación de las mujeres migrantes y refugiadas y de las comunidades de acogida en el contexto COVID-19, relacionado con la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y la Violencia basada en Género (VBG) en el distrito de San Juan de Lurigancho de Lima.

Reporte Final

Febrero 07, 2022

Contenido

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	3
RESUMEN EJECUTIVO	4
PROPÓSITO Y PREGUNTAS DEL ESTUDIO	6
Propósito	6
Preguntas del estudio	6
ANTECEDENTES DEL DIAGNÓSTICO RÁPIDO	8
METODOLOGÍA Y LIMITACIONES	9
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	9
Muestra	9
Fortalezas y limitaciones	10
CONTEXTO	12
HALLAZGOS.....	15
Capacidad de respuesta de servicios de SSR, salud materna, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, salud mental dirigidos a mujeres en refugio y migrantes.	15
Fortalecimiento de la articulación de servicios psico-socio-legales, de salud y judiciales para la atención de la VBG	25
Consolidación de las capacidades en la gestión de la VBG con enfoque de género en la población refugiada y migrante	37
Estrategias de comunicación del riesgo sobre servicios de SSR, VBG y Salud Mental, desde la mirada de la población en refugio y migrantes y las comunidades de acogida.....	43
Quiénes están trabajando y qué tareas están haciendo en el distrito de SJL, en SSR y VBG dirigidas a atender necesidades de la población R y M.....	47
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	59

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ASIS	Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria
CEM	Centro de Emergencia Mujer
CSMC	Centro de Salud Mental Comunitario
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
GTRM	Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IRC	International Rescue Committee
MININTER	Ministerio del Interior
MINJUS	Ministerio de Justicia
MINSA	Ministerio de Salud
MIMP	Ministerio de la Mujer y de Poblaciones Vulnerables
ODs	Objetivos de Desarrollo
PTP	Permiso Temporal de Permanencia
R4V	Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela
R y M	En Refugio y Migrante
RMRP	Regional Refugee and Migrant Response Plan
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SM	Salud Mental
SNEJ	Sistema Nacional Especializado de Justicia
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Padrón General de Hogares del Sistema de Focalización de Hogares
SJL	San Juan de Lurigancho
SJM	San Juan de Miraflores
TUO	Texto Único Ordenado
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	United States Agency for International Development
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VBG	Violencia Basada en Género

RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio responde a la necesidad de conocer cuál es la situación, las oportunidades y los desafíos que existen en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y los referidos a la prevención, protección y atención de la Violencia Basada en Género, de tal manera que sus hallazgos puedan servir de insumos para efectuar una intervención que permita mejorar su acceso a las mujeres en refugio y migrantes venezolanas del distrito de San Juan de Lurigancho.

Para su redacción se analizó información secundaria, producida principalmente en los dos últimos años, recogiendo las voces de las y los operadores involucrados en la ruta de atención de estos servicios. También se incluyó la narrativa de 14 mujeres venezolanas residentes en el distrito. El estudio se condujo entre los meses de diciembre del 2021 y enero del 2022.

Entre sus principales hallazgos se encontró que casi todos los operadores de las diferentes instituciones que participan en la atención de las SRR y de la VBG, carecen de conocimiento completo y efectivo de las rutas de atención fijadas en los múltiples protocolos de atención conjunta que hace que los procesos de atención adolezcan de múltiples deficiencias. Como efecto de la pandemia parece haberse perdido los vínculos que articulaban las instituciones y las instancias de coordinación como los Comités Multisectoriales.

Se ha identificado como una constante, la precariedad de los espacios de atención de los servicios de SSR y VBG, en especial de éstos últimos, situación que vulnera, entre otros, el principio de confidencialidad y privacidad que requiere su atención. En el mismo sentido, y agudizado por la presencia de la pandemia de la COVID-19, se recoge una persistente desazón entre los operadores debido a la cultura institucional y ambiente laboral en el que se desarrollan sus actividades, traducido principalmente en la carencia de recursos humanos, físicos, tecnológicos y hasta de materiales de oficina. Todo este conjunto configura una situación de malestar que estaría afectando la salud mental de los operadores, lo que significaría un contexto no apto para ofrecer atención a la SSR y VBG.

A pesar de ello, buscan formas de ejecutar sus actividades de la mejor manera por ejemplo en SSR, estableciendo estrategias para no dejar a las mujeres sin anticonceptivos o sin atención cuando esta es requerida. Aunque esto no siempre sucede con las mujeres R y M, porque subsisten sentimientos discriminatorios y posiblemente xenófobos, producto en parte de las campañas mediáticas habidas por la presencia de población venezolana.

Por el lado de las mujeres R y M, se encuentra que tienen poca experiencia en asistir a los servicios de salud, salvo aquellas que están o han estado embarazadas. Existe un temor manifiesto en acudir a las instituciones del Estado por su situación irregular en la gran mayoría de casos, por el tiempo que significa, porque los servicios se les ha cobrado en algún momento, porque no hay confianza en los operadores y finalmente porque algunas de las entrevistadas han manifestado haber recibido maltrato. Los servicios de SSR, los CEM y las comisarías coincidieron que las mujeres R y M se resisten a dar información veraz sobre su dirección, su teléfono celular y hasta de su nombre verdadero lo que dificulta hacer algún tipo de seguimiento. Esto sería, según los operadores, por temor a que se les ubique y puedan ser deportadas.

A la discriminación propia de ser mujeres en sociedades de origen, tránsito y destino con desigualdad y violencia de género estructurales, se agrega la discriminación asociada a la vulnerabilidad propia de ser extranjera y vista con menos legitimidad que los nacionales. Las mujeres venezolanas viven la VBG a través del constante acoso callejero, su imagen ha sido hipersexualizada y perciben, en muchas ocasiones, que existe rechazo de la comunidad de acogida lo que retarda o impide su integración social. Carecen de redes de soporte comunitario, familiar y social, situación que las coloca, más si cabe, en alta situación de vulnerabilidad.

Toca entonces buscar estrategias efectivas que mejoren la información de los operadores en relación con los servicios que prestan destinados a atender la SSR y la VBG a la población R y M, mejorando sus habilidades blandas que les permita interactuar con los colegas de trabajo, resolver problemas y gestionar sus actividades y que estas se orienten a las personas que acuden a los servicios. Pero también es importante encontrar alguna forma de mejorar la cultura institucional y el entorno laboral dotándolo de recursos que faciliten su trabajo. Adicionalmente, recuperar las rutas de atención conjunta, quizás buscando que se adapten a las condiciones reales en las que se trabaja, sin buscar que se cumplan exactamente todos los pasos, pero logrando un resultado eficiente. Junto al desarrollo de estas habilidades es importante trabajar la autoconciencia y la empatía, que pueden permitir remitir los sentimientos discriminatorios y xenófobos.

Una carencia muy importante observada durante el trabajo con las mujeres es la percepción del riesgo, es decir la habilidad de detectar, identificar y reaccionar ante una situación de potencial daño por VBG. Tampoco les es claro los tipos de violencia, por lo general el concepto es asociado tan solo al maltrato físico, mas no a otras manifestaciones como al control del dinero, las salidas, la ropa, las discusiones “normales” en las parejas, al maltrato verbal, etc. En esa misma línea tampoco consideran al acoso callejero o laboral como formas de violencia. Este es a todas luces un tema a ser abordado en próximas intervenciones, de tal manera que se habilite a las mujeres R y M en saber actuar frente al riesgo, y esto se hace extensivo a la SSR no identificada como prioritaria y a proveerles suficiente confianza en la institucionalidad que le ofrece el Estado peruano.

Finalmente, establecer y/o fortalecer alianzas con otras instituciones y asociaciones de sociedad civil que están trabajando en el distrito de SJL es fundamental para enfrentar desde todos los espacios un problema con raíces estructurales profundas como la VBG, utilizando todos los mecanismos que se encuentran disponibles en la zona de la futura intervención.

PROPÓSITO Y PREGUNTAS DEL ESTUDIO

Propósito

Desarrollar un diagnóstico rápido sobre la situación, oportunidades y desafíos relacionados con los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y los referidos a la prevención, protección y atención de la Violencia Basada en Género (VBG) disponibles para las mujeres migrantes y refugiadas venezolanas y de las comunidades de acogida en el contexto covid-19, en el distrito de San Juan de Lurigancho (SJL) en Lima Metropolitana. En ese sentido, el propósito se ajustará estrictamente a las necesidades solicitadas y no a una investigación en profundidad.

Preguntas del estudio

El **propósito principal** de este estudio ha sido buscar información dirigida a la identificación de vacíos existentes en la atención de los servicios de SSR y de protección de la VBG que se ofrecen en el distrito de SJL, especialmente en los del sector público, pero sin excluir otras organizaciones que también los ofertan.

Una descripción integral y articulada debe facilitar un mayor y mejor acceso a las mujeres, adolescentes y niñas en R y M para recibir una atención de calidad con enfoques interseccional, de género y derechos humanos. En esa línea, se formularon las preguntas que siguen:

- I. ¿Cómo mejorar la capacidad de respuesta de los servicios públicos de SSR?
 - Identificar brechas en capacidad de respuesta
 - Dificultades de las usuarias para el acceso
 - Necesidades de mejorar competencias
 - Cumplimiento de rutas de atención

2. ¿Cómo fortalecer la articulación integral y multisectorial de los servicios psico-socio-legales y judiciales para la atención de la VBG?
 - Identificar brechas en capacidad de respuesta
 - Cumplimiento de los procesos de atención y de las rutas
 - Evaluación de necesidades
 - Articulación y alianzas para atención de VBG

3. ¿Cuál es el estado de las capacidades de las y los actores locales para la atención de la VBG?
 - Percepción de las necesidades de mejorar competencias
 - Percepción de los roles del poder judicial, comisarías, centros de salud y servicios de salud mental en VBG

4. ¿Cuáles son las mejores estrategias de comunicación del riesgo para los servicios de SSR y VBG según la población en refugio y migrante venezolana?
 - Conocimiento y uso de servicios de SSR
 - Conocimiento y uso de servicios que atienden VBG
 - Fuentes de información utilizadas para SSR y VBG
 - Satisfacción con servicios de SSR y VBG
 - Mensajes positivos para la atención de SSR y VBG

5. ¿Quiénes están trabajando y qué están haciendo en el distrito de SJL sobre los temas de SSR y VBG, para atender las necesidades de estos servicios de la población R y M
 - Articulación y fortalecimiento con cooperación internacional, sociedad civil y sector público.
 - Alianzas estratégicas.

ANTECEDENTES DEL DIAGNÓSTICO RÁPIDO

La prioridad del UNFPA es apoyar a los países de modo que puedan fortalecer sus capacidades y sistemas para la prestación de servicios integrados, esenciales y vitales en las áreas de la salud sexual y reproductiva y la atención a la violencia de género. El enfoque de UNFPA continúa siendo el de fortalecer los vínculos entre la acción humanitaria y los programas para el desarrollo, diseñando y ejecutando intervenciones que respondan a necesidades inmediatas y permitan construir resiliencia. Como parte de ese esfuerzo, trabajamos estrechamente con socios comunitarios locales, incluidas mujeres y organizaciones dirigidas por jóvenes.

En ese sentido, desde el inicio masivo de la migración venezolana hacia el Perú la oficina de UNFPA/Perú ha destacado con diferentes intervenciones en las regiones del país por donde transitaban o se alojaban estos grupos de población. El apoyo ha sido y continúa siendo sobre la atención a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de las mujeres de todas las edades, entendiéndose ésta en su sentido más completo: salud materna, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual-ITS, VIH/SIDA, salud mental, para mujeres R y M y de las comunidades de acogida. Asimismo, fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de prevención y atención de la Violencia Basada en Género (VBG) en todos sus aspectos psico-socio-legales, de salud y judiciales, de tal manera que se garantice una atención integral y multisectorial y con un enfoque comunitario. En ese marco y en cumplimiento de sus actividades UNFPA/Perú, con fondos del Gobierno de los Estados Unidos (U.S. Department of State, Bureau of Population Refugees, and Migration), han previsto implementar un proyecto que implica mejorar el acceso a servicios de la SSR de calidad, así como de la protección y de la atención de la VBG en las mujeres en refugio y migrantes y de las comunidades de acogida en el contexto COVID-19 en Lima.

Este estudio es un complemento adecuado a un otro realizado en el 2021, que buscó establecer las percepciones de las mujeres venezolanas en refugio y migrantes (R y M) en relación con los servicios de SSR y VBG en distritos en donde se asientan grupos poblacionales de esa nacionalidad.

METODOLOGÍA Y LIMITACIONES

En este estudio se ha utilizado un **enfoque de métodos combinados** usando metodología y herramientas cualitativas para recoger información primaria, pero sobre todo se ha realizado una exhaustiva revisión documentaria que ha conformado la información secundaria. De esta forma es posible brindar un análisis más equilibrado y rico sobre las cuestiones que se desean conocer. La recopilación de datos de fuentes diferentes, así como la búsqueda de coincidencias unido al adecuado análisis ha permitido la triangulación de los hallazgos, ofreciendo solidez a los mismos.

“Los derechos y las necesidades de las mujeres y las niñas afectadas por las crisis humanitarias deben ser una prioridad al mismo tiempo que continuemos trabajando juntos para no dejar a nadie atrás”

Natalia Kanem
Directora Ejecutiva del UNFPA

<https://peru.unfpa.org/es/news/>

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La **información primaria** fue recogida, inicialmente, a través de entrevistas presenciales concertadas con los informantes seleccionados utilizando guías de temas y preguntas especialmente preparadas según el tipo de informante considerado en la planeación del estudio: a) servicios de atención y protección ofertados según el caso (SSR y VBG) a población R y M; b) brechas en la capacidad de respuesta; c) articulación y alianzas para mejor acceso a servicios; y, d) formas de comunicación de riesgos y difusión de servicios en la comunidad migrante. En la semana del 10 al 14 de enero se suspendió la presencialidad debido al incremento de casos de Covid-19 en su variante Omicrón especialmente en SJL, razón por la que las entrevistas individuales y/o grupales pasaron a ser realizadas virtualmente utilizando la plataforma de Zoom.

La duración de las entrevistas estuvo entre los 35 minutos a una hora y media en el caso de las grupales. En el caso de las entrevistas grupales con las mujeres, se transfirió una cantidad de dinero a la persona enlace que se encargó del reclutamiento de las informantes, este monto cubrió un refrigerio más un estipendio por movilidad para cada participante.

Todas las entrevistas fueron grabadas previa solicitud del permiso correspondiente¹. Solo una persona responsable de un CEM negó el permiso para hacerlo, recurriéndose a la toma de notas de gran parte de la entrevista.

La **información secundaria** se obtuvo luego de un importante acopio de literatura, estudios, encuestas, evaluaciones, investigaciones académicas, especialmente los producidos desde el año 2019 a diciembre del 2021, todos ellos referidos a la migración venezolana, particularmente a la situación de las mujeres, adolescentes y niñas y producidos por diferentes instituciones públicas, privadas e internacionales,

Muestra

Para este estudio se utilizó un **muestreo por conveniencia**, técnica de muestreo no probabilístico y no aleatorio usado para crear muestras de acuerdo con la facilidad del

¹ Cada instrumento a aplicar incluyó un consentimiento informado, que era leído antes de iniciar las entrevistas

acceso, disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra, el intervalo de tiempo dado y/o cualquier otra especificación práctica que se presentara durante la búsqueda de los/as informantes.

Para identificar a los potenciales informantes, se acudió a contactos conocidos en el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), así como en el Ministerio de Salud (MINSA), para que proporcionaran directorios y nombres de personas que podían brindar información en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y en los establecimientos de salud del distrito de SJL. Estos a su vez dieron otros nombres de personas cuya información fue sumamente útil para complementar el trabajo.

Las entrevistas grupales fueron facilitadas a través del Coordinador del distrito del Consejo de Residentes Venezolanos, cuyo nombre fue derivado por un contacto de la consultora con otro proyecto. Se han conducido tres entrevistas grupales con un total de catorce mujeres venezolanas entre los 18 a 45 años. En total se ha logrado más de las dos terceras partes (68%) de las entrevistas que fueron estimadas inicialmente en una cantidad de 34.

Su análisis es eminentemente descriptivo a partir de los hallazgos habidos en otros estudios y del análisis de las entrevistas sostenidas con un grupo de informantes que permitieron reforzar la información existente.

Número de entrevistas realizadas a informantes

Entrevistas individuales y/o grupales	Cantidad
Responsables de SSR	5
Responsable de salud mental en establecimientos de salud	2
Profesional de Centro de Salud Mental Comunitario - CSMC	1
Responsables de CEM en comisarías	2
Responsable CEM regular de SJL (Entrevista grupal: participaron cuatro integrantes del equipo del CEM)	1
Responsables de Familia, Comisarías con CEM integrados	2
Responsables de Hogares de Refugio Temporal – HRT	1
Funcionaria Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar - AURORA	1
Representantes de asociaciones y/o organizaciones de venezolanos trabajando en SJL	3
Puntos focales de Organizaciones, de la próxima intervención en SJL	2
Entrevistas grupales a mujeres en R y M (total de 14 mujeres)	3
Total	23

Fortalezas y limitaciones

Contar con una importante cantidad de información secundaria y reciente, sin duda alguna ha constituido una significativa fortaleza que contribuye con creces al propósito de este estudio,

permitiendo una triangulación singular y que sustenta los hallazgos de este estudio. La bibliografía que acompaña este documento lo demuestra, dichos documentos son mencionados en el texto de este informe y muchos otros, aunque solo fueron material de consulta, han sido ingresados a la bibliografía, todos ellos han sido útiles para darle mayor solidez a los hallazgos.

Sin embargo, el proceso de búsqueda de información por lo general trae también limitaciones, y en este caso no ha habido excepción. Se enumeran algunas dificultades que se han encontrado en las ocho semanas transcurridas desde el inicio de la consultoría.

1. Esta consultoría se inició en el mes de diciembre, un mes bastante difícil para lograr establecer los contactos necesarios para conseguir las entrevistas. Esta limitación fue advertida en el Plan de Trabajo inicial. En ese mes solo se pudieron alcanzar dos entrevistas. Las personas claves estaban muy ocupadas finalizando reportes, presupuestos y otros tomaron vacaciones.
2. En algunos sectores las personas que debían dar información argüían que necesitaban permiso de sus superiores para ofrecerla. Esto, por ejemplo, dilató concretar las entrevistas en los CEM porque hubo que solicitar el permiso a los supervisores directamente del Programa Nacional AURORA del MIMP. Algo similar pasó en un establecimiento de salud.
3. La posibilidad de conseguir una entrevista no está bajo el dominio de los investigadores, sino del o de la informante. Por lo tanto, hay que esperar la disponibilidad en su agenda para conseguirla, pero el tiempo asignado a la consultoría fue una limitante importante. Aunque la abundancia en la información secundaria fue de gran ayuda, no se logró alcanzar el número de entrevistas propuesto inicialmente, sin embargo, la repetición de las informaciones y su comparación con resultados de otros estudios fue considerado suficiente para las 23 entrevistas conseguidas
4. El rápido incremento de casos de Covid 19 en su variante Ómicron, en el distrito de SJL hizo que algunos de los informantes vuelvan al trabajo virtual. Por esa misma razón, el equipo consultor dejó de hacer entrevistas presenciales lo que dificultó la interacción con los/as entrevistadas. Esta condición ha sido especialmente importante en las entrevistas grupales sostenidas con las mujeres, las que tuvieron que juntarse en un solo espacio físico y usar una computadora para participar en la entrevista, con alguna desconfianza por parte de la consultora de exponerlas a un potencial contagio del virus.
5. Las intermitencias de la conectividad que parecen haber en el distrito de San Juan de Lurigancho (SJL) significó otra limitación para las entrevistas con las mujeres convocadas.

CONTEXTO

Las personas continúan saliendo de Venezuela para huir de la violencia, la inseguridad y las amenazas, así como de la falta de alimentos, medicinas y servicios esenciales. Con más de seis millones de venezolanos y venezolanas que se encuentran viviendo en el exterior, la mayoría de ellos/as en países de América Latina y el Caribe, ésta se ha convertido en una de las principales crisis de desplazamiento del mundo, crisis que se ha visto agudizada por la COVID-19. (ACNUR, 2021)

Hasta enero de este año Perú registró el ingreso de 1.3 millones de venezolanos. La Superintendencia General de Migraciones del Perú ha señalado que a setiembre del 2021 había más de un millón doscientos mil personas venezolanas registradas, aunque por lo menos 800,000 hombres y mujeres venezolanos permanecían aun en una situación migratoria irregular², por lo tanto, en carencia de acceso formal a los derechos y servicios básicos. Asimismo, esto convierte al Perú en el primer país de acogida de personas venezolanas con necesidad de protección internacional y el segundo destino de refugiados y migrantes venezolanos a nivel mundial (ACNUR, 2021). Solo hay 3,200 en condición de refugiados y 532,000 solicitantes de esta condición y un promedio de 22 meses de espera para alcanzarla. (DRC, ENCUENTROS, 2021)

Una situación irregular hace a este grupo en R y M particularmente vulnerables a la explotación laboral y sexual, al tráfico de personas, a la violencia basada en género, así como, al limitado o nulo acceso a los derechos y servicios básicos como la salud y la educación, además de soportar en muchos casos situaciones de discriminación y xenofobia.

El Perú es uno de los países que menos experiencia tiene en recibir población migrante internacional (Berganza, 2017) sobre todo en grandes cantidades. Esto ha generado una serie de retos en cuanto a la política migratoria y de asilo, así como con las políticas públicas vinculadas a la inclusión, y en particular a la inserción en el trabajo, la vivienda, la salud y la educación. (Blouin, 2019).

Información de la Superintendencia de Migraciones da a conocer que el 70% de personas en R y M viven en distritos de Lima y en el Callao, 54% son hombres y 46% mujeres, que es población joven o de adultos jóvenes y que se encuentran en el rango de 20 a los 39 años; de este grupo 61% son hombres y 63% mujeres³.

La pandemia de COVID-19 provocó un aumento de 10 puntos porcentuales en la pobreza, alcanzando más del 30% en el 2020, perjudicando aún más a las personas en mayores condiciones de vulnerabilidad, como lo es la población en refugio y migrante, reduciendo significativamente sus oportunidades económicas, educativas y afectando la salud mental de la población en general. Por la naturaleza misma de ser migrantes, la mayoría sin un estatus regular, casi todos los venezolanos se encuentran en desventaja en relación con la población

² Esta condición significa que no poseen algún documento que “oficialice” su permanencia en el país como, por ejemplo, un Permiso Transitorio de Permanencia (PTP), pasaporte vigente o no, solicitudes de asilo o de refugio en curso, carné de extranjería, etc

³ <https://rostrosvenezolanos.com/cuantos-venezolanos-peru-2021-ilegales/>

local cuando se trata de establecer un medio de vida. Las mujeres migrantes venezolanas, sin embargo, enfrentan mayores desafíos, amenazas y obstáculos en el proceso de encontrar trabajo y también en el espacio laboral, condiciones que los hombres no enfrentan. La búsqueda de trabajo que le permita generación de algún ingreso para la subsistencia, la expone al acoso sexual intenso, producto del imaginario machista de los hombres peruanos que la han hipersexualizado. Así, deben soportar violencia callejera que en muchas ocasiones se extiende a los trabajos y en sus hogares, sobre todo cuando las parejas son peruanas.

El cierre de las fronteras para frenar la propagación de la COVID-19 implicó que los migrantes y solicitantes de asilo recurrieran al uso de vías irregulares, lo que los expuso, especialmente a las mujeres, niños y niñas, a sufrir violencia y trata de personas. Durante varios meses fue imposible solicitar asilo porque se cerró la oficina gubernamental encargada y se suspendieron las solicitudes online. Durante los meses de confinamiento por la pandemia, los migrantes, solicitantes de asilo y refugiados, la mayor parte de ellos de nacionalidad venezolana, no recibieron ningún apoyo económico que les permitiera cumplir con las medidas de quedarse en casa. Algunos fueron desalojados de su casa en unas condiciones que les negaban el derecho a la salud y la vivienda.

La gran mayoría de población migrante y refugiada tampoco cuenta con un seguro de salud, lo cual presenta una barrera importante para su atención médica. Según la ENPOVE (2019), el 91,5% de la población migrante venezolana no tiene acceso a ningún seguro de salud. El 4,6% cuenta con acceso al SIS, el 2,5% tiene EsSalud y el 1,5% tiene un seguro privado. Aunque esta situación podría haber cambiado en el tiempo. La encuesta de Equilibrium CenDe realizada a población venezolana en agosto del 2021, rescata que el 28% de los entrevistados tiene algún tipo de seguro.

Esta descripción podría tener características más agudas en los distritos con menores facilidades y con condiciones de pobreza o pobreza extrema, tal es el caso de San Juan de Lurigancho (SJL), que alberga más de 50,000 personas en R y M⁴. Este distrito es el más extenso de la capital y del país, tiene una población de más de un millón doscientos mil habitantes, con una proporción similar de hombres y mujeres, entre los 20 a 40 años, es decir en edad de trabajar. Alrededor del 25% de su población se encuentra en la línea de la pobreza.

En SJL las actividades comerciales, manufactureras y de la construcción son las más importantes del distrito, la mayoría de sus habitantes se ocupa de las actividades comerciales. La economía de la población del distrito de SJL, a través de los años ha experimentado diferentes cambios debido al desenvolvimiento de la oferta y demanda, así como la expansión territorial. Cuenta con zonas definidas donde se desarrollan las diferentes actividades económicas, de servicios, comercio (transporte y comunicaciones) y manufacturas.

El distrito cuenta con una amplia red de servicios de salud pública y privada. Según el último reporte del Análisis de la Situación Hospitalaria del Hospital SJL (ASIS 2021), hay un total de 211 establecimientos de salud, 34 pertenecen al MINSA, solo el hospital⁵ es de complejidad II-2 y es centro de referencia prioritario para el distrito, el resto de establecimientos son de primer nivel de atención, es decir de prevención de riesgos y control de daños a la salud, resuelven problemas de salud de baja complejidad de la población, mediante acciones intramurales y extramurales, y a través de estrategias de promoción de la salud. También hay

⁴ Sin embargo, el Coordinador de Migrantes de SJL, declaró que en el último censo que ellos realizaron, “había 75,000 familias, más de 150,000 venezolanos” en el distrito, pero dijo también que hay “como un 30% que se había ido de SJL”.

⁵ El hospital de SJL originalmente fue un puesto de salud y su infraestructura se fue ampliando con el crecimiento de las necesidades y debido al cambio de complejidad, pero sin ninguna planificación y con material precario.

un hospital II-I del Seguro Social, SISOL (Sistema Metropolitano de la Solidaridad de nivel I-3), uno solventado por la municipalidad de SJL y clínicas y centros de salud privadas que suman alrededor de 173.

El Hospital es prácticamente un establecimiento materno infantil sin que tenga las características para serlo, tiene un total de 42 camas para gineco obstetricia, el 58% de sus hospitalizaciones del 2020, fueron para la atención de partos normales o por cesárea. En el 2021, el hospital atendió 405 partos de mujeres migrantes, de éstos el 12% fueron de adolescentes entre 15 a 19 años. De las 13,400 atenciones por emergencias obstétricas realizadas en el hospital, alrededor del 20% correspondieron a mujeres venezolanas. El 41% de las 257 atenciones por anticoncepción a mujeres recayeron en la inserción de implantes⁶.

Interesante también resulta conocer que de las 10 primeras causas de morbilidad atendidas en la consulta externa a población entre 18 a 29 años en el 2020 en el hospital SJL, tres de ellas están relacionadas con la salud mental (ansiedad, problemas emocionales, esquizofrenia), correspondiendo al 29% de la consulta externa, 54% afectan a hombres y 16% a las mujeres⁷. El distrito también cuenta con tres Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) los que por lo general son establecimientos que sirven de referencia al resto. Estos centros son los que tienen profesionales psiquiatras, psicólogos, terapeuta de lenguaje, ocupacional, enfermeras, etc. Este equipo provee terapia psicológica cuando es necesaria y previa evaluación.

El distrito también dispone de seis Centros de Emergencia Mujer (CEM), servicio público dependiente del Programa Aurora del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), los que brindan atención integral para contribuir a la protección, recuperación y acceso a la justicia de las personas afectadas por violencia basada en género. Cinco de los seis CEM funcionan al interior de los locales en donde se encuentran las Comisariías de la zona y se denominan integrados, solo hay uno, el más antiguo, que no tiene esta característica pero que se encuentra en la zona de la municipalidad del distrito y según el equipo que participó en la entrevista grupal, tienen buena coordinación con la Gerencia de Desarrollo Social. Durante los meses de enero a octubre del 2021, los CEM en comisaría de Lima Metropolitana han atendido un total de 31,261 casos de los cuales el 11% pertenecen al distrito de SJL, cantidad reportada en el Informe Regional para Lima Metropolitana del Programa. Vale la pena anotar que es el porcentaje más alto encontrado entre todos los distritos de Lima. Con relación a los casos denominados tentativas de feminicidios para el mismo periodo de tiempo, SJL registró 6 y un caso con características de feminicidio, superado solo por la Comisaria de Apolo en La Victoria que tuvo 7. El total de casos de tentativas de feminicidios para Lima Metropolitana fue de 76 entre enero a octubre del 2021.⁸ Finalmente los CEM de SJL realizaron 1017 acciones preventivas, lo que corresponde a un 8% del total de las acciones realizadas por los CEM en Lima Metropolitana.

Según el Análisis Conjunto de Necesidades 2022⁹, “Las refugiadas y migrantes de Venezuela han sido las extranjeras más afectadas por diferentes tipos de violencia en los últimos años”. En ese sentido, en el Perú las manifestaciones de violencia basada en género (VBG) hacia las mujeres venezolanas se evidencian a través de las estadísticas que dan cuenta de la gravedad de la situación. Durante el 2020 se registraron un total de 1,286 casos atendidos (Defensoría del Pueblo. UNFPA. Lima, 2021) por diferentes tipos de violencia, mientras que en el 2021 alcanzó a 2,025 casos, es decir 64% más. El

⁶ Información estadística proporcionada por la responsable de la estrategia de SSR del Hospital de SJL. Enero 2022.

⁷ ASIS 2021, Hospital San Juan de Lurigancho.

⁸ MIMP. Resumen Regional Lima Metropolitana. Programa Nacional AURORA. Periodo enero-octubre 2021.

⁹ Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. R4V. Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes. Página 40.

85% de estos casos fueron por violencia psicológica y/o física, el 15% fueron por agresiones sexuales. Del total de los casos registrados en Lima Metropolitana (918), el 8.3% pertenecen al distrito de SJL. La distribución por tipo de violencia de los casos atendidos en el distrito muestra que el 18.4% se deben a alguna forma de violencia sexual.

HALLAZGOS

Capacidad de respuesta de servicios de SSR, salud materna, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, salud mental dirigidos a mujeres en refugio y migrantes.

Cuando la pandemia del COVID-19 llegó al país, encontró un sistema de salud crónicamente enfermo, poco integrado y con limitadas capacidades, con estas características se tuvo que enfrentar a una enfermedad desconocida (MINSA, 2021). Gran parte del personal de los establecimientos de salud fue reasignado al trabajo de respuesta a la COVID-19, lo cual redujo al mínimo el número de prestadores dedicados a otros servicios de salud¹⁰. Prácticamente el primer nivel de atención dejó de funcionar, más aún luego que se instalara la pandemia en el país en el primer trimestre del 2020, tiempo en que se develaron las serias deficiencias del sistema de salud del país. El sistema de salud peruano ya enfrentaba déficits preexistentes en la prestación de servicios, y la potencial población adicional constituida por la migración venezolana, puede haber creado mayores presiones.

Para la población en refugio y migrante la salud si bien es una preocupación, ésta es considerada como algo secundario frente a la urgente necesidad de alimentación e ingresos. (OIM, 2021) Debido a la emergencia de su salida del país y las necesidades por encontrar un trabajo que permita la alimentación básica, la salud deja de ser una prioridad para las personas que acaban de migrar. Esto también lo verifica el Monitoreo de Protección que realizan Encuentros y el Consejo Danés para los Refugiados (DRC) que, en su última encuesta a diciembre del 2021, señala que hombres y mujeres venezolanos consideran como prioridad y en ese orden: la alimentación, la salud, los medios de vida (trabajo) y la vivienda.

A pesar de los esfuerzos de diferentes instituciones que están aliviando y proporcionando servicios en la atención de salud, entre otros, con transferencias de dinero, la ayuda no es suficiente y deja a mucha población R y M sin la atención que necesitan. Parte de la explicación que menciona la población venezolana para no acceder a la atención en salud es el no tener dinero o no tener el carné del Seguro Integral de Salud (SIS). El Análisis Conjunto de Necesidades del 2021¹¹ señala basado en información proporcionada por el MINSA, que se estima que menos del 10% de refugiados y migrantes de Venezuela tiene acceso al Seguro Integral de Salud (SIS), requisito que aún es considerado imprescindible para la atención gratuita y que la gran mayoría de población venezolana no puede demandar porque su estatus es irregular: sin carné de extranjería, o de solicitud de refugiado o sin el Permiso Temporal

¹⁰ A mediados del 2020, una evaluación rápida realizada por la OPS para conocer los efectos de la COVID-19 en los servicios dirigidos a la atención de otras enfermedades informó que los servicios de salud ambulatorios se vieron parcialmente interrumpidos en 18 países encuestados (64%), dos los interrumpieron completamente y en siete países (25%) han permanecieron abiertos. Estas interrupciones afectaron todo tipo de atención para personas con enfermedades no transmisibles, pero más aún para servicios de diabetes, hipertensión, cuidado dental y anticoncepción.

¹¹ Información rescatada del Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes 2021, pág.20. GTRM, Perú 2020.

de Permanencia¹². Además de la parte documentaria, la obtención del SIS exige que estén clasificados en situación de pobreza o pobreza extrema en el Padrón General de Hogares del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) lo cual puede llegar a representar otro obstáculo si las personas venezolanas viven en espacios que incumplen los criterios para entrar en estas categorías.

Estas condiciones, solo se obvian en el caso de embarazadas y de niños menores de cinco años, a los que sí se les expide el seguro integral, pero que solo tiene validez para las mujeres hasta 45 días después que el embarazo finalice; luego ya no tiene derecho al SIS, pero si para la atención del recién nacido. De esa manera lo explican las prestadoras de salud.

“Toda gestante venezolana en su primer control se inicia con el registro en el sistema WAWARED ... y con ese documento se les envía al SIS para su afiliación... comienza su atención que le cubre todo lo que es sus análisis, sus ecografías las interconsultas que va a pasar con los diferentes servicios de psicología, nutrición, dental, medicina. Después de los 40 días de su parto el SIS caduca, para el bebe no. Si ellas quieren seguir recibiendo SIS tiene que hacer el trámite en el centro de salud. Y también las mandan a la Municipalidad para que pasen por un módulo de clasificación de acuerdo a sus ingresos”.

(Prestadora de salud, SJL)

La experiencia con los servicios de salud

De acuerdo con un estudio de Plan Internacional realizado en el 2021, los países con mayores barreras al servicio de salud son Colombia y Perú (47% cada uno), en comparación con Ecuador (25%). Las principales razones para no acceder a servicios médicos están relacionadas con la falta de regularización de su estatus migratorio, la falta de cobertura y el costo de estos. (Plan Internacional, 2021, p.7)

Sin embargo, habría algunas otras razones para que la población en refugio y migrante no llegue a los establecimientos de salud. La Primera Encuesta Nacional Percepciones y Actitudes sobre Diversidad Cultural y Discriminación Étnico-racial realizada por el Ministerio de Cultura del Perú en 2018, reveló entre sus principales resultados que, donde las personas se sintieron más discriminadas fue en un hospital público o una posta médica, ocupando esta categoría el primer lugar entre nueve, con el 22% de las respuestas. (MINCUL, 2018)



LA VERDAD, YO NO VOY A LA POSTA PORQUE
ME HAN DICHO QUE NO SON BUENOS,
PRIMERO TE COBRAN POR TODO Y LUEGO TE
TRATAN MAL PORQUE ERES VENEZOLANA.
¿PARA QUÉ VOY ENTONCES?

Mujer venezolana, SJL

De otro lado datos cualitativos recogidos en un estudio diagnóstico efectuado por el Banco Mundial, sugieren adicionalmente, **altos niveles de discriminación** en los centros de salud públicos hacia las personas de origen venezolano que acceden a esos servicios. Ambas

¹² El Informe de Adjuntía 002-2020 “Personas Venezolanas en el Perú. Análisis de la Situación Antes y Durante la crisis Sanitaria generada por el COVID-19”, remarca que el PTP no es reconocido como documento válido para la afiliación a los regímenes del SIS (sea el subsidiado o el semi contributivo). Explica que la jefatura del SIS indicó que este documento no es equiparable al carné de extranjería, **único documento reconocido** por la legislación peruana para permitir la afiliación a seguros públicos.

aseveraciones, harían pensar que persisten desde los establecimientos de salud, algunas actitudes que carecen de la “calidad y calidez” que se espera encontrar en los servicios. Actualmente, las respuestas por parte del Estado focalizadas en la atención de la salud de las personas venezolanas han sido limitadas, y se han visto de alguna forma opacadas¹³ por el accionar de la sociedad civil e instituciones internacionales. (Banco Mundial 2019)

El desconocimiento del sistema de salud en el Perú, es también un motivo que expulsaría a la población R y M. Algunos estudios (Plan Internacional, PADF-IDEHPUCP, Acción y Desarrollo) han encontrado opiniones críticas de los y las venezolanas hacia el sistema, generando sentimientos de exclusión. Mientras que la atención en el sistema de salud en Venezuela es gratuita, en el Perú se tiende a asumir el costo de consulta y adquisición de medicinas. Para la población M y R esto es una situación nueva que conlleva, además, un gasto extra que atenta con su frágil economía.¹⁴

“Yo, hasta ahora no sé cómo tengo que hacer ... tampoco tenemos tiempo de preguntar, yo trabajo desde las 7 de la mañana... estoy tres años y nunca he ido a la posta, solo a la farmacia”

(Mujer venezolana, Entrevista grupal SJL)

A través de algunos testimonios recogidos también se evidencia un sentimiento de discriminación por parte de prestadores de servicios públicos del sector, probablemente suscitado por algunas demandas de atención de la población venezolana, entre otros, porque les cuesta entender que el sistema de salud funciona diferente y que no es totalmente gratuito como en Venezuela. Estas consideraciones incomodan al personal de salud de los establecimientos.

“Las venezolanas vienen acá y exigen que se les atienda de inmediato, vienen a su hora de cita, pero no tenemos mucho personal y hay que esperar, eso no les gusta, no saben esperar”

(Prestadora de salud SJL)

“Ellas son muy empoderadas, no entienden razones, y quieren que todo se les de gratis, y así no es tampoco”

(Prestadora de salud SJL)

“Las venezolanas que vienen quieren que les demos lo mismo que en su país, vienen diciendo en mi país todo es gratis, en mi país no me hacen esperar, en mi país esto y aquello y nosotros les decimos, primero bonito, aquí no es así, aquí es diferente, no estás en Venezuela, esto es el Perú... es que no saben, hay desconocimiento...por eso se quejan de todo”

(Prestador de salud SJL)

Es interesante comprobar que las características culturales de la población venezolana, con manifestaciones más asertivas y trato más horizontal, en este caso de las mujeres, traducidas como “exigentes” y “empoderadas” colisionan con las de sus pares peruanas, que tienden a

¹³ Actividades de acción humanitaria de un amplio grupo de organizaciones internacionales y de sociedad civil se encuentran actuando en diversas regiones del país proporcionando soporte de diferente tipo a la población en R y M.

¹⁴ La última Evaluación de Necesidades del International Rescue Committee (IRC) hasta octubre del 2021, también reporta como resultado de una encuesta aplicada a población en R y M que 37% necesita información sobre atención de salud, 31% sobre medicamentos, 9% acerca de asistencia psicológica y 3% mencionó la salud mental.

ser más tolerantes y sumisas ante el comportamiento de los servicios públicos y que suscitan las narrativas mencionadas.

Los/las migrantes y refugiados entrevistados perciben un trato injusto y diferente al de la población local, especialmente en el ámbito de la salud que es un servicio que requieren pero que sienten que los “expulsa”.

“A los venezolanos acá nos atienden súper mal, yo escuché... a esos venecos de m...no hay que atenderlos, pero no todos tenemos que pagar lo que otros hacen, hay gente malandra, pero no todos somos así”

(Mujer venezolana, Entrevista grupal)

Al respecto, el reporte del Banco Mundial también documentó casos en donde la atención en los centros de salud es completamente negada o relegada, incluso cuando se trata de una emergencia. Esto es corroborado por el testimonio de una participante en la entrevista grupal:

“Mi niña, de tres años, tenía 39 de fiebre... ya había convulsionado, estaba grave y no la quisieron atender, no te corresponde me dijeron, si eres venezolana tienes que tener carné de extranjería y para eso tienes que estar por lo menos un año acá... yo me molesté mucho y le dije que nosotros (los venezolanos) hemos recibido (a peruanos) sin preguntar nada, hemos recibido cuando fueron a Venezuela... pero aquí nos tratan así... luego me enviaron al Hospital del Niño, en Breña, eso fue otra cosa, ahí me trataron muy bien para qué, muy fino”

(Mujer venezolana, Entrevista grupal SJL)

Aun en situaciones de infección COVID-19, la experiencia con el servicio de salud no es rescatada como positiva.

“Yo no voy a la posta... yo he ido a uno de pago (a un servicio privado) ... porque aquí nos atienden muy mal; hace un año yo tuve COVID y me fue mal, apenas podía respirar y no me quisieron atender, y me veían así y no me atendieron, me mandaron a la casa.

(Mujer venezolana, Entrevista grupal SJL)

Las experiencias en las atenciones por el lado de la población R y M, y por el personal de salud no parecen haber sido muy exitosas, hay quejas y críticas de ambas partes, en las que se descifran desconocimiento, falta de empatía y fricción entre culturas, pero también se puede percibir en los prestadores de salud, un halo discriminatorio y un desgaste emocional adicional que supone atender a personas en R y M.

Uso anticonceptivo, atención materna y ginecológica

Los servicios de SSR son considerados esenciales y como tal son brindados por el Estado, su incumplimiento perjudica a una serie de derechos fundamentales, que incluye la vida, la salud, la dignidad y el libre desarrollo de las mujeres. Y, así como los derechos a la salud en general todas las personas tienen, en relación con los servicios de SSR, derecho a conocerlos, a que estén disponibles, accesibles y que sean de calidad. En esa línea los prestadores de salud manifiestan preocupación por ofrecerlos de la mejor manera que sus recursos les permiten, “sin distinción de nacionalidades, aquí atendemos a todos”

Sin embargo, se han revisado muchas evidencias, entre otras las emitidas por la Defensoría del Pueblo, que denuncian que el contexto de la emergencia sanitaria producida por la

COVID 19, ha producido reducción del acceso, el déficit de disponibilidad y calidad en el servicio esencial de atención de la salud sexual y reproductiva. (Defensoría Informe Nro. 013, 2021) El siguiente testimonio de un punto focal de la próxima intervención de UNFPA parece confirmarlo:

Mi percepción es que la mayoría (las mujeres R y M) tiene un nivel de información relevante, pero con limitaciones para acceder a servicios, más allá de su situación migrante: horarios no adecuados a sus tiempos libre, temor malos tratos, que les cobren, largo tiempo de espera.

(Punto focal, SJL)

Otro aspecto que debe resaltarse es el del bajo acceso y bajo uso de la población venezolana a métodos anticonceptivos modernos, lo cual podría afectar el bienestar de las familias venezolanas en el largo plazo, y en particular, el de las mujeres. Según la “Encuesta Dirigida a la Población Venezolana que Reside en el País” - ENPOVE 2018, solo el 27% de las mujeres venezolanas en edad fértil tenía acceso a algún método de planificación familiar, comparado con el 55% de las mujeres peruanas; nivel que, por otra parte, es bajo comparado con otros países de la región. Las consecuencias son graves: hubo más de 15 mil embarazos no planificados durante el 2020, y se triplicó el número de niñas que fueron obligadas a ser madres.¹⁵

Esta brecha de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y uso de métodos anticonceptivos crea múltiples riesgos en particular para las mujeres venezolanas, incluyendo embarazos no intencionales y exposición a infecciones de transmisión sexual, entre otros. Cabe anotar que, de las catorce participantes en las entrevistas grupales realizadas, cinco estaban usando algún anticonceptivo (tres implantes, dos DIU y una inyectable), dos de ellas estaban embarazadas, cuatro “no se cuidaban” aunque no deseaban salir embarazadas, pero no parecían percibir el riesgo. Solo una, de ese grupo, había usado hasta un año atrás, pero dejó de usarlo porque “no tenía tiempo ni dinero para comprarlo” y porque se había inscrito en una lista promovida por el centro de salud, para acceder a una esterilización, “me dijeron que me iban a llamar y hasta ahora sigo esperando más de seis meses”. Dos, jóvenes de 18 años, nunca habían usado anticonceptivo. Sin embargo, se encontró que todas conocían el anticonceptivo de emergencia (AOE)

Algunos establecimientos de salud ensayaron algunas alternativas para no dejar desprotegidas a las mujeres que venían en busca de anticoncepción, aunque éstas no necesariamente fueran de aceptación de las usuarias.

“Por la pandemia, para atenderlas mejor, buscamos la estrategia de cambiarle de método que evite el contacto con la paciente, algunas aceptaban otras preferían comprar... otras ya no volvían... pero nosotras decíamos si de verdad quieres cuidarte usas cualquier cosa”.

(Prestador de salud, SJL)

Siendo la información de la ENPOVE del 2018, el pasado agosto del 2021, se exploró resultados de una encuesta efectuada por Equilibrium CENDE a una muestra de más de 500

¹⁵ Recuperado de: <https://saludconlupa.com/noticias/peru-retrocedio-cinco-anos-en-acceso-a-metodos-anticonceptivos-durante-la-pandemia/> Consultado el 18 de enero 2022.

personas venezolanas, encontrándose que solo el 52% había utilizado algún anticonceptivo en su última relación sexual y que el método más usado había sido el condón (53%).

En los establecimientos de salud visitados, manifestaron que se ha tratado de no cortar los servicios de gineco obstetricia y los de planificación familiar a pesar de la pandemia, y que solo estuvieron un poco más de un mes sin atender, implementando luego el servicio telefónico para las atenciones de reposición de anticonceptivos¹⁶. La emergencia siempre estuvo disponible a pesar de que la pandemia hizo que la gran parte de recursos humanos, de insumos y de equipos de protección personal (EPP) fueran destinados a la atención de COVID.

“Cuando llegan por emergencia por ejemplo con abortos incompletos... ya saben que hay que atenderlas sin pedirles nada, a veces cuando se les pregunta por algún familiar, estoy sola dicen, pero luego nos damos cuenta de que afuera está la pareja o el familiar”

(Prestador de salud SJL)

“No se podía dejar de atender las emergencias obstétricas, siempre entraban, además ellas (las mujeres venezolanas) conocen sus derechos, vienen y piden que se las atienda... algunas son malcriadas... el problema es que dan direcciones falsas, celulares falsos y ahí tenemos problemas para el seguimiento, ya nunca más se les ubica”

(Prestadora de salud SJL)

“En algunas ocasiones los colegas, por temor, no quieren atender a las pacientitas venezolanas indocumentadas, si no traes tus papeles no te puedo atender les dicen, creen que pueden ser delincuentes, eso quiebra la relación médico-paciente, algunos creen que lo van a esperar afuera y lo van a asaltar, entonces no quieren atenderlas”.

(Prestador de salud SJL)

Con muchos tropiezos, buena voluntad y muy pocos recursos en los establecimientos de salud se está intentando volver a una normalidad que no termina de ocurrir y que por momentos se vuelve a alejar. Así es como los trabajadores de salud sienten que enfrentan día a día sus labores.

Mencionan que hay poca afluencia de personas R y M a los servicios debido a que hay una gran parte indocumentada y son temerosas de tener problemas con la policía o no ser atendidas, pero los servicios de SSR si los atienden así no tengan documentos y persuaden al personal médico para que procedan de la misma forma. Explican que las mujeres venezolanas “todo lo quieren gratis”, que ellas dicen que no tienen familia, que viven solas, no tienen ayuda y dan teléfonos y direcciones falsas y ya no se les puede ubicar después.

“...hay muchos abortos provocados y hay problemas con los fetos de las mujeres migrantes que se quedan en el hospital y no vienen a recogerlos y el servicio no tiene a dónde acudir porque ya no regresan y no se les ubica, el trabajo de seguimiento que hace la asistente social se ha visto interrumpido

¹⁶ La informante refirió que llamaban al número de celular que habían dejado como referencia las usuarias de métodos que requerían reposición (píldoras e inyectables, sobre todo), luego le pasaba la receta por el WhatsApp y fijaban un día para el recojo. El método era entregado en la farmacia con la receta enviada. Los inyectables se empezaron a entregar un poco más tarde porque requerían que se colocara en el establecimiento, pero luego igual lo empezaron a entregar por la necesidad de las mujeres.

porque no se ha podido cumplir con las visitas hasta ahora debido a la pandemia”.

(Prestador de salud SJL)

Se percibe en las conversaciones sostenidas con los prestadores de salud, ciertos sentimientos contradictorios pese a reconocer las necesidades de atención de este grupo en R y M se sienten en la necesidad de ceñirse a las normas de atención establecidas, razón por la que aparentemente esgrimen una serie de argumentos paliativos de situaciones consideradas atentatorias a los derechos de las personas, en este caso a la población de mujeres R y M. Así, se escuchó en las entrevistas realizadas a los operadores de los servicios de salud y de protección frente a la VBG, (establecimiento de salud, CSMC, CEM y hasta en las comisarías), frases como “aquí a todas las personas se les trata igual, no hay diferencias, sean de la nacionalidad que sean” aseveración que contrasta con las voces de mujeres en este estudio y las recogidas en otros varios más. Nuevamente pareciera que hay apreciación de que se está “favoreciendo” a las mujeres en R y M pero que por las características de ellas no aceptan el servicio, la “cultura de la entrega de servicio” en el país colisiona con la que trae la mujer venezolana.

“Las venezolanas están bien empoderadas y conocen sus derechos, pero vienen tarde para su atención y en forma prepotente quieren que las atiendan y no ven que existe un horario, que se saca cita y hay un tiempo de espera para su turno”.

(Prestadora de salud, SJL)

Sin embargo, es cierto que se ha observado que, en todos los servicios visitados, sobre todo en los del MINSA, hay mucha precariedad en los espacios de atención, los equipos son obsoletos y otros están malogrados, no hay insumos de escritorio (por ejemplo, no se pueden sacar reportes porque no hay toner para la impresora), y sobre todo hay falta de recursos humanos.

“Aquí en el hospital, hay poco personal y hemos tenido que cerrar consultorios debido a que los profesionales a partir de enero regresan a sus sedes, (estaban destacados para apoyar las atenciones de COVID 19), entonces ahora se tiene que restringir la atención también en emergencia debido a la brecha de personal que existe...”

(Prestador de salud SJL)

Manifiestan carencia de salas de operaciones que sean solo para gineco obstetricia, camas de hospitalización, dopplers, ecógrafos y algunas medicinas esenciales para la atención del servicio de gineco obstetricia. El área de planificación familiar, necesita aumentar la cantidad de módulos de atención “ahora no hay privacidad”, no pueden atender con la rapidez que requiere la usuaria, sobre todo a las mujeres R y M, la cual debido a sus condiciones de trabajo no tienen tiempo de esperar¹⁷.

“Necesitamos que la camilla tenga su sabana de tela y solera de tela para poder usar los campos personalizados para cada paciente. Lo peor es que no hay

¹⁷ Las mujeres entrevistadas tienen diferentes horarios en los que podrían llegar a los servicios, dado que sus actividades económicas son informales y la mayoría no tenía un horario permanente. En todo caso los horarios después de las 6pm, son los que parecían más convenientes. También se mencionó que lo llevaran a domicilio o lo entregaran a algún promotor comunitario pero que sea venezolano.

acceso a espéculos, por el SIS solo el espéculo se usa para el PAP, si es para otro servicio la paciente tiene que comprarlo”.

(Prestadora de salud, SJL)

“Los servicios de SSR en primer nivel vienen funcionando, pero de manera más limitada por la pandemia, con capacidad instalada disminuida por temas de infraestructura, por ejemplo, un consultorio para PF y materno y personal reducido, porque están atendiendo desde sus casas por comorbilidades”.

Punto focal, SJL.

La Directiva Sanitaria (DS) 131 emitida en el 2021, que dicta medidas y procedimientos para la atención de la SSR en contexto de la emergencia sanitaria producida por la COVID-19, puntualiza rigurosamente todas las actividades presenciales y virtuales para la atención. Precizando, en la información recogida de los propios prestadores se reconoce que ha habido muchas dificultades para efectivizar servicios tal como lo indica la DS. Lo más evidente ha sido la clamorosa falta de recursos humanos para cubrir las necesidades de atención: con más de la mitad de éstos trabajando virtualmente por razones de comorbilidades, inhibió la posibilidad, entre otras, de hacer cualquier trabajo extramural, porque se necesitaba el personal en el establecimiento. A pesar de ello, el personal logró hacer entrega de medicamentos e insumos anticonceptivos, prescritos virtualmente.

“La población venezolana está enterada de los servicios que se brindan, durante la pandemia ellas venían por sus insumos y solicitaban a través de las rejas que se les atienda”

(Prestador de Salud)

“Yo quería que me pusieran implante, pero me recetaron pastillas, por el covid me dijeron, que luego me pondrían. Pero ya no fui a recoger. Recién voy a volver, cuando tenga un tiempo”.

(Mujer venezolana, entrevista grupal)

La mitad de los controles prenatales pasó a ser virtual y muchas veces solo se hizo una ecografía durante todo el periodo de gestación. Las mujeres R y M fueron críticas sobre el cómo se conducían los controles de la gestación, así como expresaron su malestar por los ajustes que se hicieron en las atenciones.

“En Venezuela, todos los meses me hacen la ecografía, nos dicen. No entienden que aquí por la pandemia no se puede hacer, que tenemos todo restringido, se ponían difíciles”

(Prestadora de Salud SJL)

“No quiero que piensen que me quejo de todo, pero en Venezuela hacen diferente (el control prenatal), me revisan todita desde los pies, las piernas, la barriga, mi espalda... en cambio aquí, rapidito hacen todo, llenan unos papeles y te dice que ya está... eso es muy diferente, no tengo mucha confianza”

(Mujer gestante, entrevista grupal. SJL)

Tamizaje de la VBG en servicios de salud

A todos los y las prestadores de salud que se entrevistaron, se les preguntó acerca del tamizaje de la VBG, todos señalaron que se hacía en la primera consulta en los servicios de gineco-obstetricia y en su emergencia, mencionaron que sí se cumple el protocolo de

atención para mujeres gestantes en los controles prenatales, pero es una información que necesitaría ser confirmada, porque a la vez dicen que no tienen mucho tiempo de atención por la demanda en los servicios. Por otro lado, piensan que el tamizaje es solo para casos de violación sexual y no para cualquier otro tipo de violencia. Si se detecta un caso en personas mayores de 18 años la derivan de inmediato al área de salud mental del establecimiento, en este caso del hospital, si es de otro establecimiento de menor nivel, se deriva al CEM o al CSMC dependiendo de la evaluación del caso. Si el servicio de salud mental evalúa el caso y así lo considera lo deriva al CEM, aunque hay veces que las mujeres se niegan a seguir esta ruta y prefieren retirarse. En todos los casos que se necesita algún tipo de evaluación, se utiliza la Ficha de Valoración del Riesgo. Sucede que los/las prestadores de salud no sienten que puedan dar soporte emocional, “porque no son psicólogas” razón por la cual lo más efectivo para ellos/as es direccionarlas al consultorio de salud mental.

“No se está cumpliendo la ruta de atención, dentro de los establecimientos de salud no se han socializado ni trabajado la ruta de atención violencia. En SSR lo asocian a tamizaje de violencia en gestantes”

(Punto focal, SJL)

“El tamizaje se hace en consultorio, pero de una manera rápida, normalmente se hace en emergencia, ellas (las mujeres venezolanas) no dicen nada sobre eso, pero la obstetra observa que tiene algún morado, algún golpe y pregunta, cuando hay violencia sexual se les brinda el kit de emergencia, si no hay violencia sexual se les registra y se les brinda apoyo mental”

(Prestadora de Salud SJL)

No hay un Comité Coordinador Multisectorial tal como lo señala la norma, aunque si pueden tener reuniones con personal del CEM. La articulación del establecimiento de salud se ha percibido débil en relación con los otros actores de la ruta de atención de VBG, por ejemplo, las comisarías, fiscalías, etc.

“Aquí no participamos en reuniones, ni mesas de trabajo de violencia, creo que no hay. No tenemos un directorio de CEM, hemos escuchado que existía cerca un CEM y una casa refugio, pero no sabemos si continúan... pero los enviamos a salud mental”

(Prestador de Salud, SJL)

Se identifican en la población venezolana barreras al acceso a los establecimientos de salud asociadas a la indocumentación que a su vez no les permite acceder al SIS y la falta de recursos económicos que requiere tener un trabajo con cierta estabilidad que se lo provea, aunque también evalúa sus prioridades no estando la salud entre ellas. Esto como eje central de la situación, sin embargo, también aparecen temores a la situación irregular que la mayoría de las personas R y M sostiene, y que su imaginario los lleva a pensar que serán encarcelados o deportados del país. Asimismo, aparecen manifestaciones de desconfianza hacia los servicios públicos y preferencia por acercarse a los servicios que pueden ofrecer las organizaciones internacionales o las asociaciones de venezolanos que se encuentran trabajando en el distrito, porque “hay más confianza”.

Una rápida mirada in situ a la percepción de necesidades que los prestadores han manifestado constata que las condiciones en las que desarrollan sus labores son con certeza frágiles, como probablemente sean las características inherentes a los servicios sociales del país. Carencia de recursos humanos, infraestructura escasa y no en buen estado, falta de equipo y tecnología para la atención, así como, para la prevención y promoción y también para las labores

administrativas, se unen a una carga de trabajo bastante más intensa en tiempos de pandemia, lo que configura una situación laboral poco amigable y que es posible que condicione el estado emocional de los prestadores a una recurrente frustración que podría estar afectando la salud mental.

Mejorar las competencias versus otros recursos

En esa situación las y los prestadores reconocen que, a pesar de estar capacitados, “siempre es bueno estar al día”, pero piensan que una mejor forma de hacerlo es a través de pasantías o rotaciones a otros establecimientos. Las capacitaciones, luego de haberse declarado la emergencia sanitaria, se han venido dando de forma virtual. También señalan que “las obstetras por lo general se capacitan por sus propios medios” buscando por fuera oportunidades para continuar aprendiendo.

Hay intervenciones que algunos prestadores dicen que deben ser dirigidas especialmente para “sensibilizar a personal de salud” en relación con la población en R y M, sobre todo para evitar actitudes que pueden ser discriminadoras. Algunos consideran que para incluir a la población venezolana hay que conocerlos mejor.

“Tenemos que buscar sensibilizar a los y las médicas para la atención a las personas R y M, para que no pierdan el temor de atender a los pacientes migrantes que no cuentan con documentación... a veces no los entendemos, ellos son diferentes a los peruanos”

(Prestador de salud, SJL)

Aparecen también las diferencias entre obstetras y médicos gineco-obstetras, a los que se les siente alejados de la SSR, y que prefieren atender casos “más complejos” de la morbilidad obstétrica y ginecológica que, del campo de la anticoncepción, por ejemplo.

“Los gineco obstetras conocen su especialidad, pero necesitan acercarse a la salud sexual y reproductiva, porque ellos creen que es accesorio, no le dan importancia”.

(Prestadora de salud, SJL)

Los servicios de SSR para la población en general y en particular para R y M, deben mejorar sus procesos de atención, sugieren implementar tele consulta, también tener espacios de servicios diferenciados para la población venezolana con personal especialmente sensibilizado, pero sobre todo para evitar que tengan temor de acercarse a los establecimientos de salud cuando ven a los policías: “ven a un policía, se van y ya no regresan”.

Establecer contactos con otras instituciones, fortalecer las alianzas, trabajar “tomados de la mano para un solo objetivo”. Por ejemplo, enfatizaron el “pacto” logrado con RENIEC para extender certificados de nacimiento a los niños cuyas madres no tenían documentos, a través de “denunciar la pérdida del documento”, sentar una denuncia y con ésta se expiden los certificados.

Ensayaron propuestas para aliviar la situación de la población R y M, como crear un seguro especial para la población R y M, pagado por el Estado peruano, que cubra un paquete con servicios de SSR y que incluya salud mental, porque “es una población que pasa momentos difíciles y está estresada”.

Finalmente, hicieron referencia al trabajar con un programa social similar al Programa Nacional de Apoyo a los más Pobres JUNTOS que “ha funcionado muy bien”, porque hace

transferencias de dinero a cambio de que vayan a los servicios de salud para la mujer y los niños, de esta manera se les proveería de soporte económico y salud.

Fortalecimiento de la articulación de servicios psico-socio-legales, de salud y judiciales para la atención de la VBG

La violencia por razones de género constituye una seria vulneración de los derechos humanos y un problema de salud pública prevalente, con tremendas consecuencias para la vida de las niñas, adolescentes, adultas y adultas mayores en su diversidad, así como para las familias y la sociedad. Es prevalente, previsible, prevenible y presenta graves consecuencias a nivel individual, y de la sociedad en general en el corto, mediano y largo plazo. La violencia de género es vivida de manera diferenciada por la diversidad de mujeres que la experimentan, pudiendo verse agravada por las múltiples formas de discriminación a las cuales se encuentran expuestas las mujeres: por edad, identidad de género, orientación sexual, nacionalidad, clase socioeconómica, entre otras. (MIMP, 2021)

La evidencia ha demostrado que la manera más efectiva y sostenible de eliminar la violencia es previniéndola y atacándola desde sus raíces, es decir, abordar de manera holística todos los factores que la promueven o posibilitan y en todos los niveles de la sociedad: individual, relacional, comunitario y social. Esta tarea no solo es posible, sino que es una obligación del Estado peruano ante sus compromisos internacionales.

En ese sentido y dada la complejidad del problema y el amplio alcance de la prevención primaria, se necesita de un enfoque de la sociedad en su conjunto. Esto significa involucrar a todos los niveles de gobierno, sociedad civil, sector privado, población en su conjunto, en la prevención para llegar a todos y todas procurando el cambio efectivo de estructuras, normas y prácticas que generan y perpetúan la violencia. Por su parte las instituciones del Estado han asumido responsabilidades para establecer una ruta de atención que facilite la gestión de los casos de violencia contra las mujeres. Así la Ley 30364 dictada para prevenir, sancionar y erradicar la violencia, su Texto Único Ordenado (TUO) y el Sistema Nacional Especializado de Justicia (SNEJ), son los mecanismos legales para la protección y sanción de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. De esta manera, liderado por el MIMP, como ente rector, el MINSA, MININTER, MINJUS y el Ministerio Público, establecen una ruta para atender situaciones que vulneren la integridad de las mujeres a causa de su género.

Hay que reconocer que existe una amplia legislación y normatividad alrededor de cómo afrontar este flagelo. La Defensoría del Pueblo en su Documento de Trabajo 002-2021 sobre Violencia basada en género contra mujeres migrantes en el Perú, hace un recuento exhaustivo de las bases legales y de las normas que se han emitido para atender los casos de VBG en el país. En el mismo documento se encuentran razones importantes y específicas por las que la atención a este grupo poblacional, pero que probablemente alcanza a todas las mujeres, no se encuentra funcionando adecuadamente:

- a) Desconocimiento, por parte de los operadores/as de la normativa completa en relación con la atención de la VBG en población en refugio y migrante, razón por la que resulta imprescindible hacer una actualización sobre esta información.
- b) Barreras de la población R y M al acceso de estos servicios, también por desinformación acerca del funcionamiento de los sistemas institucionales en el país de acogida, baja percepción del riesgo, temor a descubrir su situación migratoria

- irregular, carencia de redes sociales de apoyo, así como, a los prejuicios estereotipados de los operadores.
- c) El CEM es considerado solo como un “tramitador” de medidas de protección y no necesariamente se culminan los procesos, de tal forma que las mujeres lo abandonan por la demora en éstos.
 - d) Aún existe desarticulación entre todos los actores involucrados a pesar de la existencia de los protocolos de atención integrados.

A esta breve descripción del cómo son apreciados los servicios, se une la situación que día a día viven sobre todo las mujeres venezolanas refugiadas y migrantes, las que son afectadas por discriminación de género, pero también por nacionalidad y por trabajo. Existen estereotipos sobre la mujer venezolana que perjudican la imagen que se tiene sobre ella. Estos estereotipos se deben en parte a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la población en situación de R y M.

SJL tiene fuertes problemas de seguridad y los medios de comunicación han reforzado mucho el perfil del venezolano involucrado en el ámbito delincriminal: robos, venta de drogas. A causa de su vulnerabilidad, la población venezolana suele aceptar trabajos de menor paga o informales. Es así como, los empleadores prefieren contratar a ciudadanos en situación de R y M generando la idea de que la venezolana o el venezolano les quita el empleo a la población receptora y teniendo actitudes de abuso por la necesidad de la población R y M.

“Conozco compañeros a los que se les ofrece un trabajo, dicen que, de prueba, y los hacen trabajar todo el día o toda la semana y luego le dicen que no les sirve y no les pagan”

(Mujer venezolana SJL)

La discriminación en el trabajo va de la mano con explotación y acoso. Muchas mujeres venezolanas son contratadas directamente por su físico y/o por el color de su piel, lo que conlleva a situaciones de acoso. (Plan Internacional, 2020) La alta exposición al acoso y otras formas de violencia, en especial hacia las mujeres migrantes y refugiadas venezolanas, exige impulsar la difusión y promoción de los servicios y protocolos de atención a las víctimas de violencia que brinda el Ministerio de la Mujer, así como la ruta de atención para casos de violencia, (CARE, 2020) de tal forma que puedan reconocer estos actos como afrentas a su autonomía física y ser denunciadas.

La violencia ejercida hacia la población venezolana por causa de la nacionalidad tiene una fuerte carga de género, dado que las percepciones que la población de acogida tiene sobre los/as inmigrantes está marcada por prejuicios y estereotipos sobre hombres y mujeres migrantes, según los cuales se los ve como más preocupados por su imagen corporal, como “coquetos”, y se recalca que a las mujeres se les ve como “liberales”, mostrando una imagen

hiper sexualizada de las mujeres venezolanas que las pone abiertamente en riesgo de ser agredidas y/o acosadas.

“A los venezolanos nos odian, nos insultan, especialmente a las mujeres... nuestras peores enemigas resultan ser las peruanas, nos dicen que somos unas prostitutas”

(Mujer venezolana, SJL)

Dicho esto, hay que complementar la información con la percepción recogida de las mujeres entrevistadas, del no reconocimiento de estas múltiples manifestaciones de violencia como tales y mucho menos como actos posibles de ser denunciados y castigados.

Esta situación de carencia de información, así como la insuficiente red de canales de comunicación determina que la población venezolana desconozca las rutas de atención y de protección en caso de ser víctimas de abuso o violencia sexual o de cualquier otro tipo de violencia, lo que la coloca en una posición de gran vulnerabilidad. Esta se complica más aun cuando la persona se encuentra en estatus migratorio irregular.

Según el oficial de la policía de la comisaría que recibe la mayor cantidad de denuncias de VBG en SJL, en el 2021 hubieron más de 4000 denuncias de violencia familiar hechas por peruanas y 415 hechas por población venezolana. Las mujeres venezolanas no hacen la denuncia de violencia básicamente por tres razones: Miedo, vergüenza, y culpabilidad; desconocen los sistemas jurídicos del Perú; no son aceptadas las denuncias en las comisarías o autoridades encargadas. Creen que pueden resolverlo solas, porque la percepción de riesgo de violencia es baja. Hay temor de acudir ante las instancias correspondientes, por repercusiones o acciones en su contra, relacionadas con su estatus migratorio no regular y porque hay escasas redes de apoyo en las zonas que se encuentran, situaciones que ya se han descrito líneas arriba pero que también aparecen en numerosos estudios realizados en los dos últimos años.

Los factores señalados están afectando en mayor o menor medida a todas las mujeres venezolanas de SJL. El temor para acercarse a las instituciones correspondientes para solicitar ayuda se acrecienta por los constantes cambios en las normas de la política migratoria peruana, que establece requisitos relacionados con la vigencia de documentos que identifican a los migrantes para contar con permanencia regular en Perú, cuando se conoce que el costo de tener “vigente” estos documentos (pasaporte o célula de identidad) es alto y el tiempo para tramitarlo es largo, lo que hace difícil cumplir con ello. (Asociación Peruana Mujer y Familia, 2020) Y este es un factor importante de solucionar.

Otro tema que requiere especial atención y que se fundamenta en las características de la población en R y M, tiene que ver con la percepción de riesgo. En las entrevistas las mujeres reconocen que los hombres venezolanos son mas “hogareños”, la división sexual del trabajo se invisibiliza mucho porque él participa en las labores domésticas, lo que no es usual en los hombres peruanos y menos aun en distritos como SJL en donde el “machismo” es un valor apreciado para el ejercicio de poder. De esa manera, las mujeres venezolanas, no juzgan si es que tienen parejas “abusivas”, sino más bien las diferencias positivas frente a los hombres nacionales.

“Yo no le oculto nada a mi marido, él quiere ver mi celular, ahí está, el tiene mi clave, si lo revisa no encontrará nada, yo también hago lo mismo, nos tenemos confianza”

“Al principio no quería que saliera, porque por aquí siempre te decían algo, te querían agarrar, era difícil, por eso el no quería que salga, pero después le dije

que no me iba a tener encerrada y que tenía que salir a buscar qué comer, porque no alcanzaba con lo que el traía”

(Mujeres venezolanas, SJL)

“Aquí los hombres no hacen nada en la casa, nosotros somos diferentes, compartimos las cosas, aquí hay mucho machismo y los hombres son más groseros”

“Mi pareja es el que cocina y se queda con la niña cuando yo consigo un trabajito, pero los hombres aquí piensan que eso es ser “pisado”, así le dicen a veces, que yo lo mantengo, así no es”

(Mujeres venezolanas, SJL)

Esta imagen no necesariamente ocurre cuando la pareja es un peruano, en donde las relaciones se asientan bajo el dominio importante por parte de los hombres y probablemente el trato violento es más frecuente.

“Mi amiga tuvo problemas con su marido, el es peruano y es muy violento, porque toma mucho, ella se ha quejado varias veces, pero no se atreve a denunciarlo, lo que pasa es que no sabe qué pasaría si se separa”

(Mujer venezolana, SJL)


De esta manera también lo reconoce uno de los coordinadores del Consejo de Residentes del distrito, quien relata que la VBG en las personas en R y M es alto, sobre todo en mujeres con pareja o conviviente peruano, describe que el peruano tiene una mentalidad “más cerrada” y no soporta que “le miren a la mujer, viene la celopatía, las encierran”. Menciona, además, que ha visto casos donde ha habido secuestros, les sustraen el celular; siente que en algunos casos “hemos salvado vidas”, pero no han acudido al CEM, solo a la Policía Nacional con quien, comenta, ha establecido “buenas relaciones”.

Acá la violencia es alta inclusive para el hombre por mujeres, lo que pasa que el hombre dentro de su masculinidad, machismo no admite o no denuncia porque le da vergüenza, pero si existe mucho, lo he visto.

(Voluntario sociedad civil, SJL)

Yo he tratado de que vayan a lo del Ministerio de la Mujer, pero las personas no quieren ir porque ven que en el sistema hay mucha corrupción y no le tienen confianza al MIMP.

(Voluntario sociedad civil, SJL)



“SÍ TENEMOS DISCUSIONES, ESO DEBIDO AL ESTRÉS DEL TRABAJO, DEL CANSANCIO, DE LA SITUACIÓN, PERO NO NOS LLEGAMOS A HACER DAÑOS, AQUÍ SE PEGAN EN LA CALLE”

Mujer venezolana, SJL

Se han recogido otros testimonios de mujeres que viven la violencia de género relacionada con actos abusivos en espacios públicos como acoso callejero, caricias y extraños ofreciendo dinero a mujeres que realizaban alguna actividad económica no asociada al trabajo sexual (venta ambulante, por ejemplo). Esto fue mencionado como un riesgo principal manifestando que “las mujeres somos inseguras en la calle - porque somos venezolanas, nos acosan, nos hacen

propuestas... nos ofrecen servicios sexuales, incluso hay hombres que nos tocan en la calle.” Esta situación puede ocurrir también en el trato que se recibe por parte de las autoridades, con mujeres enfrentando abusos sexuales y extorsión a hombres, “la autoridad atrapa a los hombres, les ponen drogas y se los lleva, a menos que paguen van a la cárcel; en el caso de las mujeres nos piden trabajo sexual para liberarnos, los venezolanos sufren mucho” (International Rescue Committee, 2021)

“Lo que sucede es que las mujeres R y M pueden decir que esto les pasa (el acoso sexual callejero) pero no lo toman como violencia, para las mujeres violencia es solo cuando le pegan y eso no siempre sucede, falta información, falta ser más consciente de lo que realmente están sufriendo”

(Representante organización de venezolanos, SJL)

Ante este panorama es fácil darse cuenta de que los actos violentos en contra de las mujeres se suceden en diferentes espacios y no solo en el doméstico, ámbito en donde pareciera se centran todas las acciones institucionales de protección ante ésta. El Programa Nacional AURORA registra para el año 2021, 72 casos de violencia contra la mujer venezolana en el distrito de SJL (Ver estadísticas en Anexo A), aunque no es posible establecer exactamente la descripción del daño. Esto significa que en promedio se atienden seis casos mensuales y si se distribuyen uniformemente entre los CEM de SJL, cada uno estaría atendiendo a solo una persona venezolana cada mes.

Los CEM son servicios públicos especializados y gratuitos de atención y prevención de la violencia familiar y sexual. Brindan información legal, orientación social, defensa judicial y apoyo psicológico; también se realizan acciones preventivas promocionales con la población a fin de evitar que la violencia se siga extendiendo y afecte a más personas. Estas acciones fueron suspendidas por la pandemia y se están reanudando con bastante lentitud¹⁸, por lo menos en el distrito de SJL

En SJL hay seis CEM funcionando¹⁹ y están distribuidos en zona alta, media y baja de acuerdo con su jurisdicción, solo uno es “regular”, quiere decir que no se encuentra adherido a una comisaría, los otros cinco si están localizados al interior de un establecimiento policial (Ver Anexo B). El equipo estándar tiene un abogado, un psicólogo, una asistente social, una persona de recepción denominada “admisiónista” y que además lleva la estadística de las atenciones que se realizan. El número de profesionales varía de acuerdo con los horarios de atención que tengan, Uno de los CEM de SJL tiene hasta 24 personas porque atiende 24 horas, aunque ahora esto se da con limitaciones, debido a que el personal se ha reubicado, otros están trabajando vía remota y algunos casos por comorbilidades. Los CEM reciben a usuarios/as que llegan directamente al local, por la comisaría, por la línea 100 y derivados de los establecimientos de salud. Su función es dar los servicios gratuitos, de soporte psicológico, social y legal hasta que el proceso finalice. El CEM no hace terapias²⁰, ese trabajo lo coordinan con los CSMC cuando es necesario otro tipo de abordaje psicológico.

Lo más frecuente es que las personas que denuncian, hombres y mujeres, lo hagan en las comisarías, ayuda que éstas tengan al CEM en sus instalaciones, porque luego son derivadas a las oficinas de éste para que se haga un reporte psicológico, requisito sin el cual no es posible continuar con el proceso de la denuncia, un ejemplo es la solicitud de la medida de

¹⁸ De los cuatro CEM visitados, solo uno había reanudado el trabajo preventivo promocional.

¹⁹ Hasta hace unos meses había siete CEM funcionando, pero uno de ellos, el de Zárate, ha sido temporalmente cerrado para ser reubicado en Lima Centro. Esta es información proporcionada por una funcionaria del Programa Nacional AURORA.

²⁰ Según información de la Directora de Articulación de Servicios de VBG, en los casos de riesgo leve o moderado, se hace un seguimiento, y el CEM proporciona soporte psicológico una vez por mes hasta un máximo de seis meses.

protección. Del mismo modo, los CEM proporcionan soporte emocional y si hay necesidad de un refugio temporal el CEM lo tramita.

Si las personas llegan directamente al CEM, lo más probable en este caso es que hayan sido derivadas por algún servicio de SSR o porque ya conocen el CEM por algún otro motivo, (Línea 100 por ejemplo), luego de pasar por la valoración del riesgo, se les alienta a que hagan la denuncia y el proceso continúa. No se ha encontrado una ruta fija, sin embargo, los y las operadoras de los CEM hacen algunos esfuerzos por seguir la que ha sido establecida. Curiosamente, no se ha encontrado referencias de los CEM hacia los servicios de SSR. Solo una operadora dijo haber enviado a una persona porque ella se lo solicitó, pero que fue un caso aislado.

Los y las responsables de los CEM dijeron, coincidentemente con el análisis del número de casos atendidos hecho en párrafos anteriores, que no tenían muchos registros de mujeres venezolanas, argumentando los motivos que ya fueron señalados o porque prefieren acudir a las reuniones que organizan las ONG y las asociaciones de venezolanos.

“Los casos de violencia que presentan las mujeres migrantes venezolanas son muy pocas debido a que renuncian a hacer la denuncia y si denuncian, por el tiempo que les lleva todo el proceso, desisten y no se tiene una red para ubicarlos, porque dan domicilio falso, su celular no contesta, bloquean la llamada etc”.

(Profesional de CEM, SJL)

“Hay poca afluencia de casos de violencia porque ellos prefieren ir a las campañas que hacen las diferentes ONG, ahí no solo ven por su salud, sino su situación legal, social etc. También reciben bonos, tarjetas, víveres, materiales para sus niños, es un extra que les dan por acudir a estas campañas, ahí también ven si hay cosas de violencia, pero no sabemos quién lo hace”.

(Personal de CEM, SJL)

Aquí se presenta una situación singular, porque efectivamente las mujeres venezolanas han declarado que sus preferencias van por asistir a las Jornadas de Salud que se organizan cada dos o tres meses en el distrito, y en las que resuelven sus problemas inmediatos, incluyendo algunas veces la anticoncepción. En las entrevistas a representantes de organizaciones venezolanas quedó claro que en estas ferias ofrecen información y que las mujeres también pueden resolver asuntos relacionados con su autonomía física y vulneración de derechos, cuando se presentan casos de VBG²¹ De hecho mencionaron que trabajan coordinadamente con los CEM, las comisarías y las fiscalías para presentar las denuncias si cabe el hacerlas.

“La vía principal es el call center, vía telefónica, tenemos los casos de VBG referidos de los consejos de residentes, de los líderes que se encuentran en cada uno de los distritos y en provincias... una vez que captamos los casos se refieren al área psicológica para recibir contención a lo que les está pasando, que ellas puedan entender que no están solas que es lo más importante en un primer momento”.

(Integrante equipo de organización de apoyo a venezolanos)

Según el tipo de caso trabajamos con los CEM, con las diferentes comisarías también, que se encuentran viendo la magnitud del caso con las fiscalías,

²¹ Respuesta que es verosímil debido a que las ferias son parte de las acciones humanitarias que organiza CARE a través de su proyecto “Alma Llanera”, pero en las ferias confluyen otras organizaciones como Plan Internacional, Encuentros y hasta Inppares.

defensoría del pueblo. Si dentro de las necesidades de las mujeres se encuentra la de salir de donde está, hacemos también el puente con los diferentes albergues y con las diferentes casas que apoyan y reciben a estas víctimas de VBG, el área de espacio es vital”

(Integrante equipo de organización de apoyo a venezolanos)

Pero el trabajo de estas organizaciones no se limita a SJL; es más informaron que sólo habían tenido dos casos de SJL durante el 2021, lo que estaría confirmando varias declaraciones de otros/as informantes.

Una narrativa de un trabajador de CEM, describe a la población R y M y ensaya algunas explicaciones muy cercanas a las que ya se han establecido.

“La población migrante que viene por temas de VBG es bastante joven, pero vienen muy pocos, porque no tienen tiempo su prioridad es otra, por vergüenza no se acercan, porque están estigmatizados debido a las noticias que salen sobre ellos. Muchos desisten de hacer la denuncia, no quieren dar los teléfonos de contacto, siempre están apurados, creen que una evaluación psicológica es rápida y eso demora de 2 a 3 horas, no tienen los recursos para venir a denunciar ni seguir con el proceso porque dependen económicamente del marido, tienen niños pequeños o tienen que ir a trabajar”.

(Profesional de CEM, SJL)

“Nosotras, en nuestra área de vulnerabilidad, solo hemos recibido dos casos de SJL; no están denunciando, nos falta trabajar mucho mejor en ese distrito”

(Responsable organización venezolana, SJL)

La atención de los casos de violencia requiere una serie de actores que tiene sus propias funciones pero que tienen establecida una interacción. Para esto se han escrito varios protocolos que apuntan a integrar estas actuaciones en beneficio de las mujeres y que logren las medidas de protección que las libere de su círculo de violencia. A pesar de que hay acciones escritas y rutas por seguir, no necesariamente éstas se cumplen. Con buena intención se pueden saltar pasos (y alargar otros) para avanzar en el proceso, pero también para que las mujeres, sean venezolanas o peruanas, no lo abandonen, situación que muchas veces se les convierte en problemas para el personal del CEM

El CEM puede recibir referencias de las comisarías, del establecimiento de salud, a través de los servicios de SSR, de los MAMIS, de los CSMC o de los consultorios de salud mental. En todos los casos, la persona pasa por una evaluación en la que se define el riesgo en la que se encuentra. Para estas referencias se utiliza un documento que se llama Ficha de Notificación de caso, y que debe ser llevada por una persona del establecimiento que remite y que acompaña a la agraviada. Este paso usualmente no se hace por que siempre hay falta de personal, mucho más ahora por la pandemia. Las comunicaciones se hacen por celular o por WhatsApp. Pero también es posible que la mujer desista de la acción. Hay una proporción, que el personal calcula que es “de cada diez que vienen tres están en riesgo medio o severo” que son las que son atendidas, las de riesgo bajo reciben consejería y se retiran, aunque indican que se les hace un monitoreo permanente.

En cualquiera de los sitios dónde llegue la mujer, peruana o migrante, la atención que reciba implica una recepción por los operadores institucionales en la que, no solo se debe establecer una relación horizontal pero respetuosa, sino que se debe explorar las necesidades de la persona que vive violencia y que ha tenido el valor de acercarse a hacer conocer su situación. Estos pasos deben requerir condiciones especiales de los operadores para que

puedan generar la confianza necesaria para aplicar, por ejemplo, la Ficha de valoración de riesgo que indaga sobre situaciones íntimas de la denunciante. Un tema importante, al margen de la preparación de los profesionales que atienden, son los ambientes en los que se realizan estas conversaciones. En todos los casos se ha constatado que las condiciones son precarias y escasamente se guarda la privacidad y confidencialidad. Las situaciones más graves son las que se presentan en las comisarías, porque las personas son atendidas en habitaciones grandes en donde hay hasta cinco policías (hombres o mujeres) recogiendo la información de las fichas de valoración de riesgo y la denuncia.

“La atención en las comisarías es de 24 horas, pero no tenemos ambientes para dar una mejor atención con privacidad, las demás personas escuchan las denuncias o problemas que traen las señoras”.

(Responsable de familia en comisaría, SJL)

Tampoco tienen personal adecuado para este trabajo delicado, declaran que hay mucha rotación de personal y que se capacitan y luego se van a otras comisarías, “lo bueno es que ya recibieron capacitación y van a cumplir bien su trabajo”.

“Mi opinión es que en las propias comisarías es donde se vulneran los derechos, cuando llegan las agredidas a presentar la demanda, muchas desisten de hacerlo porque la policía no maneja un concepto uniforme de lo que es violencia, si a ellos no les parece que es violencia no la reciben, luego ya no vuelven, dejan de creer en la institución”.

(Fiscal, SJL)

Y, si de las comisarías se trata, el tema de la violencia contra las mujeres, es tan solo un punto en la cantidad de casos y denuncias que deben atender y que muchas veces resta personal al área de familia. Citan que la jurisdicción de la comisaría es grande y ven otros delitos, no se dan tiempo para atender todos los casos.

“Deberían tener otro CEM con su respectivo departamento de familia para la zona donde ocurren más estos hechos (se refiere a los actos de VBG), por ejemplo, en la parte de Huáscar y Bayóvar (parte alta de SJL). Cada CEM tiene también una jurisdicción que es hasta 10,000 personas, en SJL deberíamos tener como 10 CEM como mínimo”

(Oficial responsable de Área de familia en comisaría, SJL)

Aparentemente, de las entrevistas con los responsables de las comisarías visitadas se interpreta que les es bastante difícil dejar su estructura vertical para comprender la VBG como una real vulneración de los derechos de las personas. Sin embargo, resulta muy útil conocer sus percepciones porque es una característica que sería interesante saber cómo deconstruirla, o evaluar si la estrategia de comisarías, por lo menos en algunos sitios, resulta valiosa para la atención de VBG dado que parece que las y los denunciantes tienden a renunciar a hacer la denuncia.

“Las personas extranjeras piensan en desistir de hacer su denuncia en las comisarías, así no hay respeto por la autoridad; ellos creen que la comisaría está trabajando mal, no conocen que la policía está haciendo bien, previniendo y cumpliendo lo que la ley dice. El procedimiento es el mismo para todos y lo tienen que respetar, sucede que muchas veces ellos no respetan a la autoridad ni al proceso en sí, esto también ha ocurrido con los nacionales, es por la

desinformación. Los migrantes no están bien informados de ese tema por eso no están de acuerdo con ello”.

(Oficial responsable de Área de familia en comisaría, SJL)

Pese a todo, informaron que cuentan con un aplicativo que les permite hacer el monitoreo a las medidas de protección y que la persona, luego de instalarlo en su celular, solo debe apretar un botón de alerta y la comisaría será informada y podrá acudir a la emergencia²².

Aunque el CEM esté integrado a la comisaría, no siempre las relaciones que se establecen entre los responsables son amigables, lo que dificulta la atención integrada. Cada uno tiene su propia experiencia e interpretación de los protocolos y no logran ponerse de acuerdo. La coordinación de la comisaría con el CEM era prácticamente inexistente, porque no hay acuerdo sobre las funciones de cada uno. Importante decir que en uno de los CEM integrado que fue visitado cada uno trabajaba de forma independiente, mientras que en el otro la relación entre el personal del CEM y el de la comisaría aparentaba ser un poco mejor.

“La comisaría debe trabajar mejor coordinada con los CEM para dar un mejor servicio y apoyarse entre ellos”.

(Profesional de CEM, SJL)

“Es importante el apoyo y refuerzo al CEM porque es un trabajo mediato, el CEM generalmente está en una comisaría y todo se tiene que coordinar y si tuvieran más psicólogos no retardarían tanto los casos de atención psicológica; nosotros necesitamos todo tipo de apoyo, estamos saturados”

(Oficial responsable de Área de familia en comisaría, SJL)

Un rápido análisis de la ruta de atención conjunta CEM y comisarías, indica que podrían presentarse nudos en la atención a personas víctimas de violencia, en la aplicación de la Ficha de Valoración de Riesgo por parte de las comisarías debido a la seria carencia de privacidad y, luego en las áreas de los CEM, en los tiempos que toma la contención emocional y una nueva valoración de riesgo a la que tiene que someterse la víctima para emitir el reporte psicológico. Los operadores de comisaría se quejan de la demora para la emisión de este reporte, los CEM dicen que ellos no tienen tiempo para hacerlo muy rápido por falta de personal profesional. Finalmente, la denunciante, sobre todo la R y M, podría renunciar a continuar con el proceso por el tiempo que requiere.

Si la persona víctima de VBG ha sido agredida y exhibe daños físicos, lo más probable es que haya pasado primero por algún servicio de emergencia y haya sido el establecimiento de salud quien la haya referido, de lo contrario, deberá pasar por el examen físico legal y atender sus

²² No se indagó más sobre este aplicativo, pero se supone que es el mismo que se está utilizando en algunas comisarías para dar la voz de alarma para alguna emergencia en los vecindarios y que es un instrumento para la seguridad ciudadana. Aunque hay algunas propuestas realizadas a través de estudios presentados en la PUCP. Se trata de un aplicativo para emergencias y denuncias que consta de 4 botones: 1) Denunciar que se está siendo víctima de un acto de violencia de género (cuando ya existe una medida protección dictada por un(a) juez(a)); 2) Denunciar un hecho delictivo del que se es testigo en ese momento, 3) Denuncia un hecho delictivo pasado y 4) Marcar directamente el número de la Central de Emergencias de la PNP. Así se aportará evidencia material como la geolocalización, audio y video. La propuesta se vincula y articula eficazmente con las estrategias de prevención que desarrolla la policía nacional para combatir la delincuencia. Rescatado de: <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/17262>

heridas para luego hacer su denuncia. Todo esto debe ser acompañado por personal del CEM y de la comisaría, pero no es usual que vayan juntos por falta de personal.

Otro actor importante en el proceso de atención son los/las operadores de la fiscalía, que dirigen las investigaciones, solicitan las medidas coercitivas y reúnen las pruebas. También, por Ley, deben recibir todas las denuncias efectuadas bajo cualquier valoración del riesgo, para que se evalúen las pruebas y se proceda a dar las medidas de protección o pase al juzgado para las sentencias. Las fiscales entrevistadas indican que hay muy pocas denuncias realizadas por mujeres venezolanas y que, de las cinco que han tenido en el año, todas se retractaron, aun aquella que había sido víctima de un intento de feminicidio y cuyo autor estaba en la cárcel. Igual que otros entrevistados/as, consideran que retiran las denuncias porque no tienen redes de apoyo, “están solas quizás sea la única persona que tienen aquí” Otro problema que perciben con la población venezolana, al igual que el personal de establecimientos de salud y de los CEM, es que son muy difíciles de identificar, porque proveen nombres, direcciones y celulares falsos.

El tipo de trabajo que se tiene en la fiscalía impidió que la pandemia los afectara; “no es posible hacer un reconocimiento de una evidencia si es que una no la ve”. Por lo tanto, ellas sienten que la pandemia no afectó mayormente su trabajo porque no estuvieron confinadas en momento alguno, salvo porque disminuyeron drásticamente las denuncias de toda índole. En esa línea, una de las fiscales dijo que el equipo de sus fiscales estaba muy comprometido con su trabajo y que a pesar “de tantas vicisitudes y carencias” se encuentran siempre disponibles a hacer su trabajo con entusiasmo, pero dijo también que es personal resiliente y que necesita soporte psicológico, porque los casos que atienden realmente son muy dolorosos. (se refería a un comentario sobre abuso sexual infantil con discapacidad que termina en embarazo)

En SJL hay dos CSMC. Los CSMC articulan con el CEM y atienden casos de violencia “sin importar la nacionalidad”. El CSMC hace intervenciones recuperativas solo de casos judicializados, en la prevención de trastornos en la salud mental. Una rápida revisión a la Guía Técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de VBG, (2021) señala que cuando la víctima llegue al establecimiento de salud por problemas de VBG, y haya sido referida por otro establecimiento de salud, por la PNP o un CEM, ya no se realiza la detección, sino la evaluación y el diagnóstico, para luego pasar a la rehabilitación o tratamiento²³. Lo curioso es que, si la persona es referida al CSCM, es porque ya le han administrado la Ficha de Valoración de Riesgo, sea en el CEM o en la comisaría, y debe volver a pasar por este proceso cuando llega al CSMC, lo que puede traducirse en una “revictimización” de la mujer. No se ha explorado esta situación porque se ha insistido que este centro solo atiende “casos judicializados”. La observación entonces puede ser contradictoria a lo que aparece en la Guía Técnica.

Cabe añadir que el modelo es holístico, se trabaja con el modelo de atención comunitario que no solo ven trastornos mentales si no problemas psicosociales, la estrategia consiste en que no sólo es la víctima/paciente quien está en el proceso terapéutico sino también incluye a la familia y la comunidad. El CSMC visitado está trabajando a la par con Alma Llanera de CARE.

El servicio en MAMIS es completo, no necesita que se tenga un SIS o un DNI porque la Ley así lo establece (al igual que las atenciones en el CEM o en las comisarías); “no se ve la nacionalidad, todos pasan por el mismo proceso y protocolo de atención” que se adecúa al caso, el trabajo de seguimiento con los padres y con el trabajo articulado con el Ministerio de

²³ Revisar Guía a partir de la página 29.

la Mujer para ver cómo va el proceso del caso y, sobre todo, si la familia del o de la menor continúa en el proceso o por qué ya no lo quiere continuar.

Uno de los aspectos que se ha visto en MAMIS es que los casos se demoran y es donde más se vulneran los derechos del niño en la parte legal y de justicia. Las citas para la cámara Gesell demoran tres a cuatro meses, lapso en el cual el victimario logra fugarse. Esto también suele suceder con víctimas de violación sexual de mayores de 18 años, aunque nosotros no vemos eso.

(Responsable de MAMIS, SJL)

La responsable del HRT entrevistada es del que pertenece a la Municipalidad de Lima. El MIMP tiene 22 HRT hasta la fecha, hay dos refugios en Lima, uno en Carabayllo y el otro que se llama “Nuevo Amanecer” que se encuentra en Cañete. El objetivo del HRT es proteger a mujeres y a sus hijos que se encuentran en situaciones de violencia y que no tienen un espacio donde ir o está en riesgo su vida.

La responsable indica que “también por cuestiones de vulnerabilidad se ha recibido a migrantes”. En el refugio se brinda atención psicológica, social legal y atención de ludotecarios para los niños, (parte recreativa y de educación); proporcionan el espacio físico, alimentación, (tres comidas al día) y el acompañamiento del personal técnico y otros servicios como lavandería. El servicio que brinda este refugio es completo y además tiene vigilancia las 24 horas. Las mujeres que se alojan en el refugio temporal no están solas, siempre tienen compañía. Es un espacio cerrado para ofrecer la máxima protección a las personas víctimas de violencia.

La responsable informó que siempre tienen un espacio libre para albergar a mujeres víctimas de violencia, pero que no las envían y que pierden esa oportunidad.

“Las usuarias víctimas de violencia, se acercan primero a la comisaría y no al CEM, quizás por eso desconozcan que hay un refugio, porque la policía no está al tanto y por seguridad no maneja el directorio de refugios, pero debería buscar esa atención y por eso siempre hay cupo en los refugios”.

(Responsable de HRT, SJL)

Hay una coordinación con los CEM, pero no es intensa; sin embargo, sabe que ellas solicitan un espacio en el hogar temporal y envían a las mujeres que necesitan albergue.

“Los CEM hacen la primera atención y piden cupo en el refugio, coordinan con la administradora, todo por teléfono, sin oficio se hacen todas las gestiones, ingresan a la usuaria y la dejan a la usuaria, luego se olvidan de ella, no hay ese seguimiento, esa empatía, se desentienden, no hay el acompañamiento que se necesita en los casos de violencia y que es muy importante”

(Responsable de HRT, SJL)

Finalmente, también la línea 100 cuando reciben casos de búsqueda de soporte y terapia psicológica los “envía inmediatamente” a los CEM, al igual el sector Educación y Salud; “los CEM no hacen tratamiento de salud mental”, estos casos se derivan nuevamente al sector Salud. “Sí hay un servicio de referencia y contrarreferencia con los servicios de salud”.

Articulación inter-institucional

En el marco de las actividades del Programa Conjunto sobre “Servicios Esenciales para mujeres y niñas sometidas a violencia” del Sistema de las Naciones Unidas en el Perú, en el 2019 se elaboró “Protocolo Base de Actuación Conjunta en el ámbito de la Atención Integral

y Protección frente a la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar (PBAC) en el que se configura el sentido de la actuación conjunta entre las instituciones del Estado para prevenir y atender la VBG, señalando que la articulación intersectorial requiere fortalecer los mecanismos de intervención de diferentes entidades que actúan como parte de los sistemas de salud, justicia y de los servicios de asistencia jurídica y defensa pública, así como de los servicios sociales.

El documento establece por ejemplo que, en la etapa de denuncia, la PNP, el Poder Judicial y el Ministerio Público (MP) coordinan en primera instancia con el CEM para que éste brinde soporte legal y atención integral. Dispone, entre otras cosas, que los servicios de promoción, prevención, atención y recuperación de víctimas de violencia se incluyen en los sistemas de atención institucional multidisciplinaria, lo que significa que las personas que viven violencia y necesitan algún servicio pueden acudir a cualquiera de ellos: CEM, establecimientos de salud, PJ, MP, PNP, etc. Es interesante observar que este documento, le da un énfasis especial al rol que ocupan los establecimientos de salud en la atención de la VBG, pero que no parece ser de cabal conocimiento de éstos.

A raíz de la pandemia y el periodo de confinamiento las coordinaciones, los trabajos conjuntos y algunas reuniones que se realizaban quedaron truncos.

“Hay mucha desarticulación en los servicios, la falta de personal se ha agudizado, hay personal que trabaja en forma remota, falta asistentes sociales para las visitas domiciliarias, no hay abogados”.

(Profesional de CEM, SJL)

Al no tener completos los equipos de trabajo, las coordinaciones dejaron de realizarse. El trabajo se extendió hasta los fines de semana para cubrir los turnos, sobre todo los CEM que trabajaban 24 horas se hacía casi siempre en trabajo remoto. El MIMP nunca dio orden de reducir los servicios, así que tuvieron que trabajar en condiciones “agotadoras”

Los Comités Territoriales que estaban funcionando, luego de la pandemia sus reuniones se han dado aisladamente y no con todos los involucrados; por ejemplo, solo el CEM y un establecimiento de salud y sólo personal que trabaja VBG de las Comisarías de SJL.

La comisaría articula con la fiscalía, quienes son los encargados de dirigir la investigación; debido a la pandemia, hasta el momento todo se está haciendo vía telefónica. Se envía todos los actuados, la fiscalía verifica y dispone el arresto del agresor hasta que ellos hagan sus diligencias y den el acta de libertad para que la policía deje salir a la persona. Los procesos de este tipo toman un tiempo, algunas veces puede ser muy largo por la gran carga procesal que tienen las fiscalías.

Todos los operadores informan que sí se reúnen, pero “a solicitud”; no hay y parece que no ha habido reuniones de coordinación o de planeamiento de actividades conjuntas desde hace mucho tiempo. No obstante, las relaciones entre los CEM, las fiscalías y juzgados, suelen ser bastante fluidas, no necesariamente con las comisarías.

El área de promoción y estrategia de los CEM, son encargadas de la difusión, prevención y articulación con las instituciones, pero el trabajo remoto y el impedimento para las reuniones presenciales y/o visitas, también soslayaron las reuniones con otras instituciones.

Llama la atención que la representante del refugio temporal perteneciente a la Municipalidad de Lima, (los otros dos que hay en SJL pertenecen al MIMP, pero no conocen la existencia del

otro), sí considere que hacer alianzas y articulaciones con las organizaciones internacionales que tienen presencia en SJL son muy oportunas y eficaces.

“...la casa refugio de la Municipalidad de Lima se creó a partir de las gestiones que se hicieron con las organizaciones internacionales, porque uno, tienen presupuesto que a veces falta en el Estado; y dos, por la temática, por el compromiso que manifiestan, son dos características importantes que tenemos que resaltar entonces unir esfuerzos hacer alianzas para hacer trabajos en conjunto y no como islas...”

(Responsable RHT de la municipalidad de Lima)

Todo parece indicar que los sectores del Estado que actúan en SJL se encuentran más aislados y que si bien existe cierta conexión entre ellos, no conocen y por tanto no aprovechan la presencia de otras instituciones internacionales u ONG que están trabajando en el distrito sobre el mismo tema.

“Aquí hemos hecho campañas con la Municipalidad de Lima, dos campañas: “No estás sola”, “Actuemos ahora”, y hemos lanzado la alerta de violencia, “Actuemos ahora” con organizaciones internacionales inclusive en esta última se nos unió la Cruz Roja, USAID, varias organizaciones externas que trabajan mucho la temática y están muy comprometidos a trabajar con un enfoque de género, interculturalidad, integralidad, de derechos humanos, de no a la violencia, trabajar con todas estas organizaciones daba un **gran realce** al trabajo que nosotros realizamos, nos ayuda mucho”

(Responsable RHT de la municipalidad de Lima)

Un estudio efectuado por Plan Internacional comenta que el distrito de SJL se encontraba mejor organizado para tratar los problemas de violencia, percibiéndose una mayor articulación entre el sector público e instituciones privadas. Asimismo, refiere el reporte, existe una instancia de concertación para erradicar la violencia hacia la mujer. También hay participación de diversas organizaciones sociales, se capacita a los operadores policiales, y se trabaja de manera conjunta con el poder judicial, ministerio público, sector salud, personal de serenazgo, la gobernación, y educación, ONG y otras 23 organizaciones sociales que están presentes en el distrito. (Plan Internacional. 2020)

No obstante, esta afirmación no se reflejó en las entrevistas realizadas con los responsables de los CEM visitados, sino más bien se notó cierta orfandad en el acompañamiento de los procesos, aunque era matizada con reflexiones sobre la situación de pandemia, que había “trastocado las rutas”; y con seguridad las actividades de articulación inter institucional.

Consolidación de las capacidades en la gestión de la VBG con enfoque de género en la población refugiada y migrante

No debe haber espacios en donde no se repita que la violencia ejercida en contra las mujeres, adolescentes, niños y niñas, es una violación a los derechos humanos, es discriminadora con los más débiles y es un problema de salud pública que concierne a los Gobiernos su prevención, mitigación y atención cuando ésta sucede. Es un axioma que hay que recordar constantemente porque lleva a la consciencia, a la práctica del rechazo y a la acción.

No obstante, establecer protocolos de prevención y atención y proponer acciones consideradas indispensables para atender a la VBG algunas veces no resultan suficientes. Los

gestores de estas acciones, prestadores de salud, operadores de espacios especializados, fiscalías y juzgados, pese a sus esfuerzos no ofrecen las salidas más adecuadas y es posible que este estudio revele algunos motivos que se consideran como la “punta del iceberg” de situaciones más endémicas y estructurales.

Las emergencias como la COVID-19 incrementó los casos de violencia (Defensoría del Pueblo, 2020), los riesgos en los que se encontraron principalmente las mujeres debido al confinamiento las expusieron a abusos de toda índole, incluyendo la violencia sexual. La violencia de cualquier tipo tiene impactos significativos en el bienestar psicológico, social y hasta económico en la persona que la vive.

En esta sección se evalúa desde la perspectiva de todos los actores que trabajan para combatir la VBG, cuán preparados se sienten para cumplir con esta delicada e importante función. Atender a personas que están viviendo en un entorno de violencia y que probablemente no es un primer evento, es un gran desafío.

“Estamos suficientemente capacitados”

No se ha percibido una urgente necesidad de recibir más capacitación, se encuentra que todo el personal operador en el tema de VBG siente que está suficientemente preparado para cumplir su trabajo. La misma ha sido la respuesta del personal de salud con relación a su participación en la detección de la violencia en las mujeres que llegan a los servicios de SSR. Todos y todas las entrevistados sí tuvieron discursos acerca de las necesidades de recursos físicos (como espacios laborales, equipos y tecnología, materiales de oficina) y humanos,

“Capacitaciones si se han dado pero virtuales, faltaría que todo personal que ingresa a trabajar en temas de VBG tenga su taller de inducción, los que tienen más experiencia dan la inducción de acuerdo a su experiencia y tipo de trabajo que desempeñan”.

(Profesional de CEM, SJL)

“Algunos CEM trabajan las 24 horas, pero no siempre hay personal para cubrir el tiempo de atención que se requiere. Otros tienen un horario hasta las 4:15, otro hasta turno noche, pero no de madrugada. No podemos cumplir con el horario que nos han asignado, deberíamos tener 25 personas para atender todas las 24 horas y no tenemos”

(Profesional CEM, SJL)

“Lo que nos falta son computadoras; nos prestamos, ahora que se tenía que hacer apoyo psico social de forma virtual era muy complicado porque eso no se puede hacer en un momentito, entonces no tenemos equipamiento adecuado”.

(Profesional de CEM, SJL)

“Falta de personal y en algunos CEM no es apropiada la infraestructura. Necesitamos espacios para conversar con las personas... ellas vienen porque



ESTAMOS CAPACITADOS PARA ATENDER A
TODOS POR IGUAL SIN IMPORTAR LA
NACIONALIDAD, NO SE HACE DISTINCIÓN,
NUESTRO LEMA ES ATENDER CON CALIDAD
Y CALIDEZ.

Prestador de Salud, SJL

tienen un problema de violencia, necesitan privacidad, y solo tenemos dos espacios, nos turnamos...”

(Profesional de CEM, SJL)

Todavía no podemos hacer trabajo de seguimiento, las promotoras que teníamos tienen comorbilidades así que trabajan desde su casa, pero no es lo mismo. Pero tampoco podemos ponernos en riesgo.

(Profesional de CEM, SJL)

“A cada rato nos dan capacitaciones virtuales, pero no deben ser durante el horario de trabajo, cuando se está atendiendo a las usuarias, ellos no pueden dejar de atender. Pero eso no se entiende en el nivel central. No estamos desocupadas y luego nos dicen que no hemos recibido la capacitación y que eso es sanción administrativa”.

(Profesional de CEM, SJL)

También se evidenciaron reclamos por la falta de comprensión del personal de las comisarías sobre lo delicado que es la atención del tema de VBG.

“Se debe capacitar al personal de la policía sobre VBG. Porque la mayoría de las denuncias por violencia ingresan por la comisaría y a veces no son tomadas o persuaden a los usuarios a que no presenten la demanda. No se tiene el mismo concepto de lo que es un caso de violencia”.

(Profesional de CEM, SJL)

La comisaría debe conocer mejor la problemática de la VBG para entender mejor a la víctima, tener empatía, se fastidian o agotan porque la víctima denuncia varias veces casos de violencia.

(Responsable de HRT, SJL)

Por el contrario, los responsables de la Comisaría se reconocieron como suficientemente capacitados para la función que estaban haciendo; sin embargo, dijeron que había algunas leyes y normas nuevas con las que no estaban familiarizados y que para eso si necesitaban capacitación.

“El personal antiguo está capacitado y los que tienen más experiencia en el trabajo ayudan a resolver los casos, pero hay cosas nuevas que se dan y se necesita estar siempre actualizados para todos poder trabajar de la forma correcta y de manera uniforme”.

(Responsable de Comisaría, SJL)

El personal de la comisaría está bien capacitado, vemos muchos casos diariamente, pero solicitamos capacitaciones sobre los vacíos de la Ley; no todo está escrito, por ejemplo, qué hacer cuando desisten de hacer una demanda, cómo prevenir que no se les acuse; no todo está escrito y cuándo tienen que acudir a Fiscalía y decirles qué tienen que hacer. Cada vez que haya una reforma

de la Ley, el Ministerio debe venir a las comisarías y hacer de conocimiento a todos.

(Oficial Responsable de Familia en Comisaría, SJL)

Las fiscales también se pronunciaron, diciendo que había necesidad de mejorar los recursos humanos que tenían los CEM y las comisarías, en cantidad y en calidad, pero también para la misma Fiscalía.

En la fiscalía falta peritos y asistentes, peritos que puedan dar las pericias de forma inmediata, como dosaje etílico, dosaje toxicológico, pericias psicológicas, faltan estas especialidades en la comisaría y en el CEM no se abastece por la demanda de las agresiones que son constantes.

(Fiscal, SJL)

Por mi lado yo lo que he visto es que, en las comisarías, aun el personal no entiende cómo debe tratar a las personas que viven violencia, creo que les falta más sensibilización.

(Fiscal, SJL)

Condiciones laborales, vocación y salud mental

El ambiente laboral es un factor muy importante para el desarrollo de cualquier actividad. Le brinda al trabajador seguridad, pero lo más importante es que impulsa la productividad y el compromiso de los trabajadores. Un ambiente laboral amigable reduce sustantivamente la presión que muchas veces soportan los trabajadores sobre todo de servicios como los de SSR y los que atienden la VBG, pero sobre todo mantiene una salud mental más equilibrada.

Un grupo de entrevistas realizadas a los establecimientos de salud y los CEM, han sido realizadas en modo presencial, lo que ha permitido comprobar algunas situaciones en las que laboran los diferentes profesionales.

“El trabajo remoto nos ha afectado a todos los profesionales. Aquí al personal del CEM no se nos dio las herramientas para el trabajo en casa, por ejemplo, yo he tenido que solventar estos gastos: compra de una mejor Laptop, un buen teléfono, con lo que tenía era imposible trabajar porque tenía que bajar una base de datos que mi compu vieja no aguantaba. Ellos (autoridades del MIMP) conocen que en otras instituciones sí les han dotado de insumos para el trabajo remoto. Un CEM está dentro de los servicios esenciales, pero tampoco hemos recibido bonos u otros incentivos que recibe el personal de salud, por ejemplo, pero igual hemos tenido que cumplir con el trabajo”.

(Profesional de CEM, SJL)

“Se debe trabajar la prevención con una comunicación constante y llegando a las zonas más afectadas. Si se hace difusión también se debe tener en cuenta que los CEM tienen que trabajar con los equipos completos y capacitados, con más profesionales que puedan atender a la cantidad de gente que vendría, con equipos, infraestructura etc. Ahora trabajamos con lo que haya y así es muy difícil”.

(Profesional de CEM, SJL)

“Tenemos problemas para monitorear las medidas de protección, recibimos demasiadas denuncias. A partir del 2019 a la fecha, esta comisaría recibió 8000 medidas de protección, entonces hay que monitorearlas. Para nosotros nos es

difícil monitorear esas cantidades, no tenemos personal. No tenemos espacio, ni privacidad para atender a las denunciante, nos falta equipos, papel, personal etc., pero nosotros lo hacemos porque es nuestra obligación, para eso estamos”.

(Oficial Responsable de Familia en Comisaría, SJL)

Este “sistema laboral” que además parece ser común en los sectores sociales, respondería a un clima laboral bastante autocrático, caracterizado por el uso del temor y la sanción, con decisiones y comunicaciones verticales, que no toma en cuenta la opinión o los aportes de los trabajadores²⁴. Este clima genera una importante insatisfacción y podría generar actitudes hostiles al interior del ambiente laboral, pero lo que es peor cuando se atiende a las personas que llegan viviendo situaciones de violencia.

Parece entonces que, conscientes de esto, consideran que el perfil de los profesionales que deberían atender en el CEM debe tener un componente importante de “vocación de servicio” tal como también lo manifiesta el personal de salud y el representante de organizaciones venezolanas.

“Las convocatorias que se hacen son muy pocas y deben considerar a un personal con convicción de servicio, que le guste atender al público, falta abogados, desisten rápidamente no quieren trabajar en un CEM; trabajar en un CEM es muy diferente a la parte privada y algunos abogados tienen otras expectativas.

(Profesional de CEM, SJL)

Se han dado capacitaciones virtuales, pero se necesita capacitación en SSR, la mayoría se capacita por su cuenta, lo mejor son las pasantías, rotaciones. Capacitar a los médicos para que no tengan temor al atender a los pacientes migrantes que no cuentan con documentación, que adquieran mayor empatía, eso a veces resulta difícil, quieren irse lo más pronto, no hay vocación por el trabajo.

(Prestador de salud, SJL)

Aquí lo que falta es convicción del profesional peruano y latinoamericano que esto es una vocación de servicio, no se tiene cultura de vocación y que el criterio va por encima del dinero.

(Representante asociación venezolana, SJL)

Se conoce que algunas de las condiciones e interacciones en el sitio de trabajo causan deterioro en la salud del trabajador. Según la OMS, los factores del espacio laboral pueden incrementar la posibilidad de ocurrencia de un desorden mental, así como, contribuir

²⁴ Esto lo pudo comprobar la consultora, a la que le fue imposible lograr una respuesta positiva de ninguno de los/las responsables de los CEM con los que se comunicó. Luego de una semana de espera y de numerosas llamadas, se le informó que se tenía que solicitar permiso a la oficina central del MIMP para que ellos autoricen la entrevista. Aún luego de haber obtenido este permiso, la funcionaria del MIMP tuvo que llamar a uno por uno para que aceptaran ser visitados y obtener respuesta a la entrevista. Cabe anotar que una de las personas entrevistadas se negó a ser grabada porque no le habían informado sobre la grabación y que no tenía autorización para acceder a ella.

directamente al distrés mental, traducido en desmoralización, humor depresivo, ansiedad, agotamiento²⁵, etc.

Una investigación realizada por el MIMP que hizo una revisión de muchos estudios nacionales e internacionales sobre el Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP) señala que este síndrome es cualitativamente diferente cuando se trabaja teniendo como tema la violencia (víctimas o victimarios); un trabajo en estas temáticas puede describirse como una profesión de alto riesgo, lo que implica estar expuesto/a en mayor grado a las consecuencias del agotamiento (Álvarez Correa, Valencia y Bocanegra 2012: 57)²⁶.

Por otro lado, las características del trabajo que realizan los profesionales de la salud y los que trabajan en los CEM, que enfrentan diariamente una constante presión interna y externa (los jefes y los/las usuarios del servicio), a lo cual se añade serias limitaciones en los recursos físicos que hay que franquear cada día en una situación de emergencia sanitaria y los riesgos que implica, los coloca en una situación muy vulnerable por lo que una apreciación bastante verosímil señalaría que el personal que tiene a cargo atenciones de singular cuidado, también tiene una gran carga emocional que está afectando su salud mental y que algunos testimonios vertidos lo podrían atestiguar:

“Es muy importante el autocuidado por los temas tan delicados que se tratan en fiscalía, sólo nos mantenemos porque tenemos vocación de servicio, hacemos deportes y con eso a ver si podemos superar esta situación, se ven casos muy tristes, con niños sobre todo...”.

(Fiscal, SJL)

Las acciones de autocuidado del personal nos las damos entre nosotros. No hay tiempo para saber si estamos o no cansados, tenemos que atender todos los días, ese es nuestra razón de estar aquí.

(Profesional de CEM, SJL)

:

El profesional debe estar comprometido con su trabajo para evitar el agotamiento y el cansancio, el trabajo que desarrolla Mamis no es monótono

(Profesional de MAMIS, SJL)

En este país el MINSA se ha olvidado que existe la salud mental; no existe, pero todos estamos un poco enfermos, carecemos de terapias, carecemos de psiquiatras que ayuden”.

(Prestador de salud, SJL)

Se ha advertido a pesar de los testimonios recibidos que hay un esfuerzo importante de los profesionales entrevistados por mantener una capacidad de afrontamiento que les permita día

²⁵ Basado en la Hoja informativa Salud Mental en el trabajo de la Organización Mundial de la Salud.

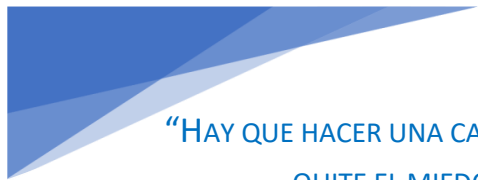
²⁶ Citado en “Estado del Arte del Síndrome de Agotamiento Profesional - Avances sobre su prevención en operadores/as que atienden a personas afectadas por violencia basada en género”. MIMP. Diciembre, 2017.

a día obtener el rendimiento para realizar sus tareas, que buscan probablemente sentirse mejor en los espacios en los que laboran y también sentir autorrealización.

Sin embargo, es importante anotar que un personal que vive manifestaciones de violencia, tiene menos control para ser buen soporte emocional para las mujeres en R y M que son doble o triplemente victimizadas.

Estrategias de comunicación del riesgo sobre servicios de SSR, VBG y Salud Mental, desde la mirada de la población en refugio y migrantes y las comunidades de acogida.

El objetivo final de la comunicación de riesgos es que toda persona expuesta a un riesgo sea capaz de tomar decisiones informadas para mitigar los efectos de este riesgo, cualquiera que sea; por ejemplo, como los casos de VBG o necesidades de atención en SSR y también las que conciernen a la salud mental, de tal forma que permitan tomar las medidas y acciones de protección y prevención. Precisando, hay que decir que la comunicación de riesgo sólo funciona cuando hay una **comunicación basada en la confianza**, pero también en el respeto entre los que saben (expertos), los responsables (autoridades) y los afectados. Sin haber logrado esa confianza, es poco probable que las personas sigan las recomendaciones brindadas. Escuchar y comprender las creencias, preocupaciones y percepciones de la gente es tan importante como proporcionarles evidencias y orientación.



“HAY QUE HACER UNA CAMPAÑA QUE LES
QUITTE EL MIEDO A LAS MUJERES
VENEZOLANAS DE IR A LOS SERVICIOS
PÚBLICOS, QUE CREAN EN LAS
INSTITUCIONES, SINO VA A SER INÚTIL, NO
ASISTIRÁN”

Profesional CSMC, SJL

Finalmente, recogiendo lo que dice PAHO, sobre este particular: “La comunicación de riesgos tiene en cuenta factores políticos, sociales y económicos; analiza el riesgo y la percepción del riesgo para comunicar de manera efectiva; y otorga gran importancia al diálogo con las poblaciones afectadas y objetivo para ayudarlas a tomar las mejores decisiones posibles durante las emergencias de salud pública”. (<https://www.paho.org/en/topics/risk-and-outbreak-communication>).

Esta última parte ordena la información recogida acerca del tema, a partir de las palabras de los y las informantes que se entrevistaron para este diagnóstico.

Conocimiento y uso de servicios de SSR

Según el Regional Refugee and Migrant Response Plan (RMRP) para el 2022, una tercera parte de las personas refugiadas y migrantes de Venezuela encuestadas a través de Joint Needs Assessment (JNA) reportaron tener acceso limitado a una atención médica inclusiva y de calidad, principalmente por falta de recursos económicos, cierre de establecimientos y también por falta de recursos humanos de parte del sistema de salud.

Las entrevistas realizadas se percatan y confirman lo encontrado en otros estudios, que las personas en R y M aun encuentran barreras normativas (para acceder al SIS, por ejemplo) que les impide un acceso gratuito a los SSR, pero también de información sobre cómo superar

esta barrera. Esto sucede especialmente para los servicios de anticoncepción, por que se desconoce la gratuidad de la entrega de los anticonceptivos y han sentido que “las obligan” a pasar por una consulta que en muchos casos no la desean por temor a que sea detectada su situación migratoria irregular. Se ha encontrado que se conoce parcialmente que las mujeres gestantes pueden obtener un SIS para el control del embarazo, pero también es cierto que la información la han obtenido de su entorno más cercano y no de su eventual visita al establecimiento de salud.

Por el lado de los prestadores, reconocen que hay una falta de conocimiento del sistema de salud del país de acogida, pero también reconocen que la población en refugio y migrante tienen otras prioridades que la SSR, salvo que estén gestando o tengan alguna emergencia obstétrica, “ellos resuelven sus problemas en las farmacias”.

“La prioridad del M y R no es su salud física, psicológica o mental, es tener un ingreso económico, un lugar donde vivir y enviar dinero a su país, el resto lo pasa de lado, no tienen tiempo para su salud, por eso hay personas que debido al stress han visto perjudicado su salud mental y van a las farmacias para acceder a la PF y sólo en caso de atención prenatal o embarazos acuden a un centro de salud por contar con un SIS”.

(Prestador de salud SJL)

Sin embargo, todos los y las informantes hicieron esfuerzos para formular ideas y propuestas de cuáles son las mejoras alternativas para incrementar el conocimiento y promover un uso más intensivo de los servicios de salud del distrito. A continuación, se hace un listado acotado de lo que precisaron los actores diferenciando a lo que propuso la población.

Informantes de servicios de salud:

- Actividades extramurales (hasta ahora no se ha vuelto a la normalidad, por falta de recursos humanos), que permitan hacer Ferias Informativas de Salud en Tiempos de Pandemia, pero también entrega de volantes y toma de signos vitales (presión arterial, por ejemplo)
- Visitar a los colegios del distrito para informar a los alumnos de secundaria (embarazo adolescente) y que ellos informen en sus hogares de las atenciones de salud en los establecimientos.
- Usar los espacios públicos donde acude población R y M, colegios, vaso de leche, comedores, para perifonear los servicios, invitarlos e informar cómo es el sistema de atención.
- Organizar pasacalles, asistir a las reuniones que hace la población R y M (en las asociaciones que existen en el distrito) o las campañas que realizan otras organizaciones que trabajan en el distrito.
- Colocar afiches en la parte externa del establecimiento, en los mototaxis, usar mensajes en la radio local, spots publicitarios, usar las redes sociales.

Informantes mujeres

- Enviar mensajes por WhatsApp, diciendo cómo conseguir atención gratuita.
- Que haya un número para llamar y preguntar y solucionar dudas.
- Que la información que dicen sea cierta y se cumpla. (se refiere a los horarios de atención y a los servicios)
- Que informen a través de las asociaciones de venezolanos.

Con relación a los mensajes positivos sobre la SSR, hubo una gran coincidencia entre los prestadores de salud en que había que enfatizar que “Sin salud no hay trabajo” y que hay que señalar que la salud “es integral”. También opinaron que hay que destacar en los mensajes para la SSR el peligro de tener un problema oncológico para promover el despistaje de cáncer de mama y el Papanicolau cada año. Asimismo, el mensaje de “Tu decides cuántos hijos tener” fue repetido por varios de los prestadores.

Conocimiento y uso de servicios para enfrentar la VBG

Las personas refugiadas y migrantes de Venezuela corren un alto riesgo de violencia de género, particularmente porque la pandemia de COVID-19 ha profundizado las desigualdades de género y ha exacerbado los niveles de pobreza. Las mujeres que participaron en las entrevistas reconocieron haber visto o escuchado sobre situaciones de VBG en su entorno en algún momento del tiempo que llevaban viviendo en el distrito. El RMRP de la R4V considera que aún hay un acceso restringido a los servicios de atención y prevención de la VBG, tal como se ha evidenciado a través de este estudio. Esto también debido a los temores de la población en R y M a las instituciones y su condición migratoria, pero también por los sentimientos de miedo y vergüenza de ser víctimas de este abuso, también hay una falta de consciencia del riesgo en el que pueden estar al minimizar algunas actitudes de sus parejas y/o del entorno en el que se desenvuelven. Otro motivo que aleja a las mujeres refugiadas y migrantes de la denuncia es la falta de un trato amigable y consciente por parte de los operadores de servicio sobre los derechos de los y las otras, en especial del grupo R y M. Resultado de esta situación observada, se comparte el resultado del Análisis de Necesidades del RMRP, sobre la baja tendencia de denuncias de VBG realizadas por esta población. Para este estudio ninguna de las mujeres venezolanas dijo haber hecho o conocer de otras mujeres en refugio que hubieran realizado alguna denuncia por este motivo.

La autonomía física es con seguridad la dimensión más básica para alcanzar la igualdad de género; sin embargo, varias publicaciones que han investigado a estas poblaciones dan cuenta de mujeres venezolanas que han soportado situaciones de acoso sexual traducidos en tocamientos indebidos, propuestas de índole sexual y otros, producto de los estereotipos alrededor de las mujeres venezolanas y que algunas instituciones las hacen culpables de estas agresiones que viven sencillamente por ser “como son” y por la situación de vulnerabilidad y discriminación en la que se encuentran por su condición de R y M. Por lo menos el 22% de mujeres venezolanas respondieron en una encuesta realizada por CARE, que estuvieron expuestas a este tipo de violencia debido “al machismo de los peruanos” (IDEHPUCP. CARE. Lima, 2020).

En el discurso de algunos prestadores de salud y de operadores de la ruta de atención a la VBG, se descubre que no solo hay una limitada conciencia de la situación de riesgo que vive esta población, en especial las mujeres e incluso la población LGTBIQ, sino que aún persiste una falta de sensibilización y de empatía sobre el tema de género, qué significa un acto de violencia, así como de limitaciones en la resolución de los casos debido al funcionamiento frágil de los sistemas que intervienen.

Los mensajes que deben ser dirigidos a la población R y M deben transmitir mensajes para que ellos tengan confianza en los procesos de atención en SSR y VBG; hay mucha desconfianza, se sienten maltratados, estigmatizados, los servicios no conocen bien la problemática de un R y M, la violencia es alta en

las mujeres con pareja peruana, el peruano tiene otra mentalidad es machista, inclusive hay hombres maltratados, pero por machismo no denuncian

(Operador de CEM SJL)

Las y los informantes ofrecieron algunos alcances desde su perspectiva, sobre cómo mejorar la comunicación del riesgo y de la oferta de servicios para la prevención y atención de VBG. Cabe anotar que varios de ellos también incorporaron a los SSR, porque consideraron que el trabajo debe ser multi e intersectorial y que luchar contra la violencia de género requiere de mucha constancia en la articulación y, al tener raíces estructurales, su erradicación es de largo plazo.

Informantes de la ruta de atención VBG recomendaron:

- Hacer un mapeo sobre dónde se encuentra asentada la población en R y M, y luego dirigir una campaña de comunicación sobre VBG y SSR que haga conocer situaciones de riesgo para ambos temas y qué hacer.
- A través de los colegios constituir un equipo con personal de salud y de los CEM, elaborar un calendario anual de charlas a padres y madres que aborden temas de SSR y de VBG. Con mensajes concisos, concretos, que indiquen la ruta correcta cuando hay hechos de violencia o se necesita los servicios de SSR.
- Elaborar folletos simples que señalen qué hacer y dónde recurrir en situación de VBG.
- Elaborar un directorio con direcciones de los lugares donde pueden acudir y que incluya un mapa y cuáles son las manifestaciones de violencia por las que tienen que recurrir a esos lugares.
- Usar medios de comunicación masivos y públicos (por ejemplo, megáfonos) en los centros comerciales, ferias y mercados, lugares donde por lo regular trabaja la población en R y M.
- Establecer un sistema de vigilancia de VBG a través de promotoras/es, que difundan mensajes en defensa y cuidado de la autonomía física.
- Usar las ferias de salud que realizan otras organizaciones que trabajan con población R y M en SJL, para enseñar sobre el derecho a vida libre de VBG y que hacer cuando se vulnera ese derecho.
- Habilitar lugares en la comunidad en los que solo se brinden servicios psico sociales, que ayuden a la población a conocer las situaciones de riesgo en VBG y también en SSR, para que puedan tomar decisiones informadas.
- Usar todos los medios públicos y privados (tiendas comerciales, instituciones educativas, restaurantes, etc) para divulgar mensajes de “No a la violencia contra las mujeres, niños y niñas”. “Todos somos responsables que haya violencia”.

Informantes mujeres recomendaron:

- Usar las redes sociales para los mensajes en contra de la VBG, para indicar cómo se debe actuar y qué es “consciencia de riesgo en VBG”
- Presentaciones en las Ferias de Salud sobre lo que hacen otras instituciones que trabajan en SJL
- Actividades de información en las Asociaciones de venezolanos
- Afiches y material de difusión para que puedan enterarse cómo actuar en caso de VBG

Es importante subrayar que hubo mucha menos participación de las mujeres cuando se indagó sobre formas de comunicación para incrementar el conocimiento sea en SSR y/o VBG. Es posible que esto suceda porque las entrevistadas solo eran usuarias muy eventuales de los servicios de salud, salvo aquellas que estaban embarazadas o habían tenido un parto en el establecimiento; ya se ha explicado que, aunque demandan los servicios de salud, estos no parecen ser de su prioridad porque resuelven sus problemas de salud automedicándose y a través de las farmacias. Eso no pasa en caso de las usuarias de anticonceptivos, aunque fueron la mitad de las participantes, se abastecen de los insumos en el establecimiento de salud, pero también suelen comprarlos en las farmacias.

En el caso del tema de VBG, claramente no hay percepción del riesgo al interior de sus hogares y son tolerantes con cualquier manifestación agresiva de sus parejas, porque “no llegan a hacer daño”, los temores son más al entorno de la comunidad en donde viven y a los espacios laborales donde sienten que hay un constante acoso, manifestaciones discriminatorias y xenófobas. Las mujeres hacen una diferencia en cómo son los hombres venezolanos y los peruanos, a los que siempre calificaron como “groseros” y “machistas”.

Otras propuestas de las y los informantes

También se recogieron y se listan a continuación, algunas propuestas de prestadores de salud y de los operadores de la atención en VBG, que se ofrecen a partir de la experiencia que han tenido en el trabajo con R y M venezolanos.

- Hacer un piloto que permita tener todos los servicios de la ruta de atención en SSR y VBG. Un espacio en el que puedan encontrar la comisaría, la fiscalía y hasta el juzgado. Arguyen que “las personas pueden denunciar, pero luego se van y ya no regresan, en el caso de las mujeres venezolanas es peor porque tienen miedo de la policía y de que las apresen por no tener documentos, pueden sentirse más protegidas en espacios así”.
- Hacer un piloto para atenderlos en los horarios que a ellos se les facilite de acuerdo con sus propias características o fortalecer a los módulos de SSR que ya se tienen.
- Establecer una red de información, que tenga un directorio de las mujeres y de sus contactos próximos, para localizarlas y darle continuidad a los procesos de atención, “dan direcciones falsas, dicen que están solos, no tienen familias, dan números de teléfono que no contestan o bloquean las llamadas”.
- Comprometer al sector educación en el tema de la VBG, tanto para la comunicación de los servicios de prevención, pero también denunciando los hechos de violencia, “porque ellos no se quieren comprometer”.
- Habilitar una casa refugio temporal para casos extremos, que sea conocida por las víctimas, “un lugar temporal donde acudir hasta que sea pasada a otro lugar, porque a veces hay casos en los que no se les puede atender, porque son de noche”

Quiénes están trabajando y qué tareas están haciendo en el distrito de SJL, en SSR y VBG dirigidas a atender necesidades de la población R y M

Las respuestas de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros organismos internacionales han jugado un papel clave en la provisión de servicios básicos de salud. Bajo

un panorama de difícil acceso a la salud, un número importante de la población venezolana opta por acercarse a instituciones internacionales, ONG, pero también a las propias asociaciones de venezolanos que se han establecido desde hace unos años y que colocan nuevas oficinas según dónde se van asentando sus compatriotas en R y M.

ACNUR, Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados, (UNHCR por sus siglas en inglés) trabaja en el país en estrecha colaboración con el

Gobierno peruano, pero también con la sociedad civil, las iglesias y otras agencias del sistema de las Naciones Unidas “con un enfoque de protección con base comunitaria y participación de la sociedad en la búsqueda y toma de decisiones”. (ACNUR, 2021, p.141)

ACNUR preside la plataforma más grande de organizaciones de todo tipo que prestan ayuda a la población R y M en la Región Latinoamericana y en el Caribe (LAC). Para el Perú un total de 55 socios se agrupan alrededor de esta plataforma que hace esfuerzos coordinados para atender, en respuesta integral, las necesidades de soporte humanitario del movimiento migratorio venezolano. Así, necesidades como albergue, provisión de artículos de primera necesidad, asistencia médica y apoyo psicosocial, son provistas a las poblaciones en refugio y migrantes que se encuentran en condiciones más vulnerables.

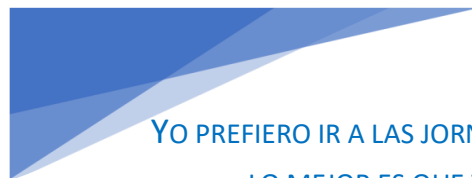
Cada año esta plataforma elabora un Plan para atender las necesidades detectadas en cada área en las que trabaja la plataforma. Varias de estas organizaciones se encuentran trabajando en SJL para mejorar el acceso al cuidado de la salud y para apoyar la prevención y respuesta a situaciones de VBG.

Hace dos años algunas organizaciones internacionales, ONG, migrantes que están en mejor situación están apoyando en los temas de salud, orientación migratoria, y tienen en la mira proyectos económicos

(Líder voluntario venezolano SJL)

El Plan Regional de Respuesta a Refugiados y Migrantes (RMRP, por sus siglas en inglés) registra 22 organizaciones que han insertado en sus actividades temas de salud y 19 en violencia, probablemente algunas de ellas los dos temas. UNFPA lidera estas dos líneas de ayuda, acompañada en salud por PAHO.

Es interesante comprobar que, excepto las personas entrevistadas de organizaciones venezolanas y tres de todos los entrevistados entre el personal de SSR, en los CEM, comisarías y fiscalías no sabían o, en el mejor de los casos, no recordaba de alguna organización que prestara algún tipo de ayuda en el distrito. Las y los entrevistados que señalaron que había otras instituciones trabajando en salud y VBG las conocían porque en algún momento habían participado en las reuniones de la Mesa de Concertación por la Población Refugiada y Migrante de Lima Este (MCRM) o reuniones específicas para el distrito de SJL. Esto aun cuando algunas organizaciones han dado capacitaciones y donaciones a algunos centros de salud. Una rápida revisión en la página de Facebook de la MCRM, muestra que entre los integrantes no figura representantes del MINSA ni del MIMP, aunque si se



YO PREFIERO IR A LAS JORNADAS DE SALUD,
LO MEJOR ES QUE TE ATIENDAN LOS
MÉDICOS VENEZOLANOS, NO HAY
CONFIANZA CON EL ESTABLECIMIENTO DE
SALUD, POR ESO YO SÍ AGRADEZCO QUE NOS
AYUDEN ESTAS ORGANIZACIONES.

Mujer venezolana, SJL

encuentra representado el Sector Educación. Esto explicaría la ausencia y desconocimiento del personal de salud y de los CEM respecto a esta Mesa de Concertación.

Esto parece corroborar que existe poca coordinación y/o articulación al interior de SJL entre los diferentes actores que se encuentran tomando alguna acción en favor de mejorar la situación de la SSR y la VBG, tal como se ha señalado en acápite anterior de este reporte.

“Aquí está trabajando Alma Llanera con CARE. Alma Llanera comenzó la primera fase capacitando a los CSMC hace dos años, en VBG y población migrante, la segunda fase han ido a los CS y comunitarios para que apoyen y les han dado diferentes bienes, televisores, equipos de sonido... al CSMC también nos ha llegado y en la tercera fase ya han empezado a trabajar, esta última fase recién vamos a empezar, no te podría decir cómo está funcionando, no tienen oficina, ¡pero hay una coordinadora en SJL!”

Profesional del CSMC, SJL

Las asociaciones venezolanas parecen trabajar independientemente de los establecimientos de salud del MINSA, han encontrado en las actividades de las ONG, un nicho en donde pueden resolver sus problemas de salud. Hay las denominadas jornadas de salud que son promovidas y sostenidas por estas organizaciones y que convocan a la población en R y M de SJL para resolver problemas de salud de forma gratuita y más amigable.

“Las jornadas de salud se originan porque el MINSA no atendía a los venezolanos porque no tenían documentos, entonces no pueden tener SIS, y les cobran por todo, y la gente no tiene, los maltrataban a los hombres, a las mujeres. Esa es gente que no tiene trabajo, estábamos en plena pandemia sin poder trabajar, sin tener ingresos, personas con desalojo, vinieron en un momento muy difícil, entonces allí se origina muchas de estas iniciativas de jornadas de salud con VENEACTIVA, OCASIVEN donde se unen muchas organizaciones como MAG-THEBAY, GIZ, la comunidad europea es la que financia este tipo de proyectos en donde podemos atender. Hemos hecho en SJL ya en dos años alrededor de 8 a 10 jornadas de este tipo en donde atendemos a 400, 500 personas por cada jornada sin embargo nos quedamos cortos para la cantidad de personas que viven en SJL, por el censo que hicimos había más de 75,000 familias más de 150,000 personas en este distrito...”

(Presidente de organización venezolana, SJL)

Y, es en estas Jornadas de Salud, en donde las mujeres venezolanas R y M pueden encontrar espacios de resolución de sus problemas de SSR, incluyendo exámenes especializados como citologías, descarte de cáncer en mama y también atención a seropositivos a VIH.

Nos dan los servicios de SSR en las jornadas y de hecho hacemos despistaje de VIH y con las medicinas contamos GIZ, son de la Comunidad Europea, no recuerdo el nombre de la otra organización, nos dan los insumos, las cuestiones básicas para diabéticos, cáncer, para HIV. Tenemos también otra organización que direccionamos al paciente, para quemaduras y para medicina general hay un stock que nos han donado, hasta tenemos vitaminas, eso es lo que más usamos, y también regalamos preservativos.

(Voluntario Consejo de Migrantes, SJL)

La información rescatada y que figura en el Anexo C, corresponde a un listado de organizaciones, asociaciones e instituciones nacionales e internacionales que fue

proporcionada por las asociaciones de venezolanos que se encuentran trabajando en el distrito de SJL.

CONCLUSIONES

El distrito de SJL

1. La población en R y M está distribuida en los distritos más populosos de la ciudad capital, Lima; pero también con indicadores socio económicos deprimidos, de hecho, el distrito de San Juan de Lurigancho está entre uno de los que tiene un Índice de Pobreza relativamente alto, 27%. Además, hasta el 2020, ocupaba por varios años el primer lugar en registro de delitos, convirtiéndolo en uno de los distritos más peligrosos de Lima. Sin embargo, ha logrado un importante crecimiento comercial y es el distrito más grande del país con más de millón doscientos mil habitantes, y se ha convertido en un polo migratorio significativo.

Las mujeres en refugio y migrantes venezolanas

2. A la discriminación propia de ser mujeres en sociedades de origen, tránsito y destino con desigualdad y violencia de género estructurales, se agrega la discriminación asociada a la vulnerabilidad propia de ser extranjera y vista con menos legitimidad que los nacionales. Esto las afecta incluso cuando se encuentran en búsqueda de lugares en donde vivir que les son negados por discriminación y xenofobia, situación que dificulta mucho la integración social.
3. En el Perú, parece haberse construido una percepción hipersexualizada de la mujer venezolana, generándose un estereotipo que la ubica como una mujer de innato atractivo físico, particularmente preocupada por ese atractivo, con una actitud y conducta a la que se considera bastante más extrovertida y liberal que la mujer peruana. En términos de la vulnerabilidad de las mujeres venezolanas, la percepción de que sufren de discriminación por género y de violencia de género es bastante alta. En la narrativa se recoge que “la forma de ser” de la mujer venezolana las hace más sensibles a sufrir violencia.
4. En la literatura se encontró una importante responsabilidad en los medios de comunicación de esta discriminación porque ofrecen una representación negativa acerca de la población venezolana asociándola a también a hechos delictivos, en SJL esta asociación es particularmente negativa por las ya mencionadas características del distrito.
5. Se señala que las conductas discriminatorias son inherentes a la población peruana y que son parte de la cultura, pero que cuando se trata de la población venezolana, sean estos hombres o mujeres, esta conducta resulta mucho más dura y agresiva.
6. El apoyo comunitario aun se está construyendo por lo que aparece frágil e inconstante. Por lo general las mujeres venezolanas cuando buscan apoyo lo hacen en sus connacionales, sienten que no son bienvenidas por sus pares peruanas, porque representan “una amenaza” en sus hogares. Finalmente prefieren ser atendidas por personas de su misma nacionalidad, sobre todo cuando de temas de salud se trata.
7. Hay una percepción de desconfianza en las instituciones del Estado debido a las dificultades que atraviesan las personas en refugio y migrantes para conseguir su regularización de su condición, por la atención que reciben en los servicios de salud cuando acuden a ellos, por no conseguir espacios para sus hijos/as en los colegios públicos, por la persecución de la que son objeto por parte de la policía y por la sensación de que a la base hay corrupción.

Las barreras para la SSR

8. Una barrera transversal recogida de todos las y los informantes es que la regularización de la documentación de las personas migrantes y solicitantes de refugio venezolanas, limita el acceso a la educación, la salud, el trabajo, la vivienda y al resto de servicios públicos y financieros. Sin solucionar

este problema, siempre se tendrá una excusa para no otorgar los derechos que corresponde a este grupo poblacional, siendo las mujeres las más perjudicadas, exponiéndolas a redes de explotación laboral, sexual y de trata debido a la necesidad económica en la que se mantienen.

9. La salud no parece ser un tema prioritario para las mujeres, en todo caso si hay alguna preocupación por ella se da en relación con los hijos. Se conoce la existencia de los establecimientos de salud, pero la asistencia a ellos parece estar determinada, principalmente, por el estado de gestación, que es la única manera, por ahora, de acceder al SIS, beneficio que lo mantiene hasta 45 días luego de tener el parto. El servicio de salud que ofrece el distrito no parece tener una evaluación satisfactoria por parte de las mujeres, hay una constante comparación con el servicio de salud de su país de origen.
10. Aunque hay un grupo de mujeres que sí acude a los servicios de SSR para atender sus necesidades anticonceptivas, hay otro, probablemente mayor que los adquiere en las farmacias o no usa anticonceptivo alguno. Las razones recogidas están principalmente referidas al tiempo que se requiere para gestionar el anticonceptivo en el servicio público y a los horarios de atención que son contrapuestos al tiempo que las mujeres dedican a generar algún tipo de ingreso, sea en sus casas o en trabajo ambulatorio y en el mejor de los casos en un trabajo “formal”.
11. También se han encontrado narrativas que indican que ha habido, por parte de prestadores/as de salud, rechazo a la atención de las mujeres R y M, o la que se ha recibido no ha sido de la calidad que se esperaba.
12. La capacidad de respuesta de los servicios de SSR se ven afectadas seriamente por la precariedad en la que se encuentran en términos de infraestructura física, equipamiento médico obsoleto, carencia de insumos básicos para la gestión administrativa, situaciones todas que caracterizan un ambiente laboral negativo. Pero lo más importante es que los recursos humanos se han reducido también de forma considerable por problemas provocados por la pandemia de COVID-19, lo que les impide cubrir las atenciones para lo cual son requeridos los servicios, no solo por la población en R y M sino por todos en general. Esta última situación, reducción de recursos humanos, aumenta de forma considerable la carga de trabajo diaria, pero también, los prestadores de salud, se ven sometidos constantemente a la demanda crítica de la población usuaria.

Las barreras para la atención de la VBG

13. En el caso de los CEM, el panorama no es muy diferente. Las carencias se repiten, también hay una reducción de recursos humanos a raíz de las condiciones impuestas por la pandemia, lo que incluyó la falta y/o demora de las contrataciones de personal que son importantes para el buen funcionamiento del CEM.
14. Organizar el trabajo remoto y realizarlo desde casa, no solo disminuyó considerablemente la calidad del trabajo, porque hay servicios, como el de soporte psicológico y/o emocional que son sumamente difíciles de hacerlos virtualmente, sino que en algunos casos los trabajadores del CEM tuvieron que adquirir equipos y tecnología apropiada para continuar con el servicio desde sus domicilios, afectándolos económicamente. Nunca hubo un reconocimiento del MIMP por estos subsidios de su personal y tampoco se les dio un bono adicional por el trabajo remoto que se estaba realizando, como sí parece haberse hecho en otros sectores (pueden referirse a Salud).
15. Estas situaciones vividas por los prestadores de salud y operadores de los servicios del CEM han creado una condición laboral desfavorable, pero lo que parece ser más importante es que afectan su salud mental. Unido al normal agotamiento emocional que genera los servicios que prestan, (más si atienden a personas en R y M, en donde podrían adicionarse una posible carga de discriminación que subyace en ellos), se percibe un “maltrato laboral institucional”, con características verticales, incongruente para atender la violencia de género, si se entiende que este personal debe reunir características especiales para cumplir con los protocolos de atención, como por ejemplo, aplicar la ficha de valoración de riesgo, la que contiene una historia más o menos detallada de la vida íntima de la mujer que llega a los CEM.

16. En todos los casos no se ha visto medidas que promuevan cuidado o autocuidado, ni mecanismos de soporte externo que puedan paliar situaciones de agotamiento emocional y de estrés laboral.
17. Estas condiciones arriba descritas no solo suceden en el sistema de salud o en los trabajadores del MIMP, sino que se repiten en las comisarías y fiscalías, por la enorme carga de trabajo con la que deben lidiar día a día y que en algunos casos existe consciencia de la situación que se vive, pero en otros es más fácil señalar a los otros/as como responsables de no “hacer las cosas bien”.

Las rutas de atención

18. Se constata que el personal de los establecimientos de salud no tiene precisión acerca de las definiciones de la violencia basada en género y que no les queda claro las indicaciones de los protocolos y la normatividad escrita sobre el tema. Consideran que el tamizaje se debe realizar solo para casos de violación sexual y no para otros tipos de violencia
19. La detección de VBG debe hacerse en todos los servicios de SSR, pero ésta se ha limitado a las consultas a gestantes, pero en otras atenciones es muy raro que se efectúe. Sólo se está realizando en la emergencia obstétrica, es decir cuando las mujeres llegan o por el parto o por algún problema relacionado con éste. Sí se pone especial cuidado cuando llegan casos por violencia sexual, con los cuales sí se intenta seguir con todo el proceso escrito.
20. En el caso de los CEM, la ruta se sigue con las limitaciones que significan la reducción de personal para la atención. Sin embargo, hay la percepción de otros integrantes de la red que gestionan los casos de VBG que los CEM son simplemente “tramitadores” de las medidas de protección, aseveración que debilita la posición de los CEM como articuladores con los servicios de salud y los judiciales tal como se estipula en los protocolos conjuntos.
21. Se ha rescatado de las informaciones recogidas que hay un muy escaso conocimiento de los CEM por parte de las mujeres en R y M, que en todo caso refieren que irían a la comisaría si es que tienen que hacer alguna denuncia de VBG.
22. En las comisarías, la situación puede resultar más difícil aun, porque no solo hay desconocimiento de los protocolos, sino que no se entiende bien el cómo afecta la VBG a las mujeres. Se ha constatado en los establecimientos de la policía visitados que hay poca empatía por las víctimas, pero lo que es peor no hay las condiciones de privacidad para la atención, lo que significa una agresión a las personas que denuncian.
23. El tiempo que requiere finalizar el proceso de denuncia y conseguir las medidas de protección y las sentencias cuando son necesarias, son prolongados, esto a decir de las operadoras de las fiscalías, hace que se retiren las acusaciones y que ya no se continúe con ellas. Aquí el motivo principal es la carga procesal que tienen las fiscalías de familia que son las que atienden los casos de VBG.

Capacitación

24. Las necesidades de capacitación no son reconocidas abiertamente ni por los/as prestadores de SSR ni por los operadores que atienden los servicios de VBG, pero cuando han sido mencionadas, esperan que se mejoren sus competencias técnicas profesionales más complejas, pero no necesariamente para la detección y atención de la VBG. Esta fue mencionada solo “para los otros”, los operadores están muy seguros de sus habilidades para realizar su trabajo.

Articulación interinstitucional

25. Las articulaciones entre todos los operadores públicos, no se dan con la frecuencia y fluidez que requieren, debido a la falta de tiempo y a la escasez de personal. En todo caso, la relación que más se establece es entre los prestadores de salud y los operadores del CEM. El CEM a su vez está más conectado, en algunos casos, con las comisarías y de mucha mejor forma con las fiscalías.
26. No se han establecido articulación alguna con otras organizaciones de sociedad civil que hay en el distrito y que tienen actividades ligadas a la atención de la VBG o algunas pocas a la SSR. La información recogida señala que no se conocen entre sí y que, en todo caso, cuando se ha solicitado

su participación en algún evento organizado por sociedad civil, los establecimientos de salud no han acudido. La relación con los CEM es también muy débil, por el escaso número de denunciantes de VBG.

RECOMENDACIONES

Para todos los operadores de SSR y VBG

1. Diseñar estrategias de preparación conjunta de los operadores involucrados (CEM, Comisaría, establecimientos de salud, fiscalías), de tal manera que puedan compartir y conocer cómo se desarrollan sus actividades. En estos espacios de reconocimiento mutuo, repasar y actualizar la información de todas las rutas de atención conjunta para hacerlas vigentes nuevamente.
2. Habilitar a todos los operadores, esta vez por instituciones, en habilidades blandas que les permitan desarrollar algunas características importantes de inteligencia emocional, las que los ayudaran a manejar con mayor eficiencia a la resolución de problemas y gestión de sus actividades y que éstas se orienten a las personas que acuden a los servicios.
3. Desarrollar contenidos que puedan disminuir y/o eliminar el trato diferenciado y desigual hacia las personas en R y M, así como la hostilidad hacia este grupo poblacional, sobre todo al que concierne a la imagen de las mujeres venezolanas.
4. Asegurar la existencia de una adecuada comprensión de la categoría género y lo que significa su enfoque, del mismo modo con la interseccionalidad y la interculturalidad. No significa que se memoricen los conceptos, sino que los puedan identificar en si mismos y en su entorno.
5. Brindar mecanismos de autoayuda para controlar el síndrome de agotamiento profesional y sus posibles consecuencias en la salud mental de los operadores.

Para los servicios de SSR

6. Repasar los protocolos para efectivizar el tamizaje de VBG en los servicios que están establecidos, utilizando las herramientas que se hayan diseñado para este fin o si es necesario simplificarlas y mejorarlas. Aquí hay que incluir definiciones sobre los diferentes tipos de violencia y los mensajes de prevención de riesgo que hay que transmitir a las usuarias de los servicios de salud.
7. Mejorar el sistema de referencia y contra referencia para la persona que vive una situación de VBG, de tal forma que no deba perder demasiado tiempo en trasladarse entre servicios y asegurar que no desista en el camino.
8. Revisar las estrategias de atención a la población R y M, para que sean atractivas y no expulsivas. Incluir la gratuidad de la atención, no obligatoriedad de identificación, horarios de atención presencial diferenciados y tele consulta en horario ampliado.
9. Promover la participación de los establecimientos de salud en las actividades que se organizan para la población venezolana, facilitando la entrega de anticoncepción, tamizajes de VBG, examen de mamas para descarte de tumores, etc.
10. Considerar las barreras que se generan en los servicios y que entorpecen la recepción y atención de las personas R y M, como por ejemplo espacios compartidos, carencia de equipo para la atención (espéculos) y sobre todo recursos humanos.
11. Retomar liderazgo en la recomposición de las instancias de articulación para la atención de la SSR y de la VBG

Para los servicios que brindan los CEM

12. Verificar los pasos de la atención conjunta con los diferentes operadores: salud, comisarías, fiscalías, etc. de tal forma que se puedan implementar con eficiencia y para beneficio de la persona que llegue al servicio.
13. Fortalecer el rol del CEM como articulador con las instituciones involucradas en la atención a la VBG, para lo cual debe revisar su posición actual y
14. Representar gráficamente las rutas de atención de la VBG para las mujeres R y M del distrito de SJL para su adecuada difusión entre la población.
15. Promover y liderar campañas de promoción a la “No Violencia de Género” en el distrito de SJL
16. Considerar la incorporación de grupos de hombres venezolanos para iniciar actividades que busquen construir nuevas masculinidades.

Para los operadores en comisarías

17. Repasar los protocolos de atención conjunta con los CEM, para reconocer cuales son las funciones que les corresponde a cada uno.
18. Asegurar el buen entendimiento de las diferentes tipos de violencia y los enfoques de interculturalidad e interseccionalidad.
19. Reforzar las capacidades para una atención en la que se priorice la empatía y la calidez en el trato a las personas que viven en violencia y que lleguen a la denuncia.
20. Recibir una capacitación introductoria sobre ejercicio de poder y nuevas masculinidades.
21. Establecer un adecuado sistema de monitoreo y seguimiento de las medidas de protección de su jurisdicción.
22. Considerar el derecho de las personas víctimas de violencia a un espacio privado en dónde pueda relatar su caso en confidencialidad.
23. Participar en campañas que promuevan la “No Violencia de Género” en el distrito de SJL
24. Elaborar un mapa para visualizar la ubicación de los principales asentamientos en donde se ubican las personas R y M, que pueda ser utilizado por todas las instituciones involucradas en la atención de la VBG para implementar acciones promocionales mejor dirigidas.

Para las mujeres R y M

25. Establecer, con el apoyo de la comunidad R y M, un sistema de vigilancia de VBG a través de promotoras/es, que difundan mensajes en defensa y cuidado de la autonomía física.
26. Diseñar contenidos específicos para crear conciencia del riesgo de VBG y de SSR para que sean parte de una campaña sostenida de difusión y comunicación en el distrito de SJL.
27. Organizar, con el soporte de promotoras/es de la comunidad, reuniones con mujeres R y M en las que se les informe sobre los servicios de salud y los del CEM, sus características y condiciones: gratuidad, horarios convenientes, medicamentos e insumos anticonceptivos, buen trato y confidencialidad.
28. Diseñar materiales de difusión con características de servicios de CEM y de salud.
29. Participar en las reuniones que organizan las asociaciones de venezolanos en el distrito
30. Utilizar las redes sociales más usadas por la población R y M (WhatsApp, Facebook y Tik Tok) para enviar mensajes de interés, incluyendo la promoción de los servicios de salud y de los CEM y mensajes para comunicar el riesgo.

Para el Fortalecimiento interinstitucional

31. Incentivar las alianzas de los CEM, con todas las instituciones nacionales e internacionales, así como, con las organizaciones de sociedad civil que estén prestando ayuda humanitaria en el distrito de SJL.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACNUR Perú. (2021, noviembre). Informe N. 10 - 30 de noviembre de 2021. https://www.acnur.org/op/op_fs/6lcca82d4/acnur-peru-informe-n-10-30-de-noviembre-de-2021.html
- Angulo-Giraldo, M., Guanipa-Ramírez, L., & Albites-Sanabria, J. (2021). Medios de información, impacto emocional y recomendaciones sanitarias en migrantes venezolanas durante el COVID-19. En Estudios Fronterizos, 22, e075 (pp. 1–29). <https://ref.uabc.mx/ojs/index.php/ref/article/view/929>
- Asociación Peruana Mujer y Familia. Mapa Comunitario. Población Venezolana. SJL s/f <https://www.mujieryfamilia.org.pe/wp-content/uploads/MAPA-COMUNITARIO.pdf>
- Banco Mundial, 2019. Una oportunidad para todos. Los migrantes y refugiados venezolanos y el Desarrollo del Perú. <https://www.bancomundial.org/es/events/2019/11/19/evento-migracion-peru-reporte-una-oportunidad-para-todos-los-migrantes-y-refugiados-venezolanos-y-el-desarrollo-del-peru>
- Berganza, I. & Solórzano, X. (2019). Límites y retos del Estado. Procesos de integración de la comunidad venezolana en Perú (1.a ed.). Universidad Antonio Ruiz de Montoya, Lutheran World Relief, & Asociación Encuentros - Servicio Jesuita para la Solidaridad. Litho & Arte S.A.C. <https://www.uarm.edu.pe/wp-content/uploads/2021/09/Limites-y-retos-del-Estado-Procesos-de-integracion-de-la-comunidad-venezolana-en-Peru.pdf>
- Blouin, C., Jave, I., Hurtado, E., Jáuregui, A., Vargas, G. (2019). Estudio sobre el perfil socio económico de la población venezolana y sus comunidades de acogida: una mirada hacia la inclusión. Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP), PADF. Impresión Arte Perú S.A.C. https://idehpucp.pucp.edu.pe/lista_publicaciones/estudio-sobre-el-perfil-socio-economico-de-la-poblacion-venezolana-y-sus-comunidades-de-acogida-una-mirada-hacia-la-inclusion-2/
- CARE PERU & Proyecto Alma Llanera. (2020). Análisis rápido de género. CARE Perú. <https://www.careevaluations.org/evaluation/analisis-rapido-de-genero-proyecto-alma-llanera/>
- Castro, M. & Mejía, X. (2020). Una mirada a la migración venezolana y seguridad ciudadana en Perú. (1.a ed.). Equilibrium-CENDE. <https://equilibriumcende.com/migracion-seguridad-peru/>
- Consejo Danés para Refugiados (DRC) y Encuentros SJM. Snapshot Monitoreo de protección: Perú. Noviembre, 2021. <https://reliefweb.int/report/peru/monitoreo-de-proteccion-snapshot-diciembre-2021>
- Defensoría del Pueblo. Informe de Adjuntía para los Derechos de la Mujer Nro 013/2021/DP-ADM. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf>
- Encuentros Servicio Jesuita a Migrantes (2021). Protection Monitoring Report Perú. January – February 2021. Danish Refugee Council (DRC). <https://www.r4v.info/es/documents/details/86170>
- Equilibrium-CENDE. (2021b, septiembre 28). Encuesta Población Migrante y Refugiada Venezolana en Perú [Diapositivas]. Documentos. <https://www.r4v.info/es/document/encuesta-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-peru-septiembre-2021>
- Fundación Acción contra el Hambre, Unión Europea, & Superintendencia Nacional de Migraciones - MIGRACIONES Perú. (2021). Estudio multisectorial En personas refugiadas y migrantes de

Venezuela que viven en Lima Metropolitana, Perú. Digital World Perú.

https://www.r4v.info/es/document/ACH_Estudio_Multisectorial_Ago21

Grupo Banco Mundial. (2019). Una oportunidad para todos. Los migrantes y refugiados venezolanos y el desarrollo del Perú (1.a ed.). <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/32816>

<https://gestion.pe/noticias/venezolanos-en-peruhttps://larepublica.pe/mundo/2021/09/30/solo-el-10-de-migrantes-venezolanos-en-colombia-peru-y-ecuador-quieren-regresar-a-su-pais-segun-encuesta>

<https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/la-tragedia-de-ser-migrante-y-mujer-el-caso-de-las-mujeres-venezolanas-en-peru>

<https://observatorioviolencia.pe/datos/>

<https://observatorioviolencia.pe/foro-violencia-mujeres-migrantes/>

<https://peru.unfpa.org/es/news/asegurando-servicios-multisectoriales-mujeres-migrantes-y-refugiadas-en-la-prevenci%C3%B3n-y/>

<https://rostrosvenezolanos.com/cuantos-venezolanos-peru-2021-ilegales/>

<https://www.bancomundial.org/es/region/lac/brief/la-migracion-venezolana-mas-alla-de-las-fronteras>

<https://www.planinternacional.org.pe/blog/situacion-de-los-venezolanos-en-el-peru>

<https://www.polemos.pe/maltratadas-y-olvidadas-situacion-de-las-mujeres-migrantes-indocumentadas-y-victimas-de-violencia/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI (2019). Condiciones de Vida de la Población Venezolana que reside en Perú. Resultados de la encuesta dirigida a la población venezolana que residen en el país. ENPOVE 2018.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1666/

International Rescue Committee. (2021, octubre). Evaluación de Necesidades. Venezolanos en el Perú. <https://www.r4v.info/sites/default/files/2022-01/ES%20IRC%20Assessment-%20Venezuelans%20in%20Peru%20October%202021%20-%20ES.pdf>

La Russa, N., Salgado, C., Castro, M., Brauckmeyer, G. (2020). Políticas migratorias para la atención de la población migrante y refugiada venezolana. Asociación Civil La Bastilla, & Equilibrium CenDe.

<https://equilibriumcende.com/politicas-migratorias/>

Loayza, J. (2018). Inmigración venezolana y estigmatización laboral en el Perú. Investigaciones sociales, 23(43), 179–192.

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/18492>

MIMP. Estado del Arte del Síndrome de Agotamiento Profesional - Avances sobre su prevención en operadores/as que atienden a personas afectadas por violencia basada en género. Lima, 2017.

<https://repositorio.aurora.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12702/3/EstadoArte.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MIMP & Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. (2019, 3 diciembre). Mujeres extranjeras atendidas en los Centros Emergencia Mujer [Diapositivas]. Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar.

<https://observatoriovioencia.pe/wp-content/uploads/2019/11/Mujeres-Extranjeras-UGIGC-MLLC-Final.pdf>

MIMP. Marco conceptual para la Prevención de la violencia de Género contra las mujeres en el Perú. Lima 2021. <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/mimp-marco-conceptual-violencia-basada-en-genero.pdf>

MIMP. Ficha de valoración del riesgo en mujeres víctimas de violencia de pareja. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/471856/rm_328_2019_mimp_anexo-nuevo.pdf

MIMP. Protocolo de actuación conjunta de los Centros Emergencia Mujer y comisarías o comisarías especializadas en materia de Protección contra la Violencia Familiar de la Policía Nacional del Perú. <https://observatoriovioencia.pe/wp-content/uploads/2018/08/GUIAdS-006-2018-mimp-protocolo-actuacion-conjunta-cem-comisarias.pdf>

MIMP, UNFPA, PNUD, OPS. Protocolo Base de Actuación Conjunta en el ámbito de la atención integral y protección frente a la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. PBAC. Lima, 2019. <https://observatoriovioencia.pe/wp-content/uploads/2021/07/Protocolo-bac-version-amigable.pdf>

MINSA. Directiva Sanitaria Nro. 131/2021/DGIESP para la Atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la Pandemia por la Covid-19. Lima, 2021. <https://observatoriovioencia.pe/wp-content/uploads/2021/04/Directiva-sanitaria-131-MINSA-2021-MINSA-mantiene-tamizaje-de-violencia-basado-en-genero-entre-las-atenciones-de-salud-sexual-y-reproductiva-durante-la-pandemia-por-la-Covid-19.pdf>

MINSA. Tiempos de pandemia 2020 - 2021 / Ministerio de Salud - Lima: Ministerio de Salud; 2021. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5485.pdf>

PAHO. Pan American Health Organization. Rapid Assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic in the Americas, 4 June 2020. Washington, 2020. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52250/PAHONMHNVCVID-19200024_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Pariaguamán, M. A., Vargas, G., Díaz, M. (2020). Personas venezolanas en el Perú. Análisis de la situación antes y durante la crisis sanitaria generada por el COVID-19: Vol. Serie Informes de Adjuntía Informe de Adjuntía N° 002–2020-DP/ADHP. Defensoría del Pueblo & ACNUR. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Informe-de-Adjunt%C3%ADa-N-002-2020-DP-ADHPD-Personas-Venezolanas-en-el-Per%C3%BA.pdf>

Plan Internacional (2021). Niñas venezolanas. Voces de la migración. Estudio en Colombia, Ecuador y Perú. (2021). <https://plan-international.org/es/latin-america/voces-de-la-migracion>

Plan Internacional Deutschland, Plan Internacional Perú, Consorcio de Organizaciones Privadas de Promoción al Desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa, & Fundación Terranueva. (2020).

Plan Internacional. Estudio de georreferenciación y caracterización de la población venezolana en situación de movilidad humana y población receptora en Ecuador y Perú. <https://www.r4v.info/es/document/plan-international-estudio-de-georreferenciacion-y-caracterizacion-de-la-poblacion>

PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo & R4V. Plataforma Regional de Coordinación Inter agencial para dirigir y coordinar la respuesta a los refugiados y migrantes de Venezuela. (2020). Reinventarse sobre la marcha: Mujeres refugiadas y migrantes de Venezuela Un estudio de sus condiciones y accesos a medios de vida en Colombia, Ecuador y Perú.

https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/library/womens_empowerment/reinventarse-sobre-la-marcha--mujeres-migrantes-y-refugiadas-de-.html

R4V. Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes (GTRM). (2021, diciembre). Análisis conjunto de necesidades 2022. Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes.

https://www.r4v.info/sites/default/files/2022-01/2021I12_GTRM_JNA%20Peru%20ESP%20VF.pdf

R4V. Inter-Agency Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela. (2022). RMRP 2022. Regional refugee and migrant response plan (RMRP). <https://www.r4v.info/en/document/rmrp-2022>

R4V. Plataforma de Coordinación Inter agencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. (2021). Encuesta regional de desalojos de las personas refugiadas y migrantes de Venezuela. Análisis de los principales impactos y necesidades. https://www.r4v.info/sites/default/files/2021-06/Encuesta%20regional%20de%20desalojos%20de%20las%20personas%20refugiadas%20y%20migrantes%20de%20Venezuela_0.pdf

UNFPA. Estándares Mínimos para la Prevención y Respuesta a la Violencia de Género en situaciones de Emergencia. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBViE.MS_FINAL_ESP_I2-22_0.pdf

UNFPA. (2021). Mi Cuerpo me pertenece. Reclamar el derecho a la autonomía y a la autodeterminación. Estado de la población mundial 2021.

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021_Report-ES_-_v33I2.pdf

Universidad del Pacífico, Agencia de la ONU para los Refugiados - ACNUR, & Cooperación Española. (2021). Estudio de opinión sobre la población extranjera en el Perú.

<https://www.acnur.org/60b8502f4.pdf>

Véliz Silva, M.V.; Aquino Yarangaño, N.G.; Robles Justiniano, V; Tasayco Huamán, P. Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria del Hospital San Juan de Lurigancho 2021 – ASIS HSJL, Lima, 2021.

<https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/ASIS/asis2021.pdf>

ANEXOS

ANEXO A: ESTADISTICAS DEL CEM Y DEL MINSA

INFORMACION SOBRE CASOS DE VIOLENCIA EN EL PAIS, EN LIMA METROPOLITANA Y EN SJL, EN POBLACION R Y M VENEZOLANA

Cuadro N° 1: Casos atendidos y atenciones realizadas por los servicios de los CEM a nivel nacional, a personas con nacionalidad venezolana, según tipo de violencia

Periodo: Enero a Diciembre 2021

Tipo de violencia	Casos atendidos	Total atenciones	Atenciones realizadas según servicio			
			Admisión	Psicología	Social	Legal
Económica o patrimonial	8	176	2	65	37	72
Psicológica	738	16,426	291	6,016	4,293	5,826
Física	994	22,482	374	7,766	5,791	8,551
Sexual	285	6,593	105	2,354	1,797	2,337
Total	2,025	45,677	772	16,201	11,918	16,786

Fuente: Registro de casos del CEM / SGEC / AURORA / MIMP

Cuadro N° 2: Casos atendidos y atenciones realizadas por los servicios de los CEM de Lima Metropolitana, a personas con nacionalidad venezolana, según tipo de violencia

Periodo: Enero a Diciembre 2021

Tipo de violencia	Casos atendidos	Total atenciones	Atenciones realizadas según servicio			
			Admisión	Psicología	Social	Legal
Económica o patrimonial	0	0	0	0	0	0
Psicológica	359	6,597	154	2,564	1,810	2,069
Física	413	7,852	162	2,886	2,196	2,608
Sexual	146	2,706	61	1,029	719	897
Total	918	17,155	377	6,479	4,725	5,574

Fuente: Registro de casos del CEM / SGEC / AURORA / MIMP

Cuadro N° 3: Casos atendidos y atenciones realizadas por los servicios de los CEM de San Juan de Lurigancho, a personas con nacionalidad venezolana, según tipo de violencia

Periodo: Enero a Diciembre 2021

Tipo de violencia	Casos atendidos	Total atenciones	Atenciones realizadas según servicio			
			Admisión	Psicología	Social	Legal
Económica o patrimonial	0	0	0	0	0	0
Psicológica	27	484	11	201	113	159
Física	35	564	14	239	132	179
Sexual	14	236	6	103	56	71
Total	76	1,284	31	543	301	409

Fuente: Registro de casos del CEM / SGEC / AURORA / MIMP

REPORTE ANUAL DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS - POBLACION MIGRANTE VENEZOLANA 2021-HOSPITAL DE SJL

EMERGENCIAS GINECOLOGICAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	3	2	4	4	4	3	2	3	2	4	4	3	38
HEMORRAGIAS DE LA 1ER MITAD DEL EMBARAZO SIN LAPAROTOMIA	55	69	60	67	64	59	60	66	64	56	61	64	745
HEMORRAGIA DE LA 2DA MITAD DEL EMBARAZO	6	5	5	7	6	8	5	7	8	4	6	6	73
HIPERMESIS GRAVIDICA	5	4	6	3	4	5	4	5	2	6	4	3	51
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL EMBARAZO	4	3	2	5	4	3	2	2	4	5	2	3	39
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y OTRA RELACIONADAS	5	5	5	6	6	4	6	4	6	5	6	3	61
HEMORRAGIAS DE LA 1ERA MITAD DEL EMBARAZO CON LAPAROTOMIA	4	7	5	4	6	5	4	6	3	5	7	5	61
TRASTORNO HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO	3	4	4	5	4	2	3	3	2	3	3	2	38
TRASTORNOS METABÓLICOS DEL EMBARAZO	4	2	2	3	4	3	2	4	2	3	4	3	36
OTRAS ENFERMEDADES DEL EMBARAZO	1	3	3	2	3	2	1	2	2	2	2	2	25
GESTANTE CON ANEMIA	24	19	24	22	20	23	23	25	22	25	21	23	271
TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL. Distócico	5	4	4	6	5	6	3	7	4	5	5	6	60
HEMORRAGIAS INTRAPARTO Y POSTPARTO	2	5	3	2	3	4	2	4	3	3	4	2	37
ATENCION DEL PUERPERIO	90	85	81	87	89	80	84	80	90	86	85	85	1022
ENDOMETRITIS PUERPERAL	1	2	0	2	1	1	2	0	1	1	1	1	13
MASTITIS	2	3	2	3	2	1	1	2	4	0	3	2	25
OTRAS COMPLICACIONES DEL PUERPERIO	4	5	7	3	6	5	5	5	7	4	6	3	60
SHOCK HIPOVOLEMICO	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	6
SHOCK SÉPTICO OBSTÉTRICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SINDROME DE HELLP	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	5
ATENCION DE GESTANTES COMPLICADAS EN UCI (CARDIOPATIA SEVERA, DIABETICA SEVERA, RENAL SEVERA ETC)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECLAMPSIA SEVERA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EXÁMENES DE LABORATORIO COMPLETO	63	64	61	60	63	62	61	63	60	62	62	64	745
ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA	57	63	61	62	59	60	39	50	81	58	70	62	722

ESTADISTICA ANUAL ESNSR - POBLACION MIGRANTE VENEZOLANA - 2021

	DIU		ORAL COMBINADO	INY MDP	INY MENSUAL	IMPLANTE		CONDON MASC.	CONDON FEMENINO	AQVF	AQVM	MELA	ABSTINENCIA	AOE	TOTAL
	COLOCACION DIU	CONTROL DIU				COLOCACION IMPLANTE	REMOCION IMPLANTE								
ENERO	4			5	5	8		1		2		1		1	27
FEBRERO	1	2	1	6	1	12		3		1		1		1	29
MARZO	1			7		9				4		1			22
ABRIL			2	1		3		2		2		1			11
MAYO				4	1	1		3							9
JUNIO				3		1				1					5
JULIO	1			9	5	2		1							18
AGOSTO	1		7	8	2	21		3							42
SEPTIEMBRE	1		2	5	3	18		2							31
OCTUBRE			4	8	1	11		2							26
NOVIEMBRE	2		3	4	2	14									25
DICIEMBRE			6	3	2	6	2	1							20

REPORTE ANUAL DE SSRR - POBLACION MIGRANTE VENEZOLANA 2021

MESES	GRUPO ETAREO	PARTO VAGINAL		CESAREA		TOTAL
		NO COVID	COVID	NO COVID	COVID	
ENERO	(10 - 14)					
	(15 - 19)	2		3		5
	(20 - 24)	13		2		15
	(25 - 34)	7	1	13	1	22
	(>35)			2		2
FEBRERO	(10 - 14)					
	(15 - 19)	4				4
	(20 - 24)	7		11	1	19
	(25 - 34)	8		5		13
	(>35)			1		1
MARZO	(10 - 14)					
	(15 - 19)	4				4
	(20 - 24)	11		4		15
	(25 - 34)	7		2		9
	(>35)	2		4		6
ABRIL	(10 - 14)					
	(15 - 19)	3		1		4
	(20 - 24)	8		7		15
	(25 - 34)	2		8		10
	(>35)	3				3
MAYO	(10 - 14)					
	(15 - 19)	5				5
	(20 - 24)	9		5		14
	(25 - 34)	6		10		16
	(>35)	2		1	1	4
JUNIO	(10 - 14)					
	(15 - 19)			1		1
	(20 - 24)	8		3		11
	(25 - 34)	7		5	1	13
	(>35)			1	1	2
JULIO	(10 - 14)					
	(15 - 19)	2		2		2
	(20 - 24)	3		8		11
	(25 - 34)	6		8		14
	(>35)			1		1
AGOSTO	(10 - 14)					
	(15 - 19)	6		2		8
	(20 - 24)	9		2		11
	(25 - 34)	7	1	12		20
	(>35)			1		1
SEPTIEMBRE	(10 - 14)					
	(15 - 19)	3		2		5
	(20 - 24)	7	1	1		9
	(25 - 34)	2	1	7	1	11
	(>35)	2				2
OCTUBRE	(10 - 14)					
	(15 - 19)			1		1
	(20 - 24)	5		5		10
	(25 - 34)	8	2	3	1	14
	(>35)	2		4		6
NOVIEMBRE	(10 - 14)					
	(15 - 19)	1		3		4
	(20 - 24)	2		3		5
	(25 - 34)	7		10		17
	(>35)			2		2
DICIEMBRE	(10 - 14)					
	(15 - 19)	4		3		7
	(20 - 24)	6	1	7		14
	(25 - 34)	3		5		8
	(>35)	2		5	2	9
TOTAL						405

ANEXO B: ACTORES EN ATENCION DE LA VBG

ACTORES QUE PARTICIPAN EN LA RUTA DE ATENCION A LA VBG
<p>El CEM depende del Programa Nacional Aurora Ministerio de la Mujer y son servicios públicos especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria, para víctimas de violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar, brindan un servicio legal, psicológico, social, promoción a todas víctimas de VBG o violencia sexual, familiar, a nivel de toda la jurisdicción.</p>
<p>CSMC depende del Ministerio de Salud, su función es brindar atención ambulatoria y especializada a todas las personas que presentan un problema de salud mental grave o problemas psicosociales, garantizan la continuidad de los cuidados de las personas a través de atención especializada en el propio domicilio, de acuerdo con las condiciones de vulnerabilidad o físicas que presenten.</p>
<p>MAMIS depende del MINSA, es un módulo de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS) en hospitales de Lima Metropolitana.</p>
<p>Línea 100, pertenece al Ministerio de la Mujer, es un servicio telefónico gratuito de información, orientación, consejería y soporte emocional que presta ayuda si la persona ha sido afectada o involucrada en hechos de violencia familiar o sexual, o si conoce algún caso de maltrato en su entorno.</p>
<p>Programa Nacional Aurora: Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar (AURORA) es una instancia adscrita al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, tiene como finalidad diseñar y ejecutar a nivel nacional acciones y políticas de atención, prevención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población.</p>
<p>Los Jueces pertenecen al Poder Judicial del Ministerio de Justicia y es la persona que resuelve una controversia o que decide el destino de un imputado, tomando en cuenta las evidencias o pruebas presentadas en un juicio, administrando justicia.</p>
<p>El Ministerio Público a través de los Fiscales tiene como funciones principales la defensa de la legalidad, de los derechos ciudadanos y de los intereses públicos; la representación de la sociedad en juicio, para los efectos de defender a la familia, a los menores e incapaces y el interés social, así como para velar por la moral pública; la persecución del delito y la reparación civil. La fiscalía es la entidad que defiende a la víctima también, ellos intervienen cuando presentan la denuncia, de repente es un proceso penal con mayor razón ellos intervienen, son los que denuncian al agresor con la ayuda de los abogados del CEM que son los que presentan la pruebas, los informes, de la parte civil está el abogado del CEM, nosotros nos convertimos en la parte civil de la víctima. La Fiscalía es el defensor de la legalidad en el Perú, el que acusa, denuncia está en todos los procesos.</p>
<p>Comisarías pertenecen al Ministerio del interior y a través del departamento que ve familia atiende casos de VBG.</p>
<p>Hogares de Refugio Temporal (HRT) son lugares de acogida temporal para mujeres y su familia víctimas de alto grado de violencia y pueden ser del Estado, Municipalidad o particulares.</p>

RELACION DE CEM DE SAN JUAN DE LURIGANCHO

N°	DEPENDENCIA	TIPO DE SERVICIO	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	HORARIO	EMAIL	CELULAR
1	CEM SAN JUAN DE LURIGANCHO	CEM REGULAR	FERNANDEZ TELLO, KENEDY JHON	ABOGADO/A	LUNES A VIERNES DE 08:00 AM A 16:15 HRS	kenedyjhonf@gmail.com	992383292
2	CEM ZARATE	CEM REGULAR-CERRADO TEMPORALMENTE	CHERO VERGARAY, STEFANY DEL ROSARIO	PSICOLOGO/A		stefany.choero18@gmail.com	947340825
3	CEM_COMISARIA BAYOVAR	CEM EN COMISARIA	AGUIRRE CUADROS, LISSET HAYDEE	COORDINADOR/A DE CEM	LUNES A VIERNES DE 08:00 AM A 17:00 HRS	lissetaguirrec@gmail.com	939438565
4	CEM_COMISARIA CAJA DE AGUA	CEM EN COMISARIA	PORRAS MARTINEZ, ELISA	COORDINADOR/A DE CEM	LUNES A VIERNES DE 07:00 AM A 16:00 HRS	cemcajadeagua@gmail.com	941914335
5	CEM_COMISARIA CANTO REY-FAMILIA	CEM EN COMISARIA	LLONTOP MENDOZA, LILIANA MAGALY	ABOGADO/A	LUNES A VIERNES DE 07:00 AM A 16:00 HRS	lilianallontopch6@gmail.com	932876567
6	CEM_COMISARIA MARISCAL CACERES-PNP	CEM EN COMISARIA	BEJARANO FLORES, LUIS RICARDO	COORDINADOR/A DE CEM	LUNES A VIERNES DE 08:00 AM A 17:00 HRS	luis.bejarano@aurora.gob.pe	998984488
7	CEM_COMISARIA SANTA ELIZABETH	CEM EN COMISARIA	SANCHEZ HUAYLLAPUMA, SONIA SILVIA	ABOGADO/A	LUNES A DOMINGO: 24 horas	soniasanchezhu@hotmail.com	991538440

ANEXO C: ORGANIZACIONES TRABAJANDO EN SJL

LISTADO DE ACTORES TRABAJANDO EN SAN JUAN DE LURIGANCHO EN TEMAS DE SALUD Y VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

NOMBRE	OBJETIVO	CONTACTO	DIRECCION/MAIL	TELEFONO
VEINEACTIVA	Asociación Civil sin fines de lucro, con el objetivo de: Asistir y empoderar a la migración interna y externa en el Perú con especial énfasis en la comunidad venezolana.	Nancy Arellano, Presidenta Nury Morín; Coordinadora área vulnerabilidad	Jr. Junin 142-Miraflores Instagram: @veneactivaperu https://www.facebook.com/Veneactivaorg/ twitter:veneactivaorg	0800 80212
OCASIVEN	Organización de Colaboradores para la Atención Social, salud sexual Reproductiva y Violencia de Inmigrantes Venezolanos.	Mariela Herrera Ceballos, Presidenta Psic. Daniela Linares	ocasivenoficial@gmail.com Instagram: @OCASIVEN Facebook: www.facebook.com/ocasiven/	936 431890 901 874815 901 003643 Pres. 920 832969 Psic.
CARE	Proyecto Alma Llanera, Empoderamiento económico, SSR, VBG		Av. Javier Prado 444, ofi 2401 B San Isidro – Lima https://www.care.org.pe/nosotros/	Central telefónica: (01) 640-9393
INPPARES	Integra la Mesa de Migrantes		https://inppares.org/ Av. Giuseppe Garibaldi 125-Jesús María	
Flora Tristán	Integra la Mesa de Migrantes		http://www.flora.org.pe/	
ACNUR	Agencia de la ONU para los refugiados		Av Pardo 1540 – Miraflores - 15074 - Lima, Peru Email: perli@unhcr.org	Tel.: +(51 1) 302 1753
Municipalidad de Lima	Hogar de Refugio Temporal de la Municipalidad de Lima	María del Carmen Olivera	mariadelcarmen.olivera@munlima.gob.pe	932 346030
ENCUENTRO, Servicio Jesuita a Migrantes	Brinda asistencia y protección a personas que tienen el status de refugiados, solicitantes de refugio y personas migrantes en situación vulnerable.	César Ruiz	Centro Pastoral San José - (Calle Las Coralinas Mz LL Lote 7 Urb. Las Flores de Lima	981 224821 946 375594 637 3704 9131 94455
Mesa de Concertación por la Población Refugiada y Migrante de Lima Este	Asociación sin fines de lucro, un espacio donde confluyen instituciones públicas, privadas y sociales que articulan		https://www.facebook.com/mesa.migrantes.limaeste/ @mesa.migrantes.limaeste	

CONFORMACIÓN DE MESA DE CONCERTACIÓN POR LA POBLACIÓN REFUGIADA Y MIGRANTE DE LIMA ESTE

NOMBRE	OBJETIVO	CONTACTO	DIRECCION/MAIL	TELEFONO
Acción y Desarrollo	Brinda apoyo psicosocial a los migrantes venezolanos en Lima y les brinda a los migrantes y locales capacitación empresarial y laboral y acceso a crédito para la creación de nuevas empresas.		https://www.facebook.com/accionydesarrollo.org/	950 035 090
ACNUR	Agencia de la ONU para los refugiados		Av Pardo 1540 – Miraflores - 15074 - Lima, Peru Email: perli@unhcr.org	Tel.: +(51 1) 302 1753 Email: perli@unhcr.org
Asociación Kallpa	Proponer alternativas y estrategias creativas e innovadoras, buscando una sociedad con oportunidades para todas		Pasaje Capri 140, La Victoria, Lima 15034, Perú	996 796 994

	las personas. Algunos de sus ejes temáticos: prevención de VBG y DDSSRR.		peru@kallpa.org.pe	
Asociación Mujer y Familia	Trabaja por el empoderamiento de las mujeres desde hace más de 25 años. Ofrecen servicios clínicos y promueven campañas de salud.		Clínica San Juan de Lurigancho, Av. República de Polonia Mz. kl lote 42 Urb. Los Pinos	924495414
CARITAS Chosica	Organización de la Iglesia Católica para promover y liderar programas, proyectos e intervenciones en favor de las poblaciones más pobres y vulnerables de país.	Cecilia Chavez Osorio	cchosica@caritas.org.pe	357 6010 955 772869
Centro de Atención Psicosocial (CAPS)	Asociación civil sin fines de lucro que se constituye con fines humanitarios y científicos para la promoción de la salud mental y los derechos humanos.	Flavio Luis Rivera Beltrán, Trabajador social Erika Jimenez, Trabajadora Social	Jr. Caracas 2380 Jesús María (entre la cuadra 3 y 4 Av. San Felipe) psico@caps.org.pe	936577856 / 961366610 936583433
Centro de Escucha Conferencia Episcopal	Pertenece a la iglesia católica y acogen a las víctimas de violencia	Hermana Noyli Ríos	Calle Estados Unidos 838 segundo piso, Jesús María, Lima	463-1010.
Consorcio de Organizaciones Privadas de Promoción al Desarrollo de la Micro y Pequeña Empresa - COPEME	Asociación civil sin fines de lucro, que reúne organizaciones privadas de promoción al desarrollo de la micro y pequeña empresa. Proyecto IntegrAcción "Protección e integración de personas en situación de movilidad humana procedentes de Venezuela y población receptora de Ecuador y Perú"	Luis Gálvez	León Velarde 333 Lince, Lima Perú copeme@copeme.org.pe copeme.org.pe/Blog proyecto.integracion@copeme.org.pe proyecto.integracion@gmail.com https://www.copeme.org.pe/	472 – 5988 9130 69410 Proyecto IntegraAcción 944 653952
Cruz Roja Peruana	institución humanitaria, auxiliar de los poderes del Estado; integrada por voluntarias y voluntarios en una red de filiales a nivel nacional.		Avenida Arequipa 1285, Lima Perú contacto@cruzroja.org.pe https://www.cruzroja.org.pe/	266-0481
Dirección Regional de Educación de Lima Metropolitana	Es un órgano del estado que garantiza la educación en Lima Metropolitana		Julián Arce, Santa Catalina, La Victoria 15034 orientacion@drelm.gob.pe	5006177 WhatsApp: 944 841 691
ENCUENTROS CAREMI/SJL	Iniciativas comunitarias que forman parte del Proyecto "Promoviendo la protección y búsqueda de soluciones duraderas para las personas refugiadas y migrantes"		Jr. Fulgencio Valdez 780, Breña refugiados1@encuentros-sjs.org https://www.encuentros-sjs.org/	9463 775594 9463 86193 (01)6371520 (01) 6373704 913 194 455 914 729 516 913 194 794 (Clínica Jurídica)
Superintendencia Nacional de Migraciones - Coordinación de Integración Migratoria	Organismo Técnico Especializado adscrito al Ministerio del Interior responsable del control migratorio de ciudadanos nacionales y extranjeros, la emisión de documentos de viaje a ciudadanos nacionales y extranjeros, y el otorgamiento de la nacionalidad peruana.		Av. España 734 Breña, Lima - Perú informes@migraciones.gob.pe	200 1000

ANEXO D: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

INSTRUMENTO I: GUÍA ENTREVISTA PARA FUNCIONARIOS O PRESTADORES DE SERVICIOS DEL SECTOR SALUD

Datos de la persona entrevistada

Cargo	
Lugar/Institución	
Fecha de entrevista	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es: _____, y estamos haciendo este estudio por encargo de la oficina de UNFPA/Perú, con el propósito de conocer cuál es la situación, las oportunidades y desafíos relacionados con los servicios de salud sexual y reproductiva y protección de las mujeres migrantes y refugiadas y de las comunidades de acogida en el contexto covid-19, en este distrito. Los resultados del estudio servirán de insumo para mejorar las competencias de los prestadores y sobre todo crear un vínculo intersectorial que permita ofrecer servicios de SSR de acuerdo con las necesidades de la población en R y M de SJL.

En este marco, hemos identificado informantes clave e importantes, entre los cuales se encuentra usted. La entrevista abordará temas relacionados con las actividades que realiza en el campo de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, su participación es **absolutamente voluntaria**, no hay sanción ni prejuicio alguno si decide no participar.

Quiero que sepa que **sus respuestas, opiniones e ideas son muy importantes para este estudio**. La entrevista nos debe tomar como máximo una hora, agradecemos anticipadamente su tiempo.

Asimismo, queremos solicitarle permiso para grabar la entrevista, debido a que queremos prestar la mayor atención a lo que se está diciendo y no distraernos ni gastar tiempo tomando notas. Durante la entrevista, usted tiene el derecho de negarse a responder cualquier pregunta o dejar de participar en la entrevista o solicitar parar la grabación en cualquier momento. Toda la información que usted proporcione al estudio se guardará en **estricta confidencialidad**. Su nombre no será utilizado en ningún reporte o publicación que resulte de este estudio, será protegido asignándole un seudónimo

El equipo del estudio mantendrá todas sus respuestas e información personal en un lugar seguro y no compartirá esta información con nadie que no participe en el estudio. Sus respuestas no se compartirán con colegas, su supervisor ni nadie más. Su información personal, incluido su nombre, no se incluirá en el informe final ni en ninguna presentación de hallazgos. Cualquier riesgo de violar su privacidad o confidencialidad se ha reducido significativamente gracias a las estrictas reglas y principios éticos que los miembros del equipo han acordado observar. Mantendremos todos los archivos protegidos y todas las grabaciones serán destruidas al final del estudio.

Es posible que no reciba beneficios directos por participar en este estudio, pero también es probable que su participación ayude a informar sobre aquellos temas necesarios para mejorar los servicios de SSR y los VBG

Permítame hacer una pausa por unos momentos para contestar cualquier duda o pregunta que tenga.

¿Tiene usted algún comentario o pregunta?

¿Acepta usted participar en este estudio y que sus respuestas sean grabadas? Le voy a pedir que me permita grabar que acepta voluntariamente participar como informante en este estudio diciendo: **“estoy enterado de los objetivos de la entrevista y acepto voluntariamente participar y que mi información sea grabada”**

Introducción

Le informo que la entrevista se enfocará en la atención que se brinda a la **población venezolana R y M**, para lo cual abordaremos tres temas centrales; el primer tema se refiere a los servicios de SSR, nos estamos refiriendo a la salud materna, la anticoncepción, los problemas con ITS y el VIH/SIDA, así como, al de atención de la salud mental (por ejemplo, en la atención de los casos de VBG). En el segundo tema le pediré que identifique cuáles son las brechas que encuentra en la capacidad de respuesta de los servicios de SSR y las necesidades de mejora de competencias del prestador de servicios y en tercer lugar hablaremos sobre el cumplimiento de las rutas o procesos de atención para finalizar con sus sugerencias para una mejor articulación y/o alianzas que permitan atender las demandas de este importante grupo poblacional en el distrito.

I. Servicios de Salud sexual y reproductiva

¿Por favor, podría contarnos cuales son los principales servicios de SSR por los que acuden las personas venezolanas a la consulta?

¿Nos puede contar con mayor precisión cómo se da la atención y cuáles son las condiciones en la que se brinda? (gratuidad,

¿En estos servicios se hace el tamizaje para detectar la VBG? En el caso de ser así ¿nos puede describir como se ofrecen estos servicios? ¿hay referencia al servicio de salud mental? ¿Qué tipo de soporte ofrece el servicio de salud mental? ¿existe algún seguimiento? (referencia hacia un CEM, si es necesario)

II. Brechas en capacidad de respuesta y necesidades de mejora de competencias

¿Cree usted que los servicios están bien implementados para ofrecer servicios de la mejor calidad a los hombres y mujeres /adolescentes y jóvenes) R y M que acuden a los de SSR y a los de salud mental?

¿Qué considera usted que son las necesidades en cuanto a capacitación por ejemplo? ¿en personal? ¿en insumos? ¿en materiales de comunicación? ¿en tiempo de atención? (indagar)

III. Procesos de atención y sugerencia de articulaciones y/o alianzas que permitan atender mejor la demanda de población R y M

Si se detectan casos de VBG en mujeres R y M ¿cómo se procede?

¿Piensa usted que las mujeres y hombres en R y M están enterados de la oferta de servicios que brinda el Ministerio de Salud? ¿Cómo cree usted que se pueda mejorar este conocimiento e incrementar las atenciones en este grupo de población? ¿Qué medios utilizaría? ¿Cuáles cree que son los que este grupo de población utilizaría?

Si usted tuviera la posibilidad de mejorar todos los procesos (protocolos de atención) ¿qué sugeriría? ¿cómo lo haría? ¿Quiénes tendrían que intervenir?

¿Qué otras sugerencias tienen para ofrecer una mejor atención a las personas que acuden al servicio de SSR y especialmente a las de R y M?

Agradecimiento final

INSTRUMENTO II: GUÍA ENTREVISTA PARA FUNCIONARIOS O PRESTADORES DE SERVICIOS DE LOS CENTROS DE EMERGENCIA MUJER

Datos de la persona entrevistada

Cargo	
Lugar/Institución	
Fecha de entrevista	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es: _____, y estamos haciendo este estudio por encargo de la oficina de UNFPA/Perú, con el propósito de conocer cuál es la situación, las oportunidades y desafíos relacionados con los servicios de salud sexual y reproductiva y protección de las mujeres migrantes y refugiadas y de las comunidades de acogida en el contexto covid-19, en este distrito. Los resultados del estudio servirán de insumo para mejorar las competencias de los prestadores y sobre todo crear un vínculo intersectorial que permita ofrecer servicios de SSR de acuerdo con las necesidades de la población en R y M de SJL.

En este marco, hemos identificado informantes clave e importantes, entre los cuales se encuentra usted. La entrevista abordará temas relacionados con las actividades que realiza en el campo de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, su participación es **absolutamente voluntaria**, no hay sanción ni prejuicio alguno si decide no participar.

Quiero que sepa que **sus respuestas, opiniones e ideas son muy importantes para este estudio**. La entrevista nos debe tomar como máximo una hora, agradecemos anticipadamente su tiempo.

Asimismo, queremos solicitarle permiso para grabar la entrevista, debido a que queremos prestar la mayor atención a lo que se está diciendo y no distraernos ni gastar tiempo tomando notas. Durante la entrevista, usted tiene el derecho de negarse a responder cualquier pregunta o dejar de participar en la entrevista o solicitar parar la grabación en cualquier momento. Toda la información que usted proporcione al estudio se guardará en **estricta confidencialidad**. Su nombre no será utilizado en ningún reporte o publicación que resulte de este estudio, será protegido asignándole un seudónimo.

El equipo del estudio mantendrá todas sus respuestas e información personal en un lugar seguro y no compartirá esta información con nadie que no participe en el estudio. Sus respuestas no se compartirán con colegas, su supervisor ni nadie más. Su información personal, incluido su nombre, no se incluirá en el informe final ni en ninguna presentación de hallazgos. Cualquier riesgo de violar su privacidad o confidencialidad se ha reducido significativamente gracias a las estrictas reglas y principios éticos que los miembros del equipo han acordado observar. Mantendremos todos los archivos protegidos y todas las grabaciones serán destruidas al final del estudio.

Es posible que no reciba beneficios directos por participar en este estudio, pero también es probable que su participación ayude a informar sobre aquellos temas necesarios para mejorar los servicios de SSR y los VBG.

Permítame hacer una pausa por unos momentos para contestar cualquier duda o pregunta que tenga.

¿Tiene usted algún comentario o pregunta?

¿Acepta usted participar en este estudio y que sus respuestas sean grabadas? Le voy a pedir que me permita grabar que acepta voluntariamente participar como informante en este estudio diciendo:

“estoy enterado de los objetivos de la entrevista y acepto voluntariamente participar y que mi información sea grabada”

Introducción

Le informo que la entrevista se enfocará en la atención que se brinda a la población venezolana R y M, para lo cual abordaremos los siguientes temas; el primer tema se refiere a los servicios de prevención y atención que son el objetivo de los CEM. En el segundo tema le pediré que identifique cuáles son las brechas que encuentra en la capacidad de respuesta de los servicios que ofertan y las necesidades de mejora de competencias del prestador de servicios y en tercer lugar hablaremos sobre el cumplimiento de las rutas o procesos de atención, para finalizar con sus sugerencias para una mejor articulación y/o alianzas que permitan atender las demandas del servicio de los CEM por parte de este importante grupo poblacional en el distrito.

I. Servicios de prevención y atención de la VBG a la población R y M

¿Por favor, podría contarnos cuales son los principales servicios que ofrece el CEM, por los que acuden las personas venezolanas R y M? ¿Puede referirnos cuál es el motivo más importante por el que acuden al CEM? Quiero decir ¿qué tipo de violencia es el que se atiende con más frecuencia?

¿Nos puede compartir con mayor precisión cuál es el proceso de cómo se da la atención y cuáles son las condiciones en la que se brinda? (contención emocional, evaluación psicológica, apoyo legal, defensa judicial) ¿se realiza algún tipo de seguimiento de los casos que atienden a las mujeres y hombres R y M?

¿Los CEM han formulado algún tipo de estrategia para la atención de personas R y M? Si es así, ¿puede comentarnos cómo es esta estrategia? (Si la respuesta es no, indagar sobre si hay algún trato diferenciado y cómo es)

¿Hay referencias de los servicios de salud hacia los CEM? ¿de qué servicio (de SSR, de salud mental) y cómo se da?

II. Brechas en capacidad de respuesta y necesidades de mejora de competencias

¿Cree usted que necesitan mejorar en algún aspecto sus servicios, por ejemplo, en las competencias de sus recursos humanos (capacitaciones, acciones de autocuidado del personal), en cantidad de personal, en ambientes, en equipamiento?

¿Si es en competencias, qué tipo de éstas se necesitaría fortalecer? ¿por qué?

¿Cómo se articulan los servicios del CEM con los de salud y/o con otros servicios, de ONGs, de asociaciones u organizaciones que haya en el distrito? (Indagar)

En relación de las actividades de prevención, ¿a través de qué medios se realizan? ¿cómo llegan a la población de interés, es decir a la que se encuentra en condiciones de R y M? ¿Cuál es el resultado de estas actividades? (Indagar)

¿Cuál sería su sugerencia si se quisiera mejorar la comunicación y el conocimiento de los servicios de los CEM en la población en R y M? ¿cómo se haría? (Indagar)

III. Procesos de atención y sugerencia de articulaciones y/o alianzas que permitan atender mejor la demanda de población R y M

¿Cuál es el rol de los juzgados (poder Judicial)? ¿cómo articulan con ellos? (Indagar)

¿Cuál es el rol de las comisarías? ¿se agilizan los procesos? (Indagar)

¿Los CEM trabajan articuladamente con los centros de salud? Si es así, ¿de que forma se hace? De acuerdo con su opinión ¿estas coordinaciones que tipo de resultado ofrecen, mejor, peor, ningún resultado?

¿Cree usted que es necesario hacer alianzas o implementar alguna otra estrategia con otros servicios, organizaciones, asociaciones, para mejorar los servicios a la población R y M? ¿Por qué? ¿Con quienes? ¿Qué sugerencia nos podría ofrecer para fortalecer las alianzas que ya existen?

Agradecimiento final.

INSTRUMENTO III: GUÍA ENTREVISTA PARA REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES DE SOCIEDAD CIVIL

Datos de la persona entrevistada

Cargo	
Lugar/Institución	
Fecha de entrevista	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es: _____, y estamos haciendo este estudio por encargo de la oficina de UNFPA/Perú, con el propósito de conocer cuál es la situación, las oportunidades y desafíos relacionados con los servicios de salud sexual y reproductiva y protección de las mujeres migrantes y refugiadas y de las comunidades de acogida en el contexto covid-19, en este distrito. Los resultados del estudio servirán de insumo para mejorar las competencias de los prestadores y sobre todo crear un vínculo intersectorial que permita ofrecer servicios de SSR de acuerdo con las necesidades de la población en R y M de SJL.

En este marco, hemos identificado informantes clave e importantes, entre los cuales se encuentra usted. La entrevista abordará temas relacionados con las actividades que realiza en el campo de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, su participación es **absolutamente voluntaria**, no hay sanción ni prejuicio alguno si decide no participar.

Quiero que sepa que **sus respuestas, opiniones e ideas son muy importantes para este estudio**. La entrevista nos debe tomar como máximo una hora, agradecemos anticipadamente su tiempo.

Asimismo, queremos solicitarle permiso para grabar la entrevista, debido a que queremos prestar la mayor atención a lo que se está diciendo y no distraernos ni gastar tiempo tomando notas. Durante la entrevista, usted tiene el derecho de negarse a responder cualquier pregunta o dejar de participar en la entrevista o solicitar parar la grabación en cualquier momento. Toda la información que usted proporcione al estudio se guardará en **estricta confidencialidad**. Su nombre no será utilizado en ningún reporte o publicación que resulte de este estudio, será protegido asignándole un seudónimo.

El equipo del estudio mantendrá todas sus respuestas e información personal en un lugar seguro y no compartirá esta información con nadie que no participe en el estudio. Sus respuestas no se compartirán con colegas, su supervisor ni nadie más. Su información personal, incluido su nombre, no se incluirá en el informe final ni en ninguna presentación de hallazgos. Cualquier riesgo de violar su privacidad o confidencialidad se ha reducido significativamente gracias a las estrictas reglas y principios éticos que los miembros del equipo han acordado observar. Mantendremos todos los archivos protegidos y todas las grabaciones serán destruidas al final del estudio.

Es posible que no reciba beneficios directos por participar en este estudio, pero también es probable que su participación ayude a informar sobre aquellos temas necesarios para mejorar los servicios de SSR y los VBG.

Permítame hacer una pausa por unos momentos para contestar cualquier duda o pregunta que tenga.

¿Tiene usted algún comentario o pregunta?

¿Acepta usted participar en este estudio y que sus respuestas sean grabadas? Le voy a pedir que me permita grabar que acepta voluntariamente participar como informante en este estudio diciendo:

“estoy enterado de los objetivos de la entrevista y acepto voluntariamente participar y que mi información sea grabada”

Introducción

Le informo que la entrevista se enfocará en la atención que se brinda a la población venezolana R y M, para lo cual abordaremos tres temas centrales; el primer tema se refiere a los servicios de SSR, nos estamos refiriendo a la salud materna, la anticoncepción, los problemas con ITS y el VIH/SIDA y de la atención a la salud mental, asimismo, a los servicios que brinda el Estado para atender y prevenir la VBG. En el segundo tema le pediré que identifique cuáles son las brechas que encuentra en la capacidad de respuesta de los servicios de SSR y de los de la VBG, las necesidades de mejora de competencias de los prestadores de servicios y en tercer lugar hablaremos sobre el cumplimiento de las rutas o procesos de atención y finalizaremos recogiendo sus sugerencias para una mejor articulación y/o alianzas que permitan atender las demandas de este importante grupo poblacional en el distrito.

I. Servicios de prevención y atención de la SSR y de la VBG a la población R y M

¿Puede contarnos cuál es el rol que tiene su organización aquí en SJL, en los temas de SSR y VBG? (Indagar: es proveedor de servicios, tipo de apoyo que presta, zonas de influencia)

¿Nos puede dar su opinión sobre la población venezolana en R y M y su relación con los temas de SSR y de VBG? (Indagar: importancia, oferta y demanda de servicios, conocimiento, etc)

¿En su opinión cómo están funcionando los servicios de SSR y de atención y prevención de la VBG del Estado?
¿Por qué? (Indagar)

¿Cuál es la ruta de atención de estos servicios? ¿Hay articulación entre ellos? (Indagar)
¿Hay demanda de la población en R y M por estos servicios? ¿Acuden a éstos? (Indagar)

II. Brechas en capacidad de respuesta y necesidades de mejora de competencias

¿Cuáles cree usted que son las necesidades que tienen los servicios de SSR y VBG del Estado? ¿Qué vacíos identifica usted?

¿Cree usted que hay que fortalecer competencias de los prestadores? ¿en qué temas?
En relación con otros actores y/u operadores que intervienen en las atenciones de la VBG (Comisarías, juzgados) ¿Qué opinión tiene de sus roles? ¿identifica necesidades? (Indagar)

III. Procesos de atención y sugerencia de articulaciones y/o alianzas que permitan atender mejor la demanda de población R y M

¿Cómo considera la ruta de atención de servicios de SSR y de la VBG? ¿Por qué? (Indagar)
¿Cuál sería su sugerencia para mejorar esta ruta?

¿Existen alianzas para trabajar estos temas en el distrito? ¿Pertenece su asociación a alguna de estas alianzas?
¿cómo trabajan?
¿Cree que es necesario establecer otras alianzas? ¿de qué tipo? ¿por qué?

¿Cree usted que la población venezolana en R y M conoce los servicios de SSR y de VBG que existen en el distrito?

¿Qué estrategias utilizaría para que se incremente el conocimiento y el uso si fuera necesario, por parte de este grupo en condiciones de vulnerabilidad?

Agradecimiento final

INSTRUMENTO V: GUÍA ENTREVISTA PARA OPERADORES DE JUSTICIA Y DE COMISARIAS INTEGRADAS A CEM

Datos de la persona entrevistada

Cargo	
Lugar/Institución	
Fecha de entrevista	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es: _____, y estamos haciendo este estudio por encargo de la oficina de UNFPA/Perú, con el propósito de conocer cuál es la situación, las oportunidades y desafíos relacionados con los servicios de salud sexual y reproductiva y protección de las mujeres migrantes y refugiadas y de las comunidades de acogida en el contexto covid-19, en este distrito. Los resultados del estudio servirán de insumo para mejorar las competencias de los prestadores y sobre todo crear un vínculo intersectorial que permita ofrecer servicios de SSR de acuerdo con las necesidades de la población en R y M de SJL.

En este marco, hemos identificado informantes clave e importantes, entre los cuales se encuentra usted. La entrevista abordará temas relacionados con las actividades que realiza en el campo de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, su participación es **absolutamente voluntaria**, no hay sanción ni prejuicio alguno si decide no participar.

Quiero que sepa que **sus respuestas, opiniones e ideas son muy importantes para este estudio**. La entrevista nos debe tomar como máximo una hora, agradecemos anticipadamente su tiempo.

Asimismo, queremos solicitarle permiso para grabar la entrevista, debido a que queremos prestar la mayor atención a lo que se está diciendo y no distraernos ni gastar tiempo tomando notas. Durante la entrevista, usted tiene el derecho de negarse a responder cualquier pregunta o dejar de participar en la entrevista o solicitar parar la grabación en cualquier momento. Toda la información que usted proporcione al estudio se guardará en **estricta confidencialidad**. Su nombre no será utilizado en ningún reporte o publicación que resulte de este estudio, será protegido asignándole un seudónimo.

El equipo del estudio mantendrá todas sus respuestas e información personal en un lugar seguro y no compartirá esta información con nadie que no participe en el estudio. Sus respuestas no se compartirán con colegas, su supervisor ni nadie más. Su información personal, incluido su nombre, no se incluirá en el informe final ni en ninguna presentación de hallazgos. Cualquier riesgo de violar su privacidad o confidencialidad se ha reducido significativamente gracias a las estrictas reglas y principios éticos que los miembros del equipo han acordado observar. Mantendremos todos los archivos protegidos y todas las grabaciones serán destruidas al final del estudio.

Es posible que no reciba beneficios directos por participar en este estudio, pero también es probable que su participación ayude a informar sobre aquellos temas necesarios para mejorar los servicios de SSR y los VBG.

Permítame hacer una pausa por unos momentos para contestar cualquier duda o pregunta que tenga.

¿Tiene usted algún comentario o pregunta?

¿Acepta usted participar en este estudio y que sus respuestas sean grabadas? Le voy a pedir que me permita grabar que acepta voluntariamente participar como informante en este estudio diciendo:

“estoy enterado de los objetivos de la entrevista y acepto voluntariamente participar y que mi información sea grabada”

Introducción

Le informo que la entrevista se enfocará en la atención que se brinda a la población venezolana R y M para la atención y prevención de la VBG, para lo cual abordaremos los siguientes temas; el primero se refiere a los servicios de prevención y atención que brinda el Estado a través de los CEM. Para el segundo tema le pediré que identifique cuáles son las brechas que encuentra en la capacidad de respuesta de los servicios que ofertan y las necesidades de mejora de competencias del prestador de servicios y en tercer lugar hablaremos sobre el cumplimiento de las rutas o procesos de atención, finalizando con sus sugerencias para una mejor articulación y/o alianzas que permitan atender a la demanda de la población R y M en la atención de casos de VBG.

I. Servicios de prevención y atención de la VBG a la población R y M

¿Cuál es el rol que cumple la comisaría y los juzgados en la prevención y atención de la VBG?

¿Cómo describiría usted el problema que significa la VBG aquí en el distrito de SJL y especialmente en las personas R y M que residen acá? (Indagar) ¿Hay algún tipo de seguimiento de casos por parte de la Comisaría o del Juzgado? (Indagar)

¿Desde las comisarías y/o desde los juzgados se han formulado algún tipo de estrategia diferenciada para la atención de personas R y M? Si es así, ¿puede comentarnos cómo es esta estrategia? (Si la respuesta es no, indagar sobre si hay algún trato diferenciado y cómo es)

¿Cuál cree que es la opinión de la población afectada o no por la VBG, sobre los servicios que se prestan en los CEM, Comisarías y en los Juzgados? ¿Por qué?

(SOLO PARA FUNCIONARIOS DE MUNICIPALIDAD)

¿Cuál es la opinión del Concejo Municipal sobre la población T y M? ¿Ha tomado alguna medida? ¿Ha desarrollado alguna estrategia de inclusión para esta población? (Indagar)

¿El Concejo participa en algún grupo intersectorial de trabajo para la atención de población R y M? (Indagar)

II. Brechas en capacidad de respuesta y necesidades de mejora de competencias

¿Cree usted que necesitan mejorar en algún aspecto las atenciones que presta la comisaría y/o los juzgados?, por ejemplo, ¿en las competencias de sus recursos humanos, en cantidad de personal, en ambientes?

¿Si es en competencias, qué tipo de éstas se necesitaría fortalecer? ¿por qué?

¿Cómo se articulan los servicios de los CEM con los que tiene que brindar la comisaría y/o el juzgado? Por favor, ¿podría explicar cómo se da la ruta de atención?

¿Cuál sería su sugerencia si se quisiera mejorar la comunicación y el conocimiento de los servicios de prevención y atención de VBG en la población en R y M? ¿cómo se haría? (Indagar)

III. Procesos de atención y sugerencia de articulaciones y/o alianzas que permitan atender mejor la demanda de población R y M

¿Cree usted que es necesario hacer alianzas o implementar alguna otra estrategia con otros servicios, organizaciones, asociaciones, para mejorar los servicios a la población R y M? ¿Por qué? ¿Con quienes?

¿Qué sugerencia nos podría ofrecer para fortalecer las alianzas que ya existen?

Cierre y agradecimiento final.

INSTRUMENTO VI: GUÍA ENTREVISTA PARA ENTREVISTAS GRUPALES A MUJERES EN R Y M DE LA POBLACIÓN VENEZOLANA

Datos del grupo

Nombres de integrantes del grupo	NOMBRE	HIJOS/AS		EDAD	
		SI	NO		
Lugar de entrevista grupal					
Fecha de entrevista grupal				Hora de entrevista:	

CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPAL

Mi nombre es: _____, y estamos haciendo este estudio por encargo de la oficina de UNFPA/Perú, con el propósito de conocer, según sus opiniones, cuál es la situación y las oportunidades que ustedes consideran relacionados con los servicios de salud sexual y reproductiva y protección de las mujeres migrantes y refugiadas y de las comunidades de acogida en el contexto covid-19, en este distrito. Los resultados del estudio servirán para mejorar los temas que no están funcionando adecuadamente y que contribuyan a ofrecerles servicios de SSR de acuerdo con las necesidades de la población en R y M de SJL.

A partir de algunas organizaciones a la que muchas de ustedes acuden, hemos podido convocarlas, y les agradecemos el tiempo que nos están brindando. Esta es una entrevista en grupo, y abordará temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y con la violencia contra las mujeres y la familia. Queremos reiterarles, sin embargo, que su participación es **absolutamente voluntaria**, no hay sanción ni prejuicio alguno si deciden no participar.

También queremos que estén enteradas que **sus respuestas, opiniones e ideas son muy importantes para este estudio**. La entrevista nos debe tomar más o menos una hora, y, una vez más, agradecemos anticipadamente su tiempo.

Asimismo, queremos solicitarles permiso para grabar la entrevista, debido a que queremos prestar la mayor atención a lo que se está diciendo y no distraernos ni gastar tiempo tomando notas. Durante la entrevista, ustedes tienen el derecho a negarse a responder cualquier pregunta o dejar de participar en la entrevista o solicitar parar la grabación en cualquier momento. Toda la información que proporcionen al estudio se guardará en **estricta confidencialidad**. Su nombre no será utilizado en ningún reporte o publicación que resulte de este estudio, será protegido asignándole una clave

El equipo del estudio mantendrá todas sus respuestas e información personal en un lugar seguro y no compartirá esta información con nadie que no participe en el estudio. Sus respuestas no se compartirán con colegas, su supervisor ni nadie más. Su información personal, incluido su nombre, no se incluirá en el informe final ni en ninguna presentación de hallazgos. Cualquier riesgo de violar su privacidad o confidencialidad se ha reducido significativamente gracias a las estrictas reglas y principios

éticos que los miembros del equipo han acordado observar. Mantendremos todos los archivos protegidos y todas las grabaciones serán destruidas al final del estudio.

El tiempo que nos están ofreciendo será reconocido entregándoles al final de la entrevista veinte soles (S/20), y será el único beneficio económico directo por participar en este estudio, pero también es probable que, como se lo hemos dicho al inicio, la participación de ustedes ayude a informar sobre aquellos temas necesarios para mejorar los servicios de SSR y los VBG

Permítanme hacer una pausa por unos momentos para contestar cualquier duda o pregunta que tengan.

¿Tienen algún comentario o pregunta?

¿Aceptan usted participar en este estudio y que sus respuestas sean grabadas? Le voy a pedir a cada una que me permita grabar su aceptación voluntaria y participar en este estudio diciendo: **“estoy enterada de los objetivos de la entrevista y acepto voluntariamente participar y que mi información sea grabada”**

Introducción

En esta reunión vamos a conversar sobre, como les he comentado, de dos temas importantes, especialmente para nosotras las mujeres, la salud sexual y reproductiva y la violencia contra las mujeres, grandes y pequeñas, las mujeres en general. En primer lugar, nos gustaría conocer su opinión sobre estos temas, en segundo lugar, nos gustaría saber si ustedes conocen, han ido o saben de personas que han ido a los servicios que ofrece el Estado peruano para atender la SSR y la violencia contra la mujer, y en tercer lugar saber cuales son sus preferencias para que estos servicios puedan ser mejor conocidos en este distrito de SJL. Entonces empecemos con el primer tema:

I. Servicios de atención en SSR y de atención y prevención en VBG a la población R y M

¿Conocen casos de violencia contra las mujeres, que sucedan aquí en el distrito de SJL? ¿Nos pueden contar cómo se dan, porqué se dan? ¿es contra las mujeres mayores, las más jóvenes, los más pequeños?

¿En la comunidad de venezolanos también sucede? ¿con que frecuencia?

Cuando esto pasa ¿Qué es lo que hacen? ¿adónde van? ¿Qué servicios conocen o han escuchado hablar? ¿la atención es también para las personas en R y M? ¿cómo es esta atención? ¿Acuden también al servicio de salud, a qué servicio? (Indagar)

¿Cuándo hay problemas con la salud reproductiva y sexual, por ejemplo, si hay embarazos, si necesitan anticonceptivos, (AOE por ejemplo), si tienen algún problema de infecciones de transmisión sexual? ¿si hay algún caso de VIH? ¿Van al servicio de salud? ¿a cuáles? (Indagar)

Si han ido (o si no han ido, conocen de personas que hayan ido) a cualquier servicio de salud, cuéntenos ¿cómo ha sido la experiencia? ¿recibieron todo lo que necesitaban? (Por ejemplo, anticonceptivos gratuitos)

Si ustedes pudieran mejorar estos servicios, ¿qué sugerirían? (Indague para cada uno de los servicios: SSR y VBG)

II. Difusión de Servicios de prevención y atención en VBG a la población R y M

Aparentemente los servicios que ofrece el Estado no son conocidos totalmente por la población R y M, y por lo tanto no saben dónde acudir y que es lo que deben esperar de los servicios, sean de SSR o cuando hay casos

de violencia contra las mujeres. ¿Cómo creen ustedes que es la mejor forma de dar a conocer la importancia de este tipo de servicios, los de SSR y los de violencia contra las mujeres?

¿Por qué creen ustedes que hay pocas personas que acuden a los servicios de SSR o no se acercan a los de atención a la violencia?

¿Qué creen que la gente NO sabe y que debería saber?

¿Cómo sugieren informar sobre el riesgo en que pueden estar las mujeres de ser víctimas de violencia?

¿Cómo harían que la población se acercara más a los servicios de SSR?

¿Qué creen que es necesario para que los mensajes informativos sean escuchados y/o vistos?

¿Por qué medios: por redes sociales, mensajes en youtube, ¿hacerlo por intermedio de una persona muy conocida y de influencia (influencers) en el medio frecuentado por el grupo de R y M? ¿cómo quién, quienes? (Indagar)

¿Hay algún medio de comunicación masiva: canal de TV, radio, ¿revistas, que sean más conocidos, vistos o leídos por la población R y M?

¿Qué mensajes creen ustedes que serían los más efectivos, los que la gente escucharía? ¿Por qué?

Cierre y agradecimiento final.