

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



**FORTALECIENDO LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE VIOLENCIA EN
CENTROS DE SALUD
“RED DE SALUD COREA”**

Proyecto de grado presentado para la obtención del Grado de Licenciatura

POR: JHONN MICHAEL ALEMAN SIRPA
TUTORA: LIC. MARTHA RICO DE PANTOJA

LA PAZ – BOLIVIA

2023

DEDICATORIA

El presente documento de Proyecto de Grado, lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo y privilegio ser su hijo, son los mejores.

A mis hermanos (as) por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

AGRADECIMIENTO

A Dios por bendecirme con la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A mi madre: Felicidad Betzabe y mi padre: Hugo Esteban por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me siguen inculcando.

Agradecer a mis docentes de la Carrera de Trabajo Social por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de la profesión; de manera especial, a la Licenciada Martha Rico de Pantoja, tutora de mi proyecto de grado, quien me ha guiado con su paciencia, y su rectitud dando valioso aporte para mi investigación desde un inicio.

RESUMEN

El presente Proyecto de Grado busca fortalecer la atención y detección de casos de violencia que se presentan en Centros de Salud de la Red Coreana de la Ciudad de El Alto a través de acciones que mejoren la capacitación de los servidores públicos que trabajan en el Área de Salud con la finalidad de responder a la violencia hacia la mujer.

A partir del mandato público de la Ley 348 “Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida libre de Violencia” en su artículo 20 (Medidas en el Ámbito de salud) se denota como deben responder los establecimientos de Salud de los distintos niveles ante la problemática de violencia, por ende se indagó con el personal de salud que directamente entra en contacto con el/la paciente que ha padecido de la violencia. Los resultados y datos obtenidos fueron de mucha importancia mismos que dieron lugar a proponer un proyecto enfocado en la capacitación al personal de salud a través del método constructivista promoviendo el desarrollo de competencias y conocimientos necesarios para enfrentar la problemática, desde una mirada integral que permite a Trabajo Social intervenir desde la gerencia y gestión institucional.

SUMMARY

This Degree Project seeks to strengthen the attention and detection of cases of violence that occur in Health Centers of the Korean Network of the City of El Alto through actions that improve the training of public servants who work in the Area of Health in order to respond to violence against women.

Based on the public mandate of Law 348 “Comprehensive Law to Guarantee Women a Life Free of Violence” in its article 20 (Measures in the Health Field) it is denoted how Health establishments at different levels must respond to the problem of violence, therefore it was investigated with the health personnel who directly come into contact with the patient who has suffered from violence. The results and data obtained were of great importance and led to proposing a project focused on training health personnel through the constructivist method, promoting the development of skills and knowledge necessary to face the problem, from a comprehensive perspective that allows Social Work intervene from management and institutional management.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	
MARCO METODOLÓGICO DEL DIAGNÓSTICO	3
1.1. Justificación.....	3
1.2. Planteamiento del problema	7
1.2.1. Formulación del problema.....	9
1.3. Objetivos.....	9
1.3.1. Objetivo general	9
1.3.2. Objetivos específicos.....	9
1.4. Metodología.....	9
1.4.1. Método.....	9
1.4.2. Tipo de investigación	10
1.4.3. Unidad de análisis	10
1.4.4. Universo y muestra.....	10
1.4.5. Técnicas e instrumentos	11
CAPITULO II	
MARCO CONTEXTUAL	12
CAPITULO III	
MARCO CONCEPTUAL.....	18
3.1. Violencia.....	18
3.1.1. Violencia familiar.....	19
3.1.2. Violencia en razón de género	22
3.2. Familia.....	23
3.3. Enfoque de género	24
CAPITULO IV	
MARCO NORMATIVO	26
4.1. Ley N° 348	26
4.2. Ley N° 548.....	28

CAPITULO V

MARCO INSTITUCIONAL.....	30
5.1. SEDES La Paz.....	30
5.1.1. Misión.....	30
5.1.2. Visión	30
5.1.3. Principios.....	31
5.1.4. Organigrama.....	32
5.1.5. Funciones.....	34
5.2. Red de Salud Corea	36
5.2.1. Misión.....	36
5.2.2. Visión	36
5.2.3. Organigrama.....	37

CAPITULO VI

DIAGNÓSTICO.....	38
6.1. Mecanismos para la detección y atención de casos de violencia contra las mujeres	38
6.1.1. Atención de casos de violencia en el personal de salud.....	38
6.1.2. Detección de casos de violencia.....	46
6.2. Capacitación, información y sensibilización de promoción, prevención e intervención integral a pacientes que sufren violencia.....	47
6.2.1. Recurrencia de la capacitación al personal.....	50
6.3. Acciones de Trabajo Social en la Coordinación de Red	52
6.3.1. Trabajo Social en el proceso de atención y capacitación en el marco de la Ley N° 348	53
6.4. Identificación del problema.....	54
6.4.1. Matriz de Vester	55
6.4.2. Descripción del Problema	55
6.4.3. Explicación del problema.....	56
6.5. Síntesis diagnóstica	57

CAPITULO VII

PROYECTO SOCIAL	59
-----------------------	----

7.1.	Especificaciones del proyecto	59	
7.1.1.	Denominación del Proyecto	59	
7.1.2.	Fundamentación del proyecto	59	
7.1.3.	Duración del Proyecto	60	
7.1.4.	Localización del Proyecto	60	
7.1.5.	Beneficiarios	60	
7.1.6.	Factibilidad del Proyecto	61	
7.2.	Naturaleza del proyecto	61	
7.2.1.	Problemática a abordar	61	
7.2.2.	Intervención a desarrollar	61	
7.3.	Objetivos de la intervención	62	
7.3.1.	Objetivo general	62	
7.3.2.	Objetivos específicos	62	
7.3.3.	Metas	62	
7.4.	Metodología del proyecto	63	
7.4.1.	Modelo pedagógico constructivista	63	
7.4.2.	Contenidos pedagógicos	63	
7.4.3.	Marco lógico	64	
7.4.4.	Fases metodológicas	66	
7.5.	Plan de evaluación	68	
7.5.1.	Instrumentos de evaluación	69	
7.6.	Sostenibilidad del proyecto	70	
7.7.	Recursos del proyecto	71	
7.7.1.	Recursos humanos	71	
7.7.2.	Recursos materiales	71	
7.7.3.	Recursos tecnológicos	72	
7.8.	Presupuesto	72	
7.9.	Cronograma	74	
CAPITULO VIII			
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES			76
8.1.	Conclusiones	76	

8.2. Recomendaciones	78
BIBLIOGRAFÍA.....	79
ANEXOS.....	81

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Centros de Salud con mayores casos de violencia	6
Gráfico N° 2. Tipo de atención que realiza los directores en casos de violencia	39
Gráfico N° 3. Relación porcentual de las capacitaciones de violencia en referencia a capacitaciones en el área de la salud	47
Gráfico N° 4. Comparación de capacitaciones en salud y de violencia.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Organigrama del SEDES.....	32
Figura N° 2: Organigrama de la Red de Salud Corea	37
Figura N° 3. Protocolo actual de atención de casos de violencia en Centros de Salud	40
Figura N° 4. Acciones realizadas por el médico general para la atención de violencias	41
Figura N° 5. Procedimiento de atención del médico general ante sospechas de situación de violencia	43
Figura N° 6. Acciones realizadas por el personal de enfermería para la atención de violencias	44
Figura N° 7. Procedimiento de atención del personal de enfermería ante sospechas de situación de violencia	44
Figura N° 8. Esquema de coordinación de Centros de Salud con ALS	46
Figura N° 9. Recurrencia de la capacitación del personal	50
Figura N° 10. Acciones realizadas por la profesional de Trabajo Social en la Coordinación de Red	52
Figura N° 11. Acciones realizadas por la profesional de Trabajo Social en la atención y capacitación en el marco de la Ley N°348.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Distribución de Centros de Salud por Distritos Municipales Red de Salud Corea	5
Tabla N° 2. Número de capacitaciones en los Centros de Salud de la Red Corea.....	48

INTRODUCCIÓN

El proyecto de grado es una modalidad para la titulación a nivel licenciatura vigente en el Plan de Estudios de la Carrera de Trabajo Social, que busca desarrollar una investigación social y la elaboración de un proyecto social como respuesta a la demanda institucional, ya sea empresas públicas, privadas y organizaciones comunitarias de área urbana o rural con el objetivo de dar respuesta a una problemática social específica. (Reglamento de la Modalidad de Proyecto de Grado, 2020)

En este sentido se realizó la coordinación con el Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz en el Área de Género y Violencia dependiente de la Unidad de Promoción de la Salud mediante el convenio marco vigente suscrito entre el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz (GADLP) y la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), mismo que ha validado la pasantía bajo la modalidad de proyecto de grado en los centros dependientes de la Red de Salud Corea.

El Área de Género y Violencia orienta su acción a la atención y seguimiento de hechos de violencia, asimismo a promover acciones de prevención en los servicios de salud existentes a nivel departamental a través de las Coordinación Técnica de Red respectivas.

Las estimaciones más precisas sobre la prevalencia de la violencia de pareja y la violencia sexual son las obtenidas mediante encuestas poblacionales basadas en el testimonio de las supervivientes. Según un análisis de los datos sobre la prevalencia de este problema en 161 países y zonas entre 2000 y 2018, realizado en 2018 por la OMS en nombre del Grupo de Trabajo interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, en todo el mundo, casi una de cada tres mujeres (un 30%) ha sufrido violencia física y/o sexual por su pareja o violencia sexual por alguien que no era su pareja o ambas (OMS, 2018)

Es preciso considerar que la problemática de la violencia pueda verse como un tema de actual preocupación en los diferentes niveles del Estado y la sociedad civil, según una publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la entidad Capacitación y Derechos Ciudadanos (CDC), Bolivia encabezaba la lista de 13 países de Latinoamérica con más casos de violencia física contra mujeres y es el segundo en cuanto a violencia sexual

según un artículo del OXFAM International, en las edades de 15 a 49 años; así mismo se ve más incidencia de violencia hacia la mujer en el entorno familiar.

Los Centros de Salud considerados para el diagnóstico fueron seleccionados luego de la revisión de datos estadísticos proporcionados por el SNIS respecto de casos de violencia hacia la mujer en la Red de Salud Corea, estableciéndose más casos en cinco Centros de Salud: “1ro de Mayo”, “3 de Mayo”, “Avaroa”, “Nuevos Horizontes” y “Villa Adela”; de esta manera se procedió a aplicar la entrevista dirigiendo las preguntas con relación a la Ley 348, artículo 20 incisos 1,2,3 y 5 a los Directores de los Centros de Salud, médicos generales y personal de enfermería, asimismo a la Trabajadora Social de la Red. Se identificó como problema principal la falta de capacitación continua del personal de salud, acerca de la problemática mencionada, a causa de rotos continuos, conclusión de contratos, no consideración en la planificación institucional, entre otros; por tal razón, el proyecto planteado estuvo orientado al fortalecimiento institucional y de los recursos humanos para la efectiva respuesta al problema de violencia hacia la mujer. La metodología optada fue pedagógica – constructivista, misma que permite construir conocimientos a través de los saberes prácticos.

Tanto la investigación como la propuesta de intervención, responden al perfil profesional de Trabajo Social, ya que se vincula no solo con la denuncia de las desigualdades sociales sino también con la transformación de las mismas de cara a la consecución de una sociedad fundada en la justicia social. Por tal sentido, la propuesta busca encarar este problema desde el punto de vista institucional mejorando los servicios en el marco de la calidad y calidez que la población requiere.

En ese sentido el presente documento se estructura de la siguiente forma: el primer capítulo desarrolla el marco metodológico del diagnóstico, posteriormente se trabaja en los aspectos que permitieron abordar en la problemática, como ser un marco contextual, marco conceptual, marco normativo y marco institucional, en consideración a ello, el sexto capítulo presenta el diagnóstico que da lugar al proyecto social trabajado en el capítulo séptimo, finalmente se presentan las conclusiones en el capítulo octavo.

CAPITULO I

MARCO METODOLÓGICO DEL DIAGNÓSTICO

1.1. Justificación

Es preciso iniciar afirmando que la problemática de violencia hacia la mujer se da en varios ámbitos (hogar, comunidad, instituciones gubernamentales, ámbito productivo y educativo), en distintas etapas de su vida (infancia, adolescencia, edad adulta y vejez) y en diferentes relaciones (de noviazgo, conyugales, laborales, etc.), mostrando así que se manifiesta en distintos espacios y tiempos, pero además se expresa en distintas formas (física, sexual, emocional, psicológica, socio-económica, prácticas tradicionales en contra). En el caso de la violencia hacia la mujer en el ámbito familiar, esta se da en su espacio directo de aplicación, siendo víctimas de violencia por parte de sus padres, hermanos, hijos, esposo o pareja. Es tal la cadena de violencia, que ha logrado despertar la conciencia de algunas mujeres, porque la familia patriarcal ha luchado en forma paralela a la violencia para tapanla y convertirla en algo natural (aduciendo que su fin es educar) bajo el dominio de quien ejerce el poder.

La violencia dentro de la familia comenzó a visibilizarse como problema social grave a comienzos de los años 60, cuando algunos autores describieron el “síndrome del niño golpeado”, estos eran fruto de uniones ilícitas, irregulares y transitorias, los hijos de "madres solteras" y prostitutas. En la mayoría de los casos los infanticidios no se cometían por métodos directos tales como estrangular al recién nacido, ahogarlo, abandonarlo o golpear su cabeza sino por métodos indirectos tales como dejarlos morir de hambre lentamente, descuidarlos física y psicológicamente y permitir que ocurran "accidentes". (Onostre., 2014)

En el comienzo de los años 70, la creciente influencia del movimiento feminista resultó decisiva para atraer la atención de la sociedad sobre las formas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres. Progresivamente, se comenzó a descorrer el velo sobre otros fenómenos mucho más extendidos de lo que se creía: por ejemplo, el abuso sexual de los niños y las diversas formas de maltrato hacia personas de la tercera edad. Hasta no hace mucho tiempo, la violencia familiar era considerada como un fenómeno poco frecuente, catalogado como anormal y atribuido a personas con trastornos psicopatológicos. Sin embargo, la mayoría de los trabajos de investigación realizados en los últimos veinte años

demuestran que la violencia y el maltrato en la familia son fenómenos “normales” desde un punto de vista estadístico a cuya definición, como una formación cultural apoyada en valores, contribuyen mitos, creencias y estereotipos firmemente arraigados en la sociedad.

La violencia en razón de género representa el abuso de poder masculino contra las mujeres, se trata de un problema cíclico, progresivo y en muchas ocasiones mortal. Tiene grandes repercusiones económicas, sociales y constituye un obstáculo para el desarrollo no solo individual, sino de todo un país. La violencia hacia las mujeres es fundamentalmente parte de una situación de género que requiere de una mirada diferente, una mirada que identifique las situaciones de poder y de inequidad hacia las mujeres. En forma simultánea se necesitan, además, conocimientos específicos sobre situaciones complicadas y complejas que llevan a las mujeres a crisis de diferentes magnitudes.

Por lo tanto es fundamental el análisis integral del cuidado y que vaya de la mano de un personal profesional con amplios conocimientos y sensible al problema, con base en la formación, capacitación y actualización para atender personas víctimas de violencia, en base a herramientas teórico-prácticas que apoyen su desempeño profesional, favoreciendo el análisis de la violencia que se ejerce en la familia, sus causas y efectos, así como la adopción del principio de corresponsabilidad en la prevención/atención de ésta.

En este sentido, el diagnóstico se realizó en el marco de esa relación de atención a las víctimas de violencia en el ámbito de salud.

El marco de la atención se centra en la normativa boliviana como lo es la Ley 348 (Ley Integral para garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia) que tiene el objetivo de establecer mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores, para garantizar a las mujeres una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos para Vivir Bien. Respecto a la ley 348, el artículo 20 es donde se va fijando justamente la respuesta en el ámbito de salud: “El Ministerio de Salud y Deportes, tiene la responsabilidad de adoptar las siguientes medidas, dirigidas a garantizar a las mujeres en situación de riesgo; o de violencia, el acceso a los servicios de salud, su tratamiento y protección, como un problema de salud pública”.

Además de la ley que enmarca el accionar, el modelo de atención en salud SAFCI, ubica a los Establecimientos de Salud de primer nivel como uno de los espacios para la

admisión de los casos de violencia familiar hacia la mujer, ya que se constituyen como la puerta de entrada al Sistema de Salud, con el objeto de contribuir a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de personas, familias y comunidades, mediante las funciones de atención integral intercultural de salud, docencia asistencial e investigación, gestión participativa y control social de la salud. Es importante resaltar que el personal de salud tiene la obligación de adoptar las medidas de acceso a los servicios de salud, tratamiento y protección a las mujeres en situación de violencia.

Una de las redes de salud más importantes, desde su creación en el año 2005, es la Red de Salud Corea, esta se encuentra ubicado en la Ciudad de El Alto, tiene como referencia al Hospital Corea (2do nivel) y está conformada por tres Distritos Municipales:

Tabla N° 1:

Distribución de Centros de Salud por Distritos Municipales Red de Salud Corea

DISTRITO MUNICIPAL 2	Centros de Salud Integral Avaroa Centros de Salud Integral Nuevos Horizontes Centros de Salud Santiago II Centros de Salud San Juan Kenko. Centros de Salud Urbanizacion Kenko Centros de Salud Prefectural Centros de Salud Asuncion San Pedro Centros de Salud 6 de Junio Centros de Salud Copacabana
DISTRITO MUNICIPAL 3	Centros de Salud Integral Infantil 1° de Mayo Centros de Salud Integral Villa Adela Centros de Salud Materno Infantil Calama Centros de Salud Materno Luís Espinal Centros de Salud Integral 3 de Mayo Centros de Salud Materno Cosmos 79 Centros de Salud Romero Pampa Centros de Salud San Jose de Charapaqui
DISTRITO MUNICIPAL 12	Centros de Salud San Martin Centros de Salud Chijini Chico Centros de Salud Alto Chijini
OTROS SERVICIOS	Centro de Salud Pro. M. Santiago II Centro de Salud Pro. M. Villa Adela Centro de Salud San Sebastián Centro de Salud Jesús Obrero

Fuente: Red de Salud Corea

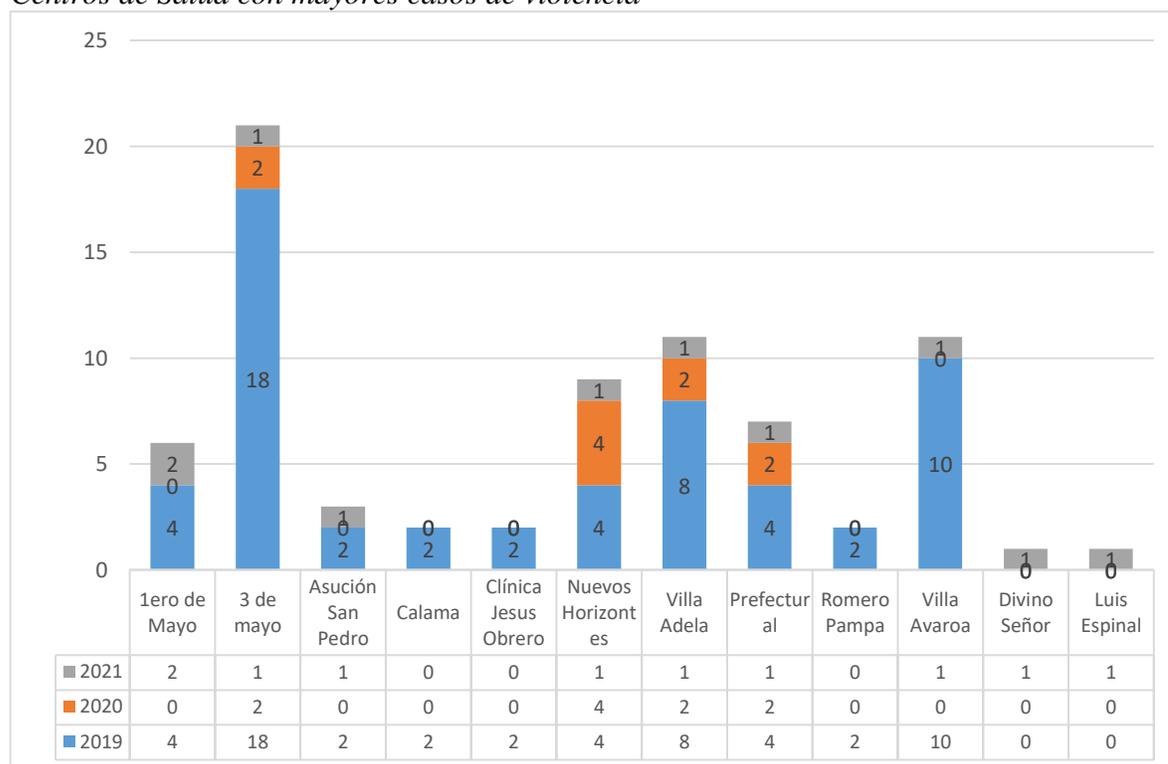
Los Centros de Salud que tienen mayor número de casos de violencia registrados desde la gestión 2019, refiere en primer lugar al Centro de Salud Integral 3 de Mayo que cuenta con el número de 18 casos presentados que viene a ocupar el 32%, seguidamente esta el Centro de Salud Integral Villa Avaroa con 10 casos reportados representando el 18%, el Centro de Salud Integral Villa Adela con 8 casos reportados que viene a ocupar el 14%, son los Centros más resaltantes que reportaron la atención de casos de violencia.

En los años 2020 y 2021, cabe destacar que los casos atendidos no fueron muchos en relación a los casos reportados debido a la cuarentena que inicio en el mes de marzo del 2020, los centros eran utilizados mayormente para la atención a pacientes con COVID 19, sin embargo, se puede observar que hay dos Centros de Salud Integral que reportaron casos atendidos: “3 de Mayo”. “Nuevos Horizontes”, mostrando que dichos centros de salud mantienen mayor demanda de atención.

El detalle de lo mencionado se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 1:

Centros de Salud con mayores casos de violencia



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SNIS – Red Corea

Con relación a los datos estadísticos se evidencia que los centros de salud han tenido una atención baja en casos de violencia en los años 2020 y 2021, la causa principal es debido

a la pandemia del COVID 19, que genera con urgencia la responsabilidad de atención, prevención y rastreo de la enfermedad.

1.2. Planteamiento del problema

En la actualidad existen diferencias en la participación de hombres y mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas tanto en las actitudes, los valores y las expectativas que una sociedad conceptualizada.

En América Latina, la violencia contra la mujer representa más muerte y discapacidad (entre mujeres de 15 a 44 años de edad) que el cáncer, la malaria, los accidentes de tránsito e inclusive el conflicto armado (OMS, 2010). Pese al reconocimiento legislativo de la problemática, la violencia es un tema delicado del que casi nadie habla, ni siquiera las víctimas. La violencia hacia la mujer en el ámbito familiar no es un hecho aislado ni privado: si no que forma parte de un sistema "macro" que establece un conjunto de relaciones sociales y valores culturales que ubican a la mujer en situación de subordinación y dependencia respecto del varón. La violencia doméstica atraviesa todas las fronteras raciales, religiosas educativas y socioeconómicas.

A pesar de que la violencia contra la mujer ha sido reconocida como un asunto legítimo de derechos humanos, su tratamiento como asunto de salud pública ha sido insuficiente, desconociéndose así los efectos tanto psicológicos como físicos en la salud de las mujeres, y el posible impacto acumulativo de la violencia a lo largo de la vida.

La violencia se rige por un determinado ordenamiento económico y social que puede manifestarse como estructural, político, sexual, físico, psicológico entre otros. La violencia intrafamiliar es un fenómeno complejo de carácter social que tiene raíces en el proceso de formación social de los géneros, su identidad y en las relaciones de poder que éstos establecen. El ser humano comienza a adquirir conocimientos en su núcleo familiar en el cual forja su carácter, su manera de ser y de comportarse.

Actualmente el problema es vigente, la Fiscalía General del Estado informo que en Bolivia se reportó 33.453 casos de violencia contra mujeres y menores entre enero y agosto del 2021, un 11 % más que en el mismo periodo de 2021.

Los espacios de denuncia para atender casos de violencia son varios, como ser: Policía, Ministerio Público, Servicios Legales Integrales (SLIM), Servicio Plurinacional de Defensa a las Víctimas, Servicios Integrados de Justicia Plurinacional, Autoridades Indígena

Originario Campesinas, Defensorías de la Niñez y Adolescencia y Defensoría del Pueblo, estas entidades tienen la potestad de establecer la denuncia para luego acudir a los centros de salud con la finalidad de elaborar un informe sobre la agresión que recibió la víctima, sin embargo en muchas ocasiones, las denuncias pueden realizarse directamente en los establecimientos de salud, lo cual debe formalizarse en otras instancias (uso de la referencia y contra referencia).

En ese sentido, se puede afirmar que los Centros de Salud pueden considerarse como los primeros espacios de denuncia. Según un estudio realizado por Eliana Arauco, Rosario Mamani y Jimena Rojas, en coordinación con la CEPAL (2006) mencionan lo siguiente:

Las mujeres afectadas por violencia, llegan a los servicios de salud por dos vías: aquellas que son referidas por las instituciones de atención legal pública y privada, (...) que requieren el certificado médico como prueba documental de la situación de violencia vivida y por otro lado, en la mayoría de los casos, las mujeres llegan primero al servicio de salud para una atención de sus lesiones, sin declarar la causa (p.26).

Respecto a las dificultades que se perciben en la intervención se han considerado algunos de los siguientes problemas como resultado de la investigación, indican entonces: los pocos médicos y tiempo insuficiente para la atención adecuada a los pacientes, el temor del personal para involucrarse en procesos legales, una insuficiente formación respecto a la temática, poco tiempo para las capacitaciones brindadas, desconocimiento y resistencia por parte de algunos médicos para emitir certificados médicos de urgencia, sub registro de violencia, ya que como médicos no pueden afirmar que fue por violencia, utilizando el termino en el que la víctima “refiere...”, y finalmente resaltan que Trabajo Social es sumamente importante, y se reconoce que muchas veces no se ha brindado todos los recursos a esta profesión para realizar las investigaciones a detalle; de forma transversal el estudio también considera los aspectos culturales mencionando que algunas veces las curaciones a golpes se realizan por medicina tradicional y tratan de solucionar los asuntos en familia y que también los servicios en espacios de salud privados brindan mayores beneficios. (Arauco, Mamani y Rojas, 2006)

Si bien la información refiere a anteriores años, la situación en cuanto a atención de la violencia se mantiene vigente, y considerando los datos presentados en el anterior acápite es posible formular la siguiente interrogante.

1.2.1. *Formulación del problema*

Los Centros de Salud de primer nivel pertenecientes a la Red de Salud Corea ¿atienden casos de violencia hacia la mujer según el mandato de la Ley 348?

1.3. *Objetivos*

1.3.1. *Objetivo general*

Conocer el cumplimiento de la Ley 348 en referencia al artículo 20 que establece las medidas en el ámbito de la salud en relación a la violencia hacia las mujeres, en cinco Centros de Salud de primer nivel de la Red de Salud Corea en el municipio de El Alto durante las gestiones 2019 a 2021.

1.3.2. *Objetivos específicos*

Indagar la implementación de mecanismos para la detección y atención de casos de violencia contra las mujeres que recurren a los servicios de salud de primer nivel de la Red Corea.

Identificar la ejecución de procesos de capacitación, información y sensibilización, dirigidos al personal de salud, sobre promoción, prevención y tratamiento integral a pacientes que sufren violencia,

Describir las acciones de Trabajo Social en la Red Corea, en el proceso de atención de casos de violencia.

1.4. *Metodología*

La investigación es un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad descubrir o interpretar los hechos y fenómenos, relaciones y leyes de un determinado ámbito de la realidad...-una búsqueda de hechos, un camino para conocer la realidad, un procedimiento para conocer verdades parciales, -o mejor- para descubrir no falsedades parciales. (Ander Egg, 1992) se ha considerado la siguiente metodología:

1.4.1. *Método*

Se tomó en cuenta el método cuali-cuantitativo o mixto, que con la obtención de datos de la problemática se podrá complementar la parte cualitativa con la cuantitativa. Una metodología mixta se emplea cuando se intenta profundizar en el problema de conocimiento, examinando sus diversas dimensiones, así como sus causas desde una perspectiva que busca aproximarse a la comprensión de los significados que los sujetos dan a una situación social. En ese entendido, es “un proceso que recolecta, analiza y vierte datos cuantitativos y

cualitativos, en un mismo estudio” (Tashakkori y Teddlie, 2003, citado en Barrantes, 2014, p.100).

1.4.2. Tipo de investigación

La investigación fue de carácter descriptivo, según Guevara et al., “El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas” (2020, p. 171). En este sentido se consideró acciones y procesos ejecutados por los Centros de Salud de primer nivel referente a la atención en los casos de violencia hacia la mujer con lo establecido en la Ley 348.

1.4.3. Unidad de análisis

1.4.3.1. Unidad de análisis poblacional

Para el desarrollo de la investigación diagnóstica se consideró como población a directores y personal de salud (Médicos/as y enfermeras/os) de los Centros de Salud que atendieron mayores casos de violencia hacia la mujer y a la profesional en Trabajo Social¹ de la Coordinación Red Corea.

1.4.3.2. Unidad de análisis temporal

El estudio consideró la gestión 2019 hasta el primer semestre de la gestión 2021.

1.4.4. Universo y muestra

Se consideró como universo los 20 Centros de Salud Públicos dependientes de la Red de Salud Corea, y se consideró realizar el estudio en los cinco Centros de Salud con mayor demanda de atención de casos de violencia hacia la mujer a partir de una muestra no probabilística – muestreo por conveniencia, consistente en **seleccionar una muestra de la población por el hecho de que sea accesible**. Es decir, los individuos empleados en la investigación se seleccionan porque están fácilmente disponibles y porque se conoce que pertenecen a la población de interés. Al utilizar el muestreo por conveniencia la unidad o elemento de muestreo se autoselecciona o se ha seleccionado con base en su fácil disponibilidad, es decir, tomar al personal de turno en el estudio.

¹ Trabajo social es responsable de la Red Corea para la supervisión y cumplimiento de los mandatos.

En ese sentido, dado que se incorporó este criterio de selección de cinco Centros de Salud, se procedió a delimitar a los informantes clave, de esta manera se seleccionó a cinco médicos generales, cinco jefas de enfermería, cinco administrativos y a la trabajadora social de la Red.

1.4.5. *Técnicas e instrumentos*

La técnica predominante que se utilizó es la entrevista.

La entrevista es de las técnicas más utilizadas para obtener información, ya sea cuantitativa o cualitativa. Bonilla-Castro y Rodríguez (2005) afirman que esta “es una interacción en la cual se exploran diferentes realidades y percepciones, donde el investigador intenta ver las situaciones de la forma como la ven sus informantes, y comprender porque se comportan de la manera en que dicen hacerlo” (p.159). Dichas autoras hacen referencia a que la entrevista implica mucho más que emplear el sentido del oído, se necesita contacto visual, comprensión del lenguaje corporal que muestra el entrevistado, atención constante tanto al contenido (las palabras), como al contexto (las emociones). Por tal razón también se considerará el apoyo a través de la técnica de la observación.

En ese sentido el instrumento consistente en una guía de preguntas direccionadas para realizar entrevistas semiestructuradas a los directores/as y el personal de salud. Los profesionales de los Centros de Salud podrán ofrecer información sobre la atención que se da a pacientes en situación de violencia.

En cuanto a revisión documental, se procedió a indagar en datos del reporte de casos de violencia del Sistema Nacional de Salud (SNIS), considerando los años 2019 al 2021 por la razón de que se venía atravesando la pandemia del COVID19 dado que mostraba datos de mucha diferencia en los casos reportados del 2019 con los otros dos años por lo que al ver una comparativa de esos tres años se pudo evidenciar que donde más había reportes es en los cinco Centros de Salud Integrales que forman parte del estudio. Cabe resaltar que en el año 2020 (cuando inicio la pandemia) se vieron menos casos por el motivo de que los Centros de Salud estaban obligados a atender solamente casos de COVID19 por lo que no se podía dar prioridad a otras especialidades (a excepción de casos de emergencia). De igual manera se utilizó esta técnica con la finalidad de indagar datos referente a la cantidad de capacitación.

CAPITULO II

MARCO CONTEXTUAL

La violencia contra la mujer es una problemática que lastimosamente se mantiene vigente, pese a que desde la década de los 80 se han instaurado disposiciones que enfrenten este problema un ejemplo de ello Convención sobre la Eliminación de toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) instaurada el año 1981 que refiere a los derechos humanos de la mujer, mismo que dio lugar a que

En 1993, en la declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la Asamblea General de las Naciones unidas reconoció oficialmente el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, derecho que también se reconoció en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), de 1994 (OPS, 2014, p.1)

Pese a estos antecedentes, y otras normas de carácter internacional al que se adscriben varios países, para el año 2021, un tercio de la población mundial de mujeres ha denunciado que ha sufrido violencia (física y sexual):

Un tercio de las mujeres del planeta es víctima de violencia física o sexual, generalmente desde que es muy joven (...) 736 millones de mujeres han sufrido ese flagelo a manos de una pareja o por otras personas y una de cada cuatro jóvenes de entre 15 y 24 años que ha tenido alguna relación íntima lo habrá padecido al llegar a los 25.

Lo más alarmante es que el fenómeno no ha retrocedido en los últimos diez años. (ONU, 2018, parr. 2-4)

Si bien los datos presentados refieren a aquellos casos que se han visibilizado, es notorio también considerar que existen otros tipos de violencia que se ejercen en la sociedad y la familia, los cuales no son denunciados en su mayoría, como ser el acoso, discriminación, entre otros, que han puesto a la mujer en un espacio de desventaja y vulnerabilidad, en espacios públicos y privados.

Bolivia, no es un país ajeno a esta realidad, también ha considerado la problemática y dio respuestas, que si bien no se han manifestado en político, son antecedentes de gran importancia:

En 1982 Bolivia ratificó los acuerdos asumidos en la Convención sobre la Eliminación de toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), en 1989 cumplió con el procedimiento legislativo y se promulgo la Ley N° 1100 (...). Esta ley incluye el principio de igualdad entre hombres y mujeres en su sistema legal, abolir las discriminaciones y adoptar las medidas adecuadas para prohibir la discriminación de la mujer, así mismo establece tribunales y otras instituciones públicas para asegurar la efectiva protección de las mujeres contra la discriminación. Asegura la eliminación de todos los actos de discriminación contra mujeres por parte de las personas, organizaciones o empresas.

Sin embargo, a pesar de haber sido promulgada la Ley N° 1100, la misma no fue implementada y no se dieron cambios en la vida de la mujer boliviana, sus derechos siguieron siendo vulnerados en todas las esferas de la vida social, tanto pública como privada. (Requena, 2017, p.123)

Requena (2017) también manifiesta que Bolivia ha ratificado otras normas como ser la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres conocida como la Convención Belem do Pará realizada en Brasil en 1994, como la Declaración de las Naciones Unidas de 1993 mismos que fueron ratificados por Bolivia en 1994 a través de la Ley N° 1599, si bien esta ley propuso garantizar el acceso a la justicia, respeto a sus derecho no discriminación y la igualdad esta al igual que la anterior no fue implementada y no genero ningún cambio trascendental. En 1998, Bolivia ratifica el Estatuto de Roma que identifica las violaciones como delitos de lesa humanidad, a través de la Ley 2398, misma que tampoco fue implementada. En 1999, se suscribe el Protocolo Facultativo de la CEDAW que compromete a los Estados a adoptar medidas para eliminar la discriminación contra la mujer, Bolivia nuevamente se adscribe mediante la promulgación de la Ley N° 2103, que de igual manera, no fue implementada.

Bolivia, progresivamente, fue asumiendo compromisos de atender la problemática de violencia contra la mujer, que se adscriben desde la Conferencia de Nairobi (1985) y la Cuarta Conferencia Mundial efectuada en Beijing (1995), durante toda esta década se suscitaron importantes transformaciones a nivel mundial sobre la situación de la mujer, en Bolivia las únicas acciones que se identifica son las promulgaciones de leyes en favor de la mujer las cuales permanecían en el tiempo sólo en el papel escrito. Es en 1995 que se

promulga una nueva Ley N° 1674 contra la familia y la violencia doméstica, impulsada por la entonces Sub Secretaria de Asuntos de Género (SAG). En esta oportunidad se establece una política de Estado a través de ordenanzas y sanciones contra los agresores, se promueven medidas de prevención y protección física, moral y sexual de la mujer que vive una relación de violencia. Pero, no obstante, de haberse introducido reformas, promulgado leyes a favor de la mujer, habiendo participado y ratificado su posición en la Convención Interamericana para prevenir la violencia hacia la mujer (1994), en la Conferencia de Beijing (1995), etc., uno de las leyes a la cual se dio mayor uso es la Ley N°1674 contra la Violencia en la Familia y/o Doméstica, que tuvo una vigencia de 11 años, las cual exige la implementación de normativas para su aplicación y, por otro lado, la creación de instituciones e instancias procedimentales para dar atención, sin embargo contempla la conciliación, solo en casos de intentos de homicidio y de feminicidio se procedía con el código penal. A partir de esta ley se crearon: Brigadas Protección a la Familia (BPF), Servicios Integrales Municipales (SLIMs), Defensorías de la Niña, Niño y Adolescencia y la familia, Fiscalía de la Familia. También surgieron organizaciones y ONGs dedicadas a la atención de la mujer. (Requena 2017)

El 11 de febrero de 2013 es asesinada una periodista por su esposo en presencia de su pequeño hijo, este hecho de feminicidio indigna a la sociedad paceña y boliviana, las marchas de protesta se manifiestan en las calles exigiendo justicia, los índices de denuncias de violencia contra la mujer venían en aumento, en la gestión 2012 se registraron 50.000 casos de denuncias realizadas por mujeres víctimas de violencia de pareja, durante los primeros meses de la gestión 2013 se registraron 139 casos de feminicidio. Los hechos mencionados y otros de igual índole suscitados en los años precedentes fueron los argumentos que sustentaron la promulgación de la nueva ley, durante los 11 años de vigencia de la Ley N° 6174 se había acrecentado un panorama de total impunidad y de abandono a los derechos de la mujer. La sociedad boliviana sobre todo las mujeres, se manifiestan en demandas y cuestionamientos ante los altos índices de violencia, evidenciando la insuficiente cobertura de Ley 1674, (...) Es en este marco de hechos, que el 9 de marzo de 2013 se deroga la Ley N° 1674 y se promulga una nueva Ley N°348 denominada "Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia". . (Requena, 2017, p.127)

El alcance de esta nueva Ley N° 348 marca tres ámbitos de actuación: prevención, protección y sanción, estableciendo la máxima pena de 30 años de cárcel, sin derecho a indulto en casos de feminicidio, anula el delito de homicidio por emoción violenta establece 17 tipos de violencia, la conciliación se prohíbe. Establece como lugares directos de denuncia la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV), el Ministerio Público y los Servicios Legales Municipales (SLIMs).

El año 2013, la Fuerza de Lucha Contra la Violencia dependiente de la Policía Nacional de Bolivia (FELCV), informa que en los 8 meses de promulgada la Ley N° 348 se registraron 15.000 denuncias de las cuales el 60% desistió en su denuncia y abandonó el caso. Asimismo, devala limitaciones de la implementación de la nueva ley, tales como la retardación de justicia, los cobros ilegales, la revictimización, la corrupción, los vacíos en la norma, la deficiente infraestructura como la falta de personal especializado y sensibilizado, sumado a estas limitaciones la presión social y familiar. (Requena, 2017)

Uno de los espacios a los que accede la mujer en caso de violencia física y sexual son los centros de salud, desde que se desató el brote de COVID-19, se ven nuevos datos e informes que presentan quienes están en primera línea revelando que se ha intensificado todo tipo de violencia contra las mujeres y las niñas, sobre todo, la violencia en la familia.

Dado que los casos de COVID-19 sobrecargaron los servicios de salud, los servicios esenciales, como los refugios y las líneas de atención en los que se atiende a quienes padecen violencia en el hogar, han alcanzado el límite de su capacidad.

Bolivia ingresó en cuarentena estricta un sábado 21 de marzo, aunque una semana antes, el país vivía bajo ciertas restricciones, esta vez, era un verdadero estado de excepción: nadie circulaba por las calles y no funcionaba nada. El gobierno ordenó el cierre de todas las fronteras nacionales e internacionales, prohibió la circulación de vehículos públicos y privados y autorizó un solo día a la semana para salir a provisionarse. Además, movilizó al Ejército y a la Policía para controlar el cumplimiento de las medidas. Los infractores de la cuarentena rígida enfrentaban, entonces, penas de hasta 10 años de cárcel. (Selma Saravia, 2020)

Entre marzo y junio de 2020 durante el período de cuarentena rígida 33 mujeres fueron asesinadas por sus parejas en sus hogares. Ahí mismo, se perpetró la mayor parte

de 8134 delitos de tipo penal. De todos esos crímenes, posiblemente, solo el 1.13%, recibirá un fallo judicial condenatorio, de acuerdo a antecedentes documentados por ONU Mujeres.

En tiempos de pandemia, muchos servidores públicos se encuentran ocupados en la vigilancia y el control ciudadano, y los servicios municipales están cerrados, hace notar la Defensoría del Pueblo en un informe ante el CEDAW en el 78° periodo de sesiones de Naciones Unidas. En ese reporte, se observa el retraso en la aprobación de la estrategia comunitaria de prevención de violencias en el marco de la pandemia y la Estrategia Nacional de Prevención de la Violencia contra niñas, niños, adolescentes, y la falta de enfoque de género en la guía de manejo de COVID 19 del Ministerio de Salud. (Defensoría del Pueblo, 2020)

En Bolivia, en lo que va del año 2021, se han reportado 11.133 casos en delitos enmarcados en la Ley N° 348 Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia.

Durante este periodo de tiempo el delito con mayor denuncia es violencia familiar o doméstica con 9.109, seguido de violación con 554 casos, abuso sexual 522, violación de infante, niña, niño o adolescente 433, estupro 369, acoso sexual 44, violencia económica 28, aborto 25, entre otros. (Díaz, 2021)

Según el reporte presentado por la Fiscalía Especializada en Delitos Sexuales y en Razón de Género, Santa Cruz es el departamento que presenta la mayor incidencia con 4.114 casos, seguido de La Paz con 2.034, Cochabamba con 1.679, Tarija con 1.038, Potosí registra 829, Chuquisaca tiene 578, Beni 408, Oruro 344 y Pando con 109 casos.

La violencia familiar es un problema grave que siempre ha existido en el país, empero últimamente se ha visibilizado con mayor gravedad, y como respuesta se han generado mayores políticas como ser la 348 es frecuente en el país, que afecta a muchas familias y que ocasiona consecuencias en la sociedad ya que la mayoría de las veces repercute en el bienestar de las personas que sufren de violencia familiar, e igualmente reaccionan de manera agresiva con otras personas o por otro lado se vuelven temerosas, calladas, solitarias, repercute en la salud mental de las personas y muchas veces modifica su autoestima y por ende su relación con los demás. Las mujeres que sufren violencia no cuentan con colaboración profesional y esto en los dos casos les genera traumas a lo largo de su vida que tal vez nunca superen, y juntamente con el contexto de la pandemia se puede observar como

se ha incrementado los casos de violencia, y este a su vez requiere una respuesta a esta problemática social desde el ámbito de la salud.

CAPITULO III

MARCO CONCEPTUAL

Este capítulo desarrolla los principales conceptos que colaboraron en el desarrollo del presente documento:

3.1. Violencia

La OMS (2002) define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

La violencia es considerada una forma de ejercicio del poder que facilita la dominación, opresión o supremacía a quien la ejerce y una posición de sometimiento o sujeción de quien la sufre. En todas sus manifestaciones, deviene un problema de salud pública que involucra a todos los países y, aunque no constituye propiamente una enfermedad en el sentido tradicional de su comprensión, donde el elemento etiológico biológico desempeña como regla un papel fundamental; en sentido social resulta un problema de salud y un importante factor de riesgo psicosocial, por la magnitud del daño, la invalidez y muerte que provoca, con consecuencias múltiples y diversificadas en los planos social, psicológico y biológico. (Leal, 2017)

La violencia es un importante problema de Salud Pública prevenible y evitable. Al igual que otros problemas de salud, la violencia no se distribuye de manera uniforme entre los diversos grupos de población o los entornos. Distintos subtipos de violencia, incluida la violencia de género, tienen en común factores de riesgo, causas que la originan y consecuencias que producen. Por lo tanto, es necesario un abordaje global desde una estrategia preventiva, científica e integral.

La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca igualmente innumerables consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

A la violencia se lo define como un término que simboliza un acto no deseado, que atenta con la paz y la armonía de un conglomerado o grupo de individuos, es un acto no deseado desde la conciencia del ser humano.

Kléber califica como violencia como “una fuerza mayor que pasa de un sujeto violentador a otro identificado como violentado produciendo una distorsión de la espontaneidad o de la libertad como signo de violentación del sujeto pasivo, relación que se hace sobre actor de la violencia y el destinatario de ese acto”. (p.35, 2001)

Todo acto de violencia genera maltrato, por lo que se concibe como una conducta humana individual y colectiva, encaminada a transgredir voluntaria e intencionalmente una parte o la totalidad de los derechos básicos de las personas, toda vez que toda acto individual de las personas trasciende a la sociedad, un acto delictivo por ejemplo tiene en sí un acto de violencia, por lo tanto el delincuente con su actitud no solo cambia el estatus y las condiciones de su familia sino del agredido, porque en la víctima genera traumas, pérdida de un bien cuando hay robo, y cuando hay agresión física hay deterioro de la salud física, y por consiguiente estos dos actores son miembros de una sociedad la que asume o sufre los actos de violencia, es decir, que desde esta perspectiva, la gran cantidad de necesidades básicas no satisfechas que afectan a cada vez mayor parte de la población latinoamericana es uno de los principales detonantes de la violencia.

3.1.1. *Violencia familiar*

La violencia familiar es un término utilizado para describir la violencia y el abuso de familiares o una pareja íntima, como un cónyuge, ex cónyuge, novio o novia, ex novio o ex novia, o alguien con quien se tiene una cita. Otros términos utilizados para la violencia familiar incluyen los siguientes:

- Maltrato de pareja íntima.
- Violencia doméstica.
- Maltrato infantil.
- Abuso físico.
- Violencia en el noviazgo.
- Violación marital.
- Violación perpetrada por una persona con la que se tiene una cita.
- Acoso.

La Violencia Familiar es un problema social que requiere de múltiples miradas y formas de análisis para una comprensión integral, que posibilite desde distintos ámbitos la aportación de elementos para su explicación. Las dimensiones que inciden en la violencia familiar, su trascendencia y repercusiones son aspectos que interrelacionan con el contexto social, político, económico, cultural e ideológico, por lo cual la complejidad de su estudio depende de esa interacción e interrelación. (Chávez, 2015)

3.1.1.1. Formas de violencia familiar

De acuerdo con la Coalición Nacional contra la Violencia Familiar (National Coalition Against Domestic Violence), el maltrato a menudo comienza con conductas verbales, como insultos, amenazas o golpes o lanzamiento de objetos. Puede empeorar con empujones, bofetadas y retención en contra de la voluntad de la víctima. El maltrato posterior puede incluir trompadas, golpes y puntapiés, y puede empeorar con conductas que pongan en peligro la vida, como estrangulamiento, fractura de huesos o uso de armas.

Las siguientes son formas de violencia familiar y maltrato físico:

- **Física.** Se refiere a palizas o golpes que causan lesiones físicas que pueden incluir moretones, fractura de huesos, sangrado interno e incluso la muerte. A menudo, el maltrato comienza con contactos leves y con el tiempo empeora para convertirse en acciones más violentas.
- **Sexual.** Suele acompañar o seguir el maltrato físico, y tiene como consecuencia una violación u otra actividad sexual forzada.
- **Psicológica o emocional.** Una persona que maltrata a menudo lo hace mentalmente o emocionalmente con palabras, amenazas, hostigamiento, posesión extrema, aislamiento forzado y destrucción de pertenencias. El aislamiento a menudo se produce cuando la persona que maltrata intenta controlar el tiempo, las actividades y el contacto con otras personas de la víctima. Las personas que maltratan pueden lograr esto al interferir con las relaciones de apoyo de la víctima, crear barreras para las actividades normales, como sustraer las llaves del coche o encerrar a la víctima en la casa, y mentir y distorsionar la realidad para obtener el control psicológico.
- **Acoso.** Conducta de hostigamiento o amenaza repetida que a menudo deriva en maltrato físico o sexual.

- **Económica.** Esto se da cuando la persona que maltrata controla el acceso a todos los recursos de la víctima, como el tiempo, el transporte, el alimento, la vestimenta, el refugio, el seguro y el dinero. Por ejemplo, puede interferir con la capacidad de la víctima de autoabastecerse e insistir en controlar todas las finanzas de la víctima. Cuando la víctima abandona la relación violenta, el perpetrador puede recurrir al aspecto económico como una manera de mantener el control u obligar a la víctima a regresar.

3.1.1.2. Consecuencias de la violencia familiar

Respecto a los destinatarios de violencia familiar principalmente se identifica a la mujer y los niños; en este caso la madre sufre por su propia experiencia y por su hijo cuando los dos son objeto de maltrato, pero en otros casos padre y madre son quienes “ponen disciplina al niño o niña”; entre los indicadores que determinan las consecuencias de violencia intrafamiliar se identifican los siguientes aspectos:

- La dependencia económica y afectiva de la víctima del agresor, especialmente cuando la mujer no trabaja, es un limitante y asume que le corresponde “aguantar” por la falta de recursos económicos.
- No tener a donde ir, mujeres que no tienen apoyo de la familia o de organizaciones de protección a la mujer maltratada.
- Ineficiencia de los apoyos jurídicos para protegerla y el temor permanente a ser agredida de nuevo por la pareja que puede seguir persiguiéndola, si bien la justicia en la actualidad tiene mayor celeridad en el momento que es denunciado por la agresión de su pareja, pero la falta de apoyo de la propia familia y de las instituciones en general genera inseguridad en la afectada.
- Tristeza, vergüenza, reticencia por el intercambio de opiniones, de experiencias, cuando debe denunciar y explicar o revivir las experiencias dolorosas a que está sometida, prefiere ocultar el problema por vergüenza.
- La falta de conciencia de estar siendo maltratado, se ven en la necesidad de hacerlo cuando la lesión física ha sido grave, también se observa sentimiento de culpa a la hora de denunciar al padre de sus hijos.

3.1.2. *Violencia en razón de género*

Una de las definiciones que abordan para el presente trabajo es el de la violencia en razón de género, misma que puede tener distintas denominaciones:

Las violencias ejercidas hacia las mujeres han sido denominadas con diferentes términos: violencia patriarcal, violencia sexista, violencia de género, entre otros. En todos los casos la terminología indica que se trata de un fenómeno con características diferentes de otras formas de violencia. Es una violencia que sufren las mujeres por el mero hecho de serlo, en el marco de unas relaciones de poder desiguales entre hombre y mujeres. (Sancho, 2019, p. 48)

Esto quiere decir que el ejercicio de la violencia se basa en la asignación de roles y la designación del poder al sexo masculino, esta relación desigual permite que la violencia sea ejercida con fundamento en estereotipos. También es preciso mencionar las razones por las cuales la violencia en razón de género es aún vigente y reproducida tiene un trasfondo cultural e histórico, es definida como «la expresión general empleada para capturar la violencia que se produce como resultado de expectativas normativas sobre los roles asociados con cada género, junto con las relaciones desiguales de poder entre los dos géneros, en una sociedad específica» (Bloom, 2008, p.14) (Citado por Poggi, 2019, p. 232).

Además la violencia en razón de género hace referencia al uso de la violencia para mantener poder, desigualdad y discriminación de los hombres hacia las mujeres. Sus manifestaciones comprenden la violencia física, sexual, económica y psicológica, incluyendo las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad en la vida pública o privada, cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer. (Albertin, Dorado y Mates, 2015)

Sus consecuencias tienen que ver con efectos en la mujer, con la familia y con la comunidad, produce daño en el cuerpo las agresiones físicas, el maltrato puede tener consecuencias para la salud mental como es la pérdida de la motivación y alegría, de la capacidad de crear, innovar, depresión, y hasta intentos de suicidio. También se puede mencionar que con la agresión sexual puede poner en grave riesgo a las mujeres de ser contagiadas de alguna enfermedad de transmisión sexual, tener embarazos forzados o no deseados, abortos espontáneos. Asimismo produce gastos en la mujer, en la comunidad, en la productividad y servicios (Quiros, 2004, p.161)

3.2. Familia

Encontramos definiciones del concepto familia en textos de antropología, sociología, derecho, Psicología, etc. En la mayoría de ellos se establece la distinción entre familia extensa y familia nuclear.

Para poder aproximarnos al estudio de la familia como entorno real, necesitamos revisar las nociones míticas que hemos aprendido desde los cuentos infantiles y los textos escolares, que muestran a la familia como lugar ideal, de realización efectiva, comprensión recíproca y seguridad. Por el contrario, los datos empíricos muestran a la familia, por sus características de intimidad, privacidad y creciente aislamiento, como una organización que tiende a ser conflictiva.

El conflicto, que parece inherente a la vida de la familia, no genera necesariamente la violencia; podríamos decir, que por el contrario, negar lo inevitable del conflicto es lo que muchas veces contribuye a la aparición de la violencia.

Factores que incrementan el riesgo potencial dentro de una familia: el riesgo de violencia

- La duración del período de riesgo; es decir, la cantidad de tiempo que los miembros de una familia están juntos.
- La gama de actividades y temas de interés; la interacción entre los miembros de una familia se produce en una multiplicidad de contextos.
- La intensidad de los vínculos interpersonales.
- Los conflictos de actividades; es decir, las diferencias de opinión en las decisiones que afectan a todos los miembros.
- El derecho culturalmente adquirido a influir en los valores, los comportamientos y las actitudes de los otros miembros de la familia.
- Las diferencias de edad y sexo.
- Los roles atribuidos, en función de la edad y el sexo.
- El carácter privado del medio familiar.
- La pertenencia involuntaria; es decir, el hecho de no haber elegido esa familia.
- El estrés atribuible al ciclo vital, los cambios socioeconómicos y otros.
- El conocimiento íntimo de la vida de cada uno de los otros miembros, de sus puntos débiles, de sus temores y preferencias.

Todos estos factores incrementan la vulnerabilidad de la familia y transforma al conflicto, inherente a toda interacción, en un factor de riesgo para la violencia.

La conceptualización de la familia como entorno propicio para las interacciones violentas, analizando dos variables: el poder y el género.

Ambas categorías aluden a una particular organización jerárquica de la familia. En ella la estructura del poder tiende a ser vertical, según criterios de género y edad. Así, el concepto de “jefe de familia” corresponde con la categoría “varón adulto”, la cúspide del poder familiar se halla vinculada al género.

Verticalidad, disciplina, obediencia, jerarquía, respeto, castigo son elementos indispensables para la organización de instituciones militares, dentro de las cuales resultan funcionales.

Cuando estos fundamentos sirven de base para regular las relaciones intrafamiliares encontramos algunas de las siguientes “leyes”, implícitas pero sancionables:

- “Los hijos deben respeto a los mayores”.
- “La mujer debe seguir al marido”.
- “Los hijos deben obedecer a sus padres”.
- “El padre debe mantener el hogar”.
- “El padre es el que impone la ley”.
- “Las faltas a la obediencia y al respeto deben ser castigadas”.

La familia es la institución por excelencia donde tiene lugar la socialización temprana de los individuos, de manera que el ejercicio de la violencia resultaría una barrera para el ciclo de transmisión intergeneracional de valores humanos asociados al bienestar psicoemocional de sus miembros y provocaría múltiples daños a la salud física, psicológica y social de quienes la experimentan. Los estudios sobre la violencia intrafamiliar son una realidad muy antigua, pero se comenzaron a realizar recientemente y todavía existen limitaciones que faciliten disponer de cifras representativas a nivel mundial, para conocer la incidencia y prevalencia de la violencia intrafamiliar en las diferentes entidades del planeta, así como su distribución por zonas geográficas. (Martínez Almodovar, 2015)

3.3. Enfoque de género

Se entiende por género a los conceptos sociales frente a las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los

hombres y las mujeres (OMS, 2018). Esto quiere decir que, socialmente se han asignado una serie de roles que marcan lo que se espera frente al comportamiento del sexo masculino y el sexo femenino, lo cual se enseña desde temprana edad y se construye a través de la sociedad y la cultura.

El enfoque de género centra la atención en las condiciones necesarias para garantizar derechos de acceso a bienes y servicios de la sociedad con justicia e igualdad. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo El Cairo, en 1994, se hizo énfasis en la importancia de eliminar las brechas entre hombres y mujeres y de propender por la igualdad de género, para que ambos puedan tener acceso a oportunidades que les permitan la plena efectividad de sus derechos.

CAPITULO IV

MARCO NORMATIVO

El marco normativo respecto a la protección, ejercicio y restitución de derechos a mujeres en situación de violencia es amplio. En el presente acápite se citan aquellas normas más relevantes en relación al tema de diagnóstico.

En el DECRETO SUPREMO No 3106 se establece atribuciones a los Ministerios del Órgano Ejecutivo del nivel nacional del Estado para la implementación de la Política Pública Integral para una Vida Digna de las Mujeres Bolivianas.

4.1. Ley N° 348

LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA (9-marzo-2013)

Esta ley es amplia, para el tema solo se consideró el artículo 20 dado que es el que direccionó el diagnóstico.

ARTÍCULO 20. (MEDIDAS EN EL ÁMBITO DE SALUD).

En su primer párrafo incluye la garantía de los establecimientos de salud para tratar la violencia.

I. El Ministerio de Salud y Deportes, tiene la responsabilidad de adoptar las siguientes medidas, dirigidas a garantizar a las mujeres en situación de riesgo; o de violencia, el acceso a los servicios de salud, su tratamiento y protección, como un problema de salud pública.

Además de ello, se establece la necesidad de ampliar el mismo para especificar los mandatos en cada establecimiento de salud, con el propósito de tener el personal capacitado en todos los niveles de atención, además establece la necesidad de contar con insumos de prevención, detección y referencia. Estos deben ser cumplidos en todos los niveles:

1. Incorporar estrategias y programas de promoción, prevención e intervención integral en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con el propósito de garantizar la lucha contra la violencia hacia las mujeres en las Políticas Públicas de Salud.
2. Incluir e implementar la Norma Nacional de Atención Clínica, el protocolo único de detección, atención y referencia de la violencia y sus efectos, incluyendo todas las

formas de violencia física, violencia en servicios de salud, psicológica y sexual contemplados en la presente Ley, con enfoque intercultural y de género.

3. Diseñar y ejecutar planes de capacitación, información y sensibilización sobre promoción, prevención y tratamiento integral a mujeres que sufren violencia; al personal profesional, auxiliar y administrativo de los servicios de salud públicos, de los entes gestores de la seguridad social a corto plazo y de servicios privados, para garantizar su actuación oportuna y adecuada en la detección, prevención, atención y protección a las mujeres.

4. Garantizar que el Sistema de Salud Pública, seguro social a corto plazo y privado, responda con atención médica y psicológica de emergencia, tratamiento inmediato para el restablecimiento de la salud física y emocional de las mujeres que se encuentran en situación de riesgo y/o violencia; en la prestación de salud gratuita para la atención de mujeres víctimas de violencia al momento de la implementación del Seguro Universal de Salud, quedando prohibida la negación de atención.

5. Elaborar e implementar mecanismos para la detección y reporte de potenciales casos de violencia que pudieran sufrir mujeres que recurran a los servicios de salud públicos, seguro social a corto plazo y servicios privados.

6. Referir o derivar a las mujeres en situación de violencia o riesgo inminente a los servicios especializados de atención médica, psicológica y de protección.

7. Respetar las decisiones que las mujeres en situación de violencia tomen en ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, en el marco de la normativa vigente.

8. Generar y difundir información permanente y actualizada sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, hemorragias durante el primer trimestre de embarazo, embarazos no planificados y de todas las formas de violencia sexual.

9. El personal médico del Sistema de Salud Público, seguro social a corto plazo y servicios privados, deberán extender de oficio, de forma obligatoria, gratuita y en papel corriente, un certificado médico a mujeres que requieran atención por daño físico o sexual emergente de actos de violencia, debiendo derivarse a las instancias competentes la respectiva valoración del daño psicológico. El médico forense con

carácter prioritario deberá homologar los certificados médicos extendidos en casos de violencia contra las mujeres y establecer el grado de impedimento.

10. Adoptar normas, políticas y programas dirigidos a prevenir y sancionar la violencia en servicios de salud y cualquier otra forma de violencia contra las mujeres en los servicios de salud, ejercida por cualquier funcionario de los servicios de salud públicos, seguro social a corto plazo y servicios privados.

11. Promover la investigación científica para la adopción de exámenes y tratamientos médicos menos invasivos, dolorosos o agresivos.

12. Promover la participación comunitaria activa de mujeres y hombres en todos los establecimientos de salud públicos, seguro social a corto plazo y los privados que presten servicios básicos o que administren recursos fiscales en todos los niveles del Estado, para ejercer control social en el cumplimiento de las medidas señaladas en esta Ley.

13. Ampliación de la atención a las víctimas de violencia física o sexual contra las mujeres como prestación del régimen de seguridad social a corto plazo.

14. Otras acciones necesarias en el ámbito de la atención de la salud, que contribuyan a la erradicación de todas las formas de violencia hacia las mujeres.

La norma también indica la necesidad de que estos casos sean registrados con la finalidad de tener una base de datos:

II. Los servicios de salud de todos los niveles, públicos, seguridad social y servicios privados, tienen obligación de atender, bajo responsabilidad, a toda mujer que solicite atención médica y psicológica, así como reportar casos probables o comprobados de violencia contra las mujeres que atiendan, enviando una copia firmada del registro del caso al Ente Rector, para su inclusión al Sistema Integral Plurinacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia en razón de Género – SIPPASE, dentro de las 48 horas de conocidos los hechos.

4.2. Ley N° 548

Esta ley también es necesaria a considerar dado que los centros de salud también pueden realizar referencias a DNA y SLIM al detectar casos de violencia:

CÓDIGO NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE (17 de julio de 2014)

Dado que también son víctimas de violencia las niñas, niños y adolescente se establece que en el Código NNA ellos tienen derechos referidos a la atención en los Establecimientos de salud como se presenta a continuación:

ARTÍCULO 1. (OBJETO). El presente Código tiene por objeto reconocer, desarrollar y regular el ejercicio de los derechos de la niña, niño y adolescente, implementando un Sistema Plurinacional Integral de la Niña, Niño y Adolescente, para la garantía de esos derechos mediante la corresponsabilidad del Estado en todos sus niveles, la familia y la sociedad.

El código niña, niño y adolescentes en sus artículos 18, 19, 21, 22, 23 y 25 establece derechos a la salud, el acceso a la salud, atención médica, derecho a la salud sexual y reproductiva intervención embarazo en el adolescente. Así mismo determina obligaciones de los Establecimientos de Salud sobre todo en la atención a embarazos a adolescentes como también situaciones de violencia sexual

CAPITULO V

MARCO INSTITUCIONAL

5.1. SEDES La Paz

El SEDES fue creado el 1 de septiembre de 1965 con el nombre de “Unidad Sanitaria de La Paz” a través del D.S. N° 07299, bajo la gestión del Director de Fomento de la Salud y Salud Rural del Ministerio de Previsión Pública, Dr. Walter Julio Fortún.

El 8 de febrero de 1996 a través del D.S. 24237 La Unidad Sanitaria de La Paz cambió de denominación y pasó a ser “Dirección Departamental de Salud” (DIDES) y como una entidad desconcentrada del Ministerio de Salud.

A partir del 8 de febrero de 1996 en cumplimiento de la Ley 1654 de Descentralización Administrativa, la DIDES pasa a depender administrativamente y orgánicamente a la Prefectura del Departamento de La Paz.

El 2 de Septiembre de 1997 a través del D.S. N° 29833 la DIDES cambia de denominativo y pasa a ser, UNIDAD DEPARTAMENTAL DE SALUD (UDES).

Finalmente por D.S. N° 25060 de 2 de julio de 1998 pasa a ser SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD (SEDES).

5.1.1. Misión

El Servicio Departamental de Salud de La Paz es la institución rectora y gestora de la salud del Departamento, desconcentrada administrativa y funcionalmente del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, regula e implementa políticas, planes, programas de salud, promueve la participación de todos los sectores públicos, privados y sociales, contribuyendo a la construcción de una sociedad saludable y el sustento del VIVIR BIEN.

5.1.2. Visión

Al 2020, el Servicio Departamental de Salud afianza su autoridad rectora; la población del Departamento de La Paz ha mejorado su situación de salud, ejerce su derecho a la salud y la vida, y accede, a través de Redes funcionales, a programas y servicios de salud integrales, interculturales y gratuitos en todos los niveles de atención, con calidad, equidad de género participación y control social en el marco de la Política SAFCI.

5.1.3. *Principios*

a. Equidad

Disposición del ánimo que mueve a dar más al que más necesita. En la implementación de la Constitución Política del Estado y las autonomías se debe ser incluyente y atender los requerimientos de todos los municipios para brindar una atención de salud con calidad y calidez a toda la población.

b. Calidad

Es la satisfacción de las personas, familias y/o comunidades por la atención que reciben en salud. Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

c. Participación social

Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.

d. Intersectorialidad

Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

e. Interculturalidad

Es el desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.

Valores

a) Compromiso Social

Es la respuesta del servidor público en el proceso de cambio. Toma decisiones y acciones para lograr que vivir en comunidad; sea digno, respetuoso y sobre todo se establezcan políticas de apoyo a la población.

b) Honestidad

Consiste en comportarse y expresarse con coherencia y sinceridad. Es el respeto a la verdad en relación con el mundo, los hechos y las personas.

c) Capacidad Técnica

Es el conjunto de conocimientos y habilidades que poseen los miembros de la institución para lograr buenos resultados en su trabajo.

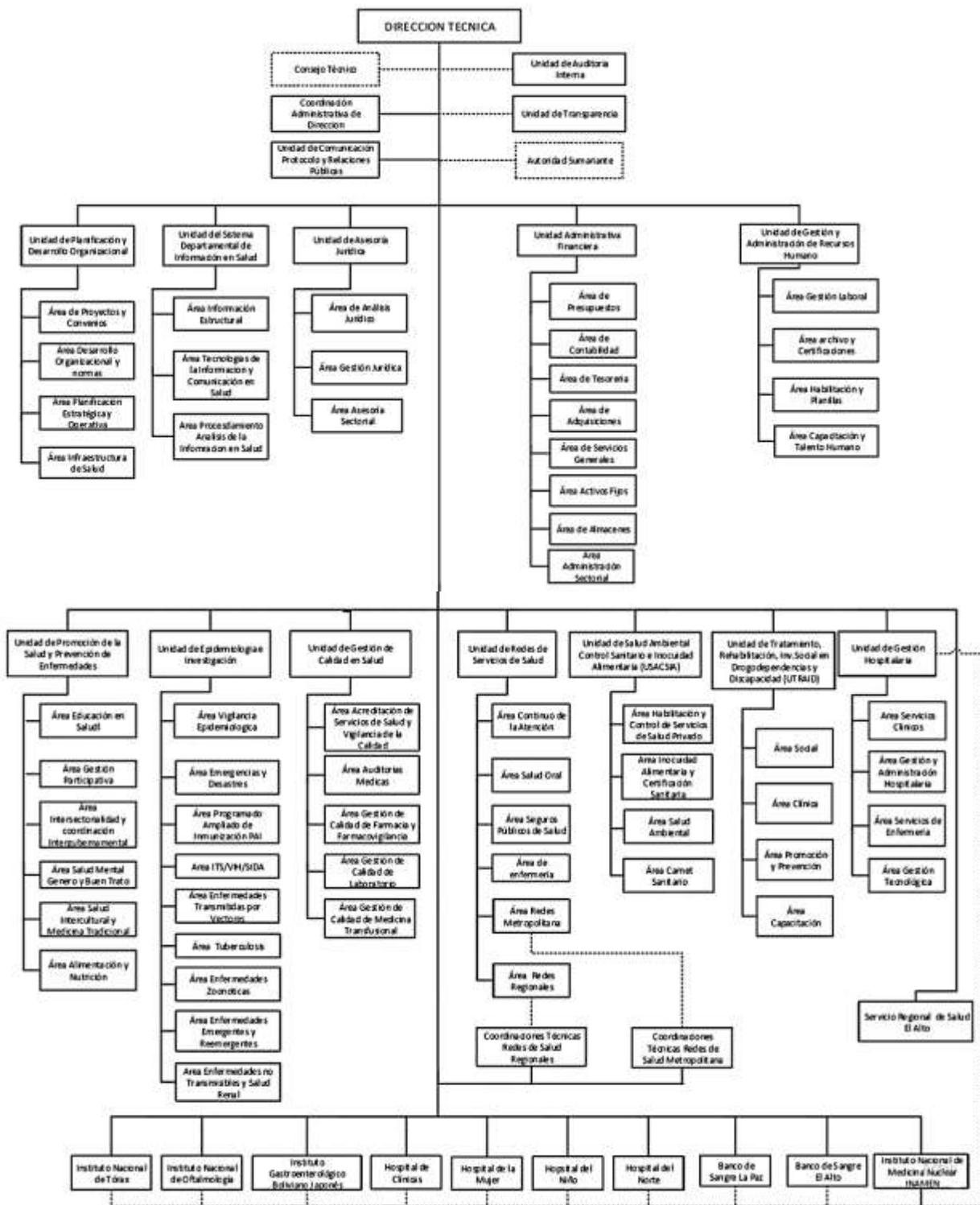
5.1.4. Organigrama

Figura N° 1:

Organigrama del SEDES



Fuente: Red de Salud Corea



Fuente: Red de Salud Corea

5.1.5. Funciones

La Jefatura *Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades* tiene como funciones:

1. Facilitar los aspectos técnicos y operativos en los diferentes niveles de atención del sistema de salud; para el fomento de la organización y participación comunitaria, con estrategias y metodologías educativas y de comunicación en salud que permitan tomar control sobre las determinantes sociales de la salud y la generación de entornos saludables.

2. Fomentar la conformación de redes intra e intersectoriales para el abordaje y sostenibilidad de las acciones de promoción de la salud.

3. Promover los elementos de promoción de salud, relacionados con la SAFCI en las Redes de Servicios de Salud.

4. Facilitar la evaluación de las tareas, actividades y gestiones que realizan las áreas de la Unidad

5. Facilitar la formulación, implementación y evaluación de los instrumentos técnicos jurídicos relacionados con la promoción y prevención

6. Promover las acciones que permitan fortalecer el Modelo de gestión y atención SAFCI, a través de la educación para la vida, participación social y comunitaria, la intersectorialidad, interinstitucionalidad y comunicación en salud.

7. Promover la articulación efectiva de todas las áreas técnicas que participen en el proceso de Educación para la Vida.

8. Elaborar líneas de trabajo intersectorial en el primer, segundo y tercer nivel de atención para el tratamiento adecuado de las determinantes sociales.

9. Implementar estrategias y acciones de salud, en coordinación con las organizaciones sociales urbanas y rurales del Departamento.

10. Orientar la implementación de estrategias y acciones de salud intersectoriales en el Departamento.

11. Coordinar y gestionar alianzas con otras instituciones nacionales e internacionales para mejorar la vigilancia, elaboración de material educativo de promoción y difusión masiva, investigación y capacitación.

12. Coordinar e implementar estrategias de difusión e información sobre la Medicina Tradicional y el enfoque intercultural en salud.

13. Coordinar la elaboración del POA de la Unidad y SEGUIPOAS de forma mensual, trimestral e informes requeridos por la Dirección del SEDES.

14. Realizar otras funciones que asigne su inmediato superior, acorde a la naturaleza de la Unidad.

-En el Área Violencia y Género:

1. Coordinar con los Gobiernos Autónomos Municipales, las Agencias de Cooperación y ONGs, la formulación de los planes departamentales en Salud Mental, Género y Violencia.

2. Organizar, implementar y dar seguimiento a la Red de Salud Mental del Departamento.

3. Realizar seguimiento a la vigilancia epidemiológica de Salud Mental y violencias a través de las Coordinaciones Técnicas de Red.

4. Diseñar y poner en práctica propuestas efectivas de promoción de la igualdad y equidad de género en salud.

5. Fortalecer el enfoque de género de manera transversal en las Redes de Salud, proponiendo indicadores de medición.

6. Promover acciones de vigilancia de Salud Mental y Violencia en los servicios de salud, a través de las coordinaciones técnicas de red.

7. Realizar supervisión capacitante a coordinadores de red, hospitales, establecimientos de salud, en el marco de la competencia de su área.

8. Elaborar y validar material educativo y de promoción en Salud Mental, Equidad de género, buen trato.

9. Elaborar el POA del área y SEGUIPOAS de forma trimestral, semestral e informes requeridos por la Jefatura de Unidad.

10. Realizar otras funciones que asigne su inmediato superior, acorde a la naturaleza del área.

De lo expuesto se puede inferir que se debe priorizar en el POA las actividades a realizar en todos los Establecimiento de Salud en los tres niveles de atención dado que también se debe realizar un monitoreo trimestral por lo que se debe hacer seguimiento de lo establecido en la Ley 348, artículo 20 (Ámbito de salud).a partir del ente superior SEDES a los Hospitales de 2do y 3er Nivel, Coordinaciones de Red y estos a los Centros de Salud.

5.2. Red de Salud Corea

La Red de Salud Corea del Servicio Regional de Salud El Alto (SERES El Alto) dependiente del Servicio Departamental de Salud La paz (SEDES La Paz), ubicada al centro sureste del Municipio de El Alto. Abarca los Distritos 2, 3 y 12, limita al norte con la Red de Salud Los Andes, al este con la Red Holandes, al nor-este con la Red de Salud Lotes y Servicios, al sur con el Distrito 8 de la Red de Salud Senkata y Municipio de Viacha.

Actualmente, la Red de Salud Corea cuenta con un Establecimiento de Salud de II Nivel (Hospital de Referencia) y 20 Establecimientos de Salud de I Nivel, de los cuales 5 son Integrales (funcionamiento de 24 horas, fines de semana y feriados, atención de partos y emergencias) y 15 ambulatorios (de 12 y 6 horas de atención).

El equipo de gestión de la Red de Salud Corea está conformado por un Coordinador Técnico, un administrador de Recursos Humanos, un Responsable de Salud Público, dos técnicos en estadística, un Nutricionista, una Enfermera de apoyo al Área de Salud Pública, un conductor y 2 personal de apoyo administrativo.

La Coordinación Técnica de la Red Corea está a cargo del seguimiento y monitoreo a los 20 Establecimientos de Salud, de acuerdo a las políticas y programas de Salud establecidas para la prestación de servicios a la población.

5.2.1. Misión

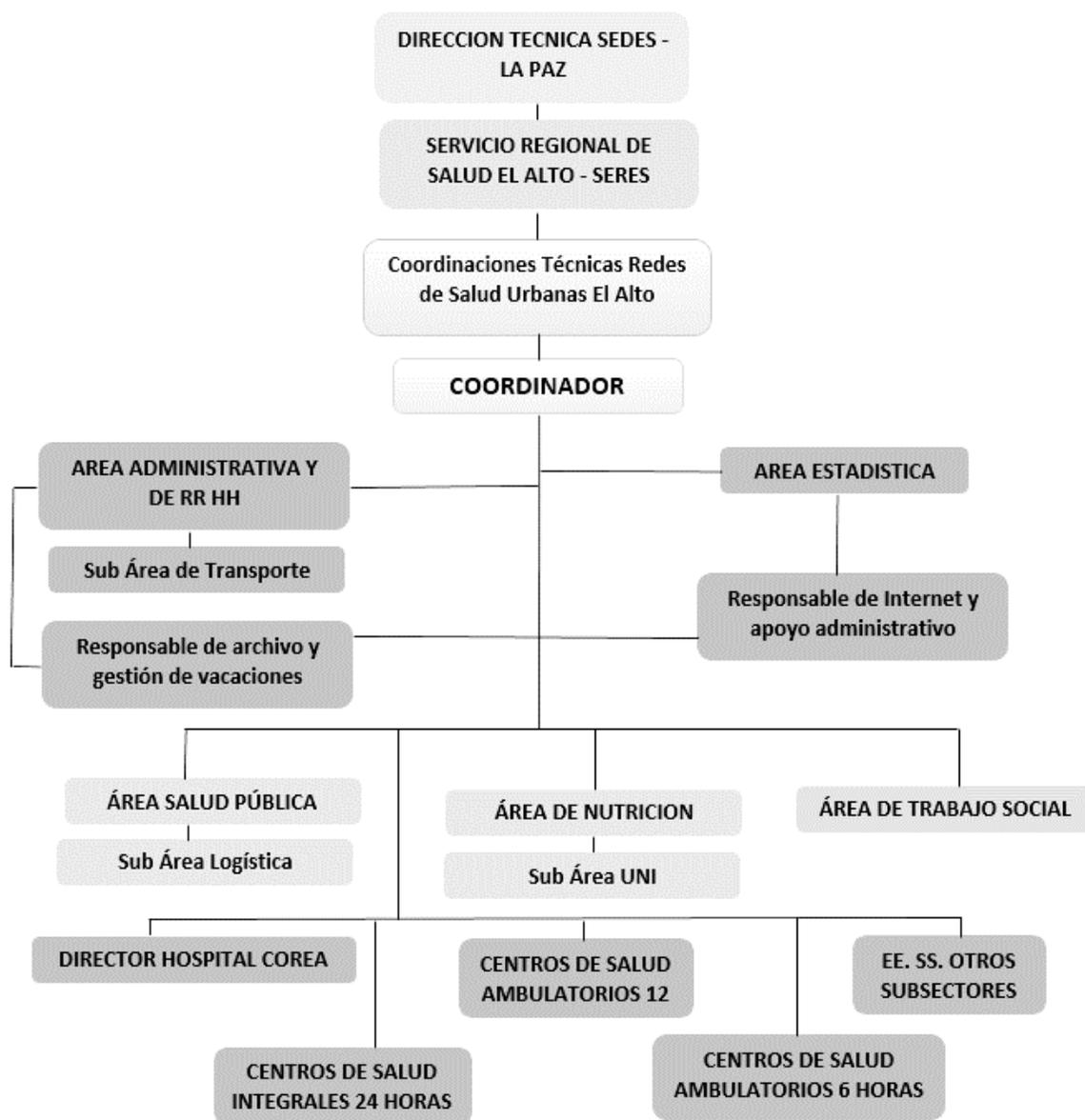
La Red de Salud Corea somos una institución pública, dependiente del Seres El Alto, que direcciona el accionar de sus establecimientos, en cumplimiento con los programas de salud y seguros públicos, responde a la población sistematizado a mejorar una buena salud, demostrando responsabilidad sistematizado en el marco de la salud familiar comunitaria e intercultural, eficiencia y trabajo

5.2.2. Visión

Ser una Red de Salud modelo, que en correspondencia con la comunidad, se promueva la gestión participativa en salud, utilizando el saber médico y tradicional con el que ayude a mejorar la condición de vida de su población.

5.2.3. Organigrama

Figura N° 2:
Organigrama de la Red de Salud Corea



Fuente: Red de Salud Corea

CAPITULO VI

DIAGNÓSTICO

El presente análisis de resultados se enmarca en los objetivos planteados a fin de visibilizar el cumplimiento de la Ley 348, en la primera parte se trabaja cuáles son los mecanismos de atención y prevención ejecutados por los centros de salud, posterior a ello este capítulo presenta la priorización de problemas en el cual se basa la propuesta de intervención.

6.1. Mecanismos para la detección y atención de casos de violencia contra las mujeres

Este punto se trabaja de acuerdo al personal de salud entrevistado considerando sus funciones y protocolos de acuerdo a la Ley 348 que establece que se debe:

Elaborar e implementar mecanismos para la detección y reporte de potenciales casos de violencia que pudieran sufrir mujeres que recurran a los servicios de salud públicos, seguro social a corto plazo y servicios privados.

Referir o derivar a las mujeres en situación de violencia o riesgo inminente a los servicios especializados de atención médica, psicológica y de protección. (Ley 348, Art. 20).

Inicialmente se presenta los mecanismos de atención utilizados y posteriormente aquellas acciones en pro de la detección de casos.

6.1.1. Atención de casos de violencia en el personal de salud

Este punto es referido a la atención y protocolos de atención que trabaja el personal involucrado en los centros de salud.

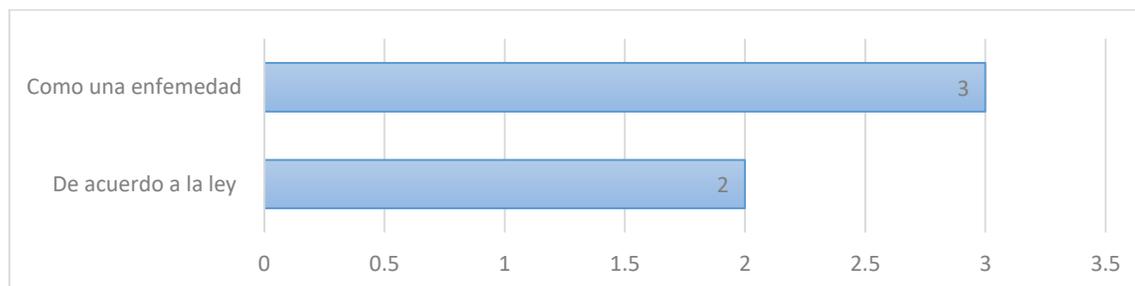
6.1.1.1. Directores de los Centros de Salud

Cada Director cumple la función tanto administrativa como de atención en los Centros de Salud, como Medico de planta tiene la atención general a todos los pacientes de la población, como también en la atención de partos, a niños mayores de años y adultos mayores.

Para iniciar, se grafica con que tenor se realiza la atención a quienes tienen sospecha de que son víctimas de violencia y cual es su procedimiento al momento de que se confirma el caso de violencia:

Gráfico N° 2.

Tipo de atención que realiza los directores en casos de violencia



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a personal de salud, 2021

En este cuadro se puede observar a tres directores de Salud responder que ven la atención a usuarios en situación de violencia solamente como una enfermedad más o una situación que debe resolverse como parte de problemas médicos sin indagar si la afección es un problema de violencia, Chavez (2015) menciona que la violencia es un problema social que requiere de múltiples miradas y formas de análisis para una comprensión integral, las dimensiones que inciden en la violencia familiar, su trascendencia y repercusiones son aspectos que interrelacionan con el contexto social, político, económico, cultural e ideológico, por lo cual la complejidad de su estudio depende de esa interacción e interrelación.

En el ámbito de la salud el personal debiese manejar la contención de el/la paciente como primer punto y/o indagar en aquellos aspectos que resulten sospechosos y no solamente tomarlo por un dolor físico o interno (enfermedad o malestar), pese a ello, dos de los centros de salud, tienen como política solo considerar los efectos de la violencia como una dolencia.

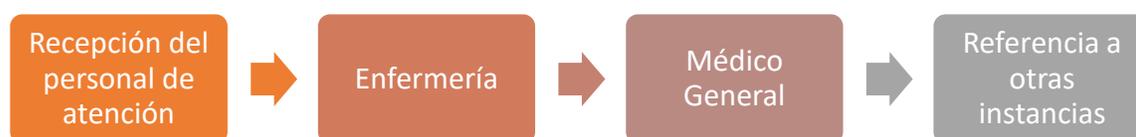
Respecto a la atención de la violencia los centros de salud deben basarse en las normas de atención integral apoyadas por las respectivas leyes como la Ley 358, Código NNA, la política SAFCI, también tienen a su disposición la ficha de referencia a pacientes víctimas de violencia al momento de que una paciente accede al Centro de Salud, además en el POA establecido en cada Centro de Salud Integral si se tiene establecido los programas destinados a la atención y prevención de la violencia que se van ejecutando en ferias de salud.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, los Directores responden que una vez confirmado el caso de violencia, lo refieren directamente a otras estancias, es decir, no hacen un seguimiento directamente de la paciente si viene por una situación de violencia.

En el primer caso, los/as pacientes inicialmente son atendidos por el personal de admisión, luego el personal de enfermería procede a la revisión de signos vitales, peso y talla, donde podrían identificar situaciones o hechos de violencia física o psicológica en la atención, seguidamente pasan a la atención del médico general en lo que ya da su valoración en la historia clínica y dependiendo de la situación de la gravedad realiza la referencia a las estancias correspondientes en el marco de las políticas de salud.

Figura N° 3.

Protocolo actual de atención de casos de violencia en Centros de Salud



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a personal de salud, 2021

Según la Ley 348 al momento de identificar un caso de violencia el procedimiento más allá de la derivación debe ser el de concretar un examen médico:

(el médico) deberán extender de oficio, de forma obligatoria, gratuita y en papel corriente, un certificado médico a mujeres que requieran atención por daño físico o sexual emergente de actos de violencia, debiendo derivarse a las instancias competentes la respectiva valoración del daño psicológico. El médico forense con carácter prioritario deberá homologar los certificados médicos extendidos en casos de violencia contra las mujeres y establecer el grado de impedimento.

El certificado médico expedido en estos centros, constituye una prueba documental importante, pues de acuerdo a los días de impedimento fijados de acuerdo a la referencia, al Médico forense, se determinará la gravedad del caso y el tipo de proceso que debe ejecutarse. Sin embargo, el procedimiento actual refiere a la derivación.

Al momento de coordinar con otras instituciones que respondan ante esta problemática de violencia suelen presentarse dificultades en la referencia y contrareferencia;

“Es pésimo la coordinación, nosotros hacemos la atención Médica pero no como agresión sino como un problema más medico (...) informamos a otras entidades como

la policía o la defensoría recién se están moviendo con este tema.” (Entrevista a Director de Centro de Salud, Dr. W.I.)

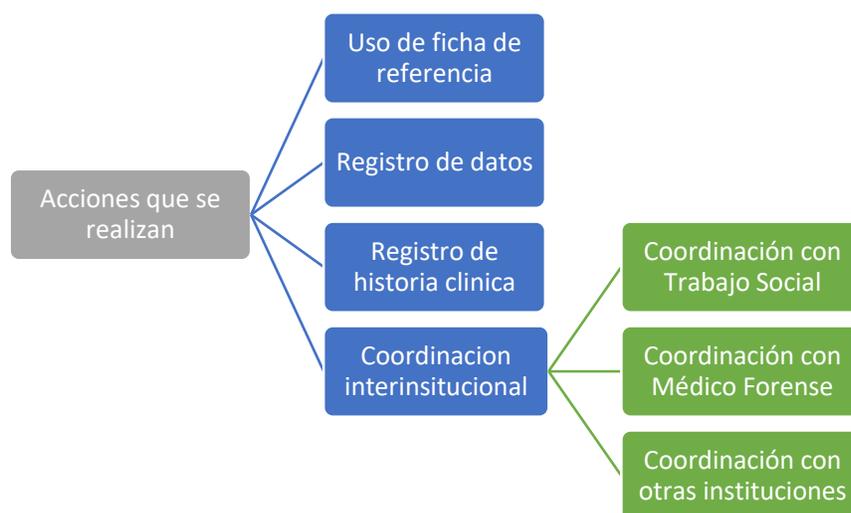
“Cuando hay una paciente de violencia extrema nosotros llamamos al 110 ellos vienen se hace la denuncia se toma los datos de la paciente y ellos la caminan a la defensoría y sobre el municipio en realidad no hay mucha comunicación, no apoya a estos proyectos tampoco de violencia ni de nada, no se tiene muy buena coordinación con la Alcaldía” (Entrevista a Director de Centro de Salud, Dra. S.T.)

6.1.1.2. Médicos Generales

Los Médicos Generales realizan la atención general a los pacientes, también tienen sus especialidades propias que ellos mismos se van actualizando, como ser Especialista SAFCI, Ginecología u otros, a su vez tienen la obligación de atender a pacientes víctimas de violencia como demanda la normativa.

Figura N° 4.

Acciones realizadas por el médico general para la atención de violencias



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a personal de salud, 2021

Ante la consulta si se atendieron casos de violencia, los cinco Médicos generales respondieron que si hicieron la atención a pacientes víctimas de violencia. Para la atención a estos pacientes que se encuentran en una situación de violencia, una vez identificado el problema, también brindan orientación e información sobre los servicios o programas especializados en la atención de violencia o vulneración de derechos (SLIM, DNA, FELCV,

SIJPLU y otros) y realizan la referencia con la respectiva ficha de atención y prevención de violencia establecida a nivel interinstitucional, así mismo, se registra los datos y la situación del paciente en la historia clínica, en casos de emergencia o violencias graves coordinan con el Área de Trabajo Social de la Red de Salud Corea y se remiten los casos a los servicios de acuerdo a la características o situaciones, igualmente se coordina con el Médico forense para que haga la certificación correspondiente y que puede ser valorado en las diferentes instancias.

En cuanto a los procedimientos, los Médicos se basan en realizar una atención general con la diferencia de una persona que se atribuye a dar una atención bajo la Política SAFCI, ahora bien para identificar o sospechar que una paciente ha sufrido violencia ellos señalan las características de:

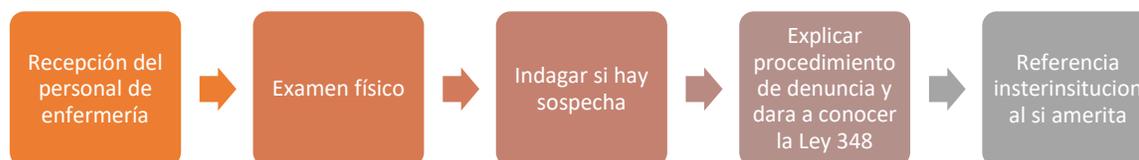
“generalmente es de intimidación que difícilmente pueden mostrar entonces la característica principal es callar o sobreproteger o defender digamos al posible agresor, es un poco manejo multisectorial es decir disciplinario me refiero entonces posiblemente en ese momento se diagnostica de forma más precisa” (Entrevista a Médico General de Centro de Salud, Dr. J.P.)

“por su estado psicológico, también la clínica que presentan politraumatismo” (Entrevista a Médico General de Centro de Salud, Dr.M.SC.)

Entonces se puede ver claramente por su estado emocional las pacientes si ha sufrido posiblemente algún maltrato y es cuando ahí el medico interviene en una charla amistosa para generar confianza y sacando información de la paciente:

“cuando se está haciendo la atención al paciente y si hay una sospecha de que esto ocurriera en el momento de la anamnesis se pregunta, una vez realizado el examen físico al paciente se descubre algo entonces se intercede o mejor se insiste en preguntar, la idea es sacar la información precisa de lo que uno tiene que dar como tratamiento” (Entrevista a Médico General de Centro de Salud, Dr.J.P.)

La confianza es un elemento esencial en medicina, que hace posible la cooperación entre el médico y el paciente evitando la intromisión de regulaciones innecesarias. Se ha observado que los pacientes que tienen mayor confianza en su médico tienen también mayor satisfacción con la atención recibida, se adhieren más a las recomendaciones que se les dan, y cambian menos de médico (Arch Intern Med. 2004)

Figura N° 5.*Procedimiento de atención del médico general ante sospechas de situación de violencia*

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a personal de salud, 2021

Todos los médicos respondieron que sí orientan a la paciente acerca de sus derechos y los diferentes servicios de referencia que pueden acceder, tienen un conocimiento general señalando a instituciones públicas como las Defensorías o los SLIM:

“Si, les explicamos que deben ir a la defensoría o también pueden recurrir a los SLIMS además de nombrarles la ley 348, personalmente les digo también que necesita de un asesor legal para que les pueda ayudar si es que no tuvieran la economía porque hay señoras de muy escasos recursos pero les digo que tienen que ir a exigir sus derechos” (Entrevista a Médico General de Centro de Salud, Dra. K.B.)

También se señaló que no se contaba con especialistas en el área de Psicología y de Trabajo Social dentro de los Centros de Salud, sin embargo, la Coordinación de la Red Corea si cuenta con una Trabajadora Social en el que realiza las funciones respectivas frente a los casos que se presenta y su intervención.

6.1.1.3. Personal de Enfermería

En el área de enfermería de los Centros de Salud su trabajo consiste en la atención a los pacientes como primer contacto, realizando la valoración correspondiente, tomando los signos vitales y además de ser quienes son los que conversan con los pacientes para que puedan ser después revisadas mediante la problemática que presentaron ante el medico de turno. Ante la atención se indica:

“Cuando un paciente viene con violencia se atiende de emergencia y seguidamente el Medico de turno tiene que dar la referencia para que también la paciente vea quien pueda asesorarle” (Entrevista a Enfermera de Centro de Salud, Lic. C.F.)

“Tenemos una ficha que llenamos por violencia intrafamiliar y aparte el médico lo registra en la historia clínica donde ahí colocan todos sus datos de la paciente, también eso va para el médico forense de ser necesario” (Entrevista a Enfermera de Centro de Salud, Lic. E.M.)

Figura N° 6.

Acciones realizadas por el personal de enfermería para la atención de violencias



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a personal de salud, 2021

Según el gráfico, al momento de la atención, realiza el protocolo de atención, y posteriormente, se realiza la coordinación con médico general ya que la consulta es parte de la razón por la que llega la paciente, posteriormente, son las enfermeras quienes realizan el llenado de “ficha de violencia intrafamiliar” con la finalidad de otorgar una documentación para la atención de otras instancias.

El procedimiento que realizan las enfermeras es el siguiente:

Figura N° 7.

Procedimiento de atención del personal de enfermería ante sospechas de situación de violencia



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a personal de salud, 2021

En el proceso de identificar a los pacientes que han sufrido violencia se muestran cualidades de miedo, nervios, se encuentran constantemente preocupados como indica:

“Hay pacientes que vienen con golpes por parte de sus esposos, otras veces en el momento de atención a la paciente se toma sus signos vitales podemos ver los moretones y todo eso” (Entrevista a Enfermera de Centro de Salud, Lic. C.F.)

Además del maltrato físico, la violencia en razón de género hace referencia al uso de la violencia para mantener poder, desigualdad y discriminación de los hombres hacia las mujeres. Sus manifestaciones comprenden la violencia física, sexual, económica y psicológica, incluyendo las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad en la vida pública o privada, cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer. (Albertin, Dorado y Mates, 2015) estas manifestaciones son las que menos pueden identificarse y las que generalmente se normalizan, en el ámbito de la salud, el daño físico es el más evidente, y es sobre el cual se toma acción.

Las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género, especialmente si ha sido durante un largo periodo de tiempo, pueden verse afectadas por un deterioro en las capacidades cognitivas, lo que innegablemente termina afectando en su calidad de su vida. También tienen mayores problemas de salud tanto física como mental, en especial en la última (OMS, 2001)

“hay que actuar a lo que corresponde, damos referencia a los servicios de la Defensoría o el Slim también” (Entrevista a Enfermera de Centro de Salud, Lic. O.Q.)

“les recomendamos que pueden hacer, también les informamos que puede acudir al SLIM” (Entrevista a Enfermera de Centro de Salud, Lic. A.C.)

“les mandamos al Slim aquí en Pacajes acompañado de la ficha de referencia de violencia, sin embargo si la paciente no quiere recurrir a ese servicio, no se procede a hacerlo” (Entrevista a Enfermera de Centro de Salud, Lic.E.M.)

Igualmente al momento de orientar a los pacientes de forma general las enfermas dan referencia de los servicios como la Defensoría, SLIM, es un dato curioso ya que también hay otros servicios a los que se puede acceder pero sin embargo no conocen a detalle que instituciones más pueden coadyuvar en la atención a casos de violencia, según como dicen las enfermeras.

6.1.2. *Detección de casos de violencia*

La OPS/OMS señala como repercusiones de la violencia a nivel de salud que las lesiones físicas producen discapacidades transitorias o permanentes en las víctimas, y en el caso de las lesiones psicológicas, además de la víctima directa, afectan a las/os testigos. Así mismo, en los servicios de salud, produce una carga considerable que requiere una mayor asignación de recursos.

La forma de prevenir estos efectos adversos, es a través de la prevención y la detección oportuna. De acuerdo a procedimientos establecidos, cada centro de salud se guía con la política SAFCI, coordinan con la Estructura Social que vienen a ser las Autoridades Locales de Salud (ALS) o Comités Locales de Salud (COLOSAS), quienes cumplen un rol fundamental para informar y sensibilizar en sus respectivas asambleas de juntas vecinales para combatir situaciones de violencia;

Figura N° 8.

Esquema de coordinación de Centros de Salud con ALS



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a personal de salud, 2021

De acuerdo a la entrevista se señala:

“Nosotros coordinamos todas nuestras actividades con el Comité Local de Salud que es la conformación de las ALS de las demás juntas aglutinando las áreas de influencias” (Entrevista a Director de Centro de Salud, Dr. D.L.)

Las acciones de prevención y de detección, se realizan en coordinación con ALS y COLOSAS, de esta manera se realiza un fortalecimiento comunitario, también es preciso considerar que a través de estas coordinaciones se puede trabajar en la asignación y/o solicitud de implementación de la temática al POA.

La Coordinación de la Red Corea se mantiene organizado de acuerdo a las áreas que la componen (Recursos humanos, Salud Pública, Nutrición y Trabajo Social), en donde van coordinando las actividades que se desarrollaran en base a lo establecido en su POA con los Centros de salud pertenecientes a la Red Corea.

La coordinación de acciones y actividades para tratar temas de capacitación, socialización, orientación e intervención, visitas domiciliarias, etc. Se realiza por dirección técnica de la red, el área de Trabajo Social, área de Salud Pública, Directores de los Centros de Salud, personal del Centro de Salud y personal del área administrativa de los establecimientos.

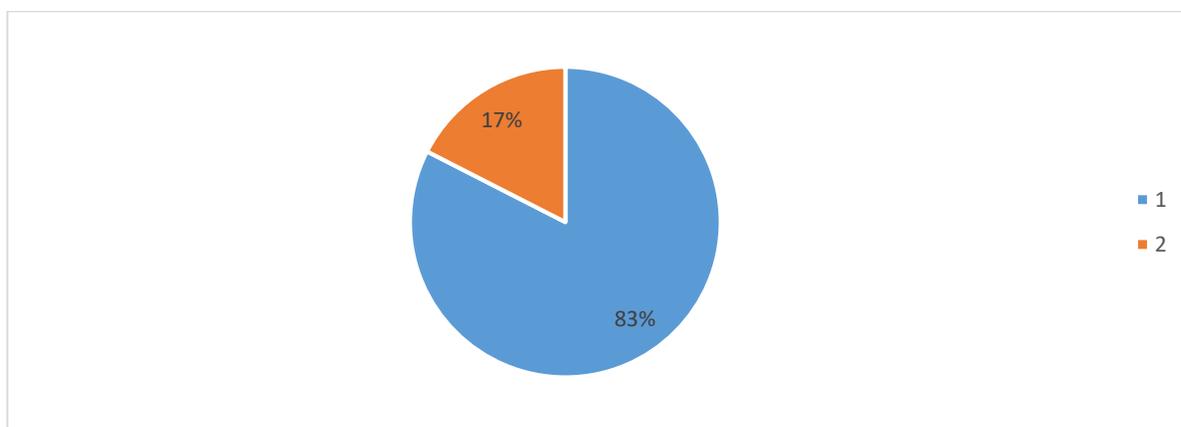
6.2. Capacitación, información y sensibilización de promoción, prevención e intervención integral a pacientes que sufren violencia

Referente al Art. 20 de la Ley 348 que menciona que el personal debe ser capacitado refiriéndose a “Diseñar y ejecutar planes de capacitación, información y sensibilización sobre promoción, prevención y tratamiento integral a mujeres que sufren violencia; al personal profesional, auxiliar y administrativo de los servicios de salud públicos, de los entes gestores de la seguridad social a corto plazo y de servicios privados, para garantizar su actuación oportuna y adecuada en la detección, prevención, atención y protección a las mujeres”.

Se presenta el siguiente gráfico que evidencia la relación de las capacitaciones de otras áreas de la salud comparadas con las de violencia desde la gestión 2019 a 2021:

Gráfico N° 3.

Relación porcentual de las capacitaciones de violencia en referencia a capacitaciones en el área de la salud



Fuente: Elaboración propia en base a revisión documental, 2021

El gráfico muestra que solo se consideró 17% de capacitaciones en torno a la violencia, pese a que, los datos persisten en que la violencia es un tema de salud, ejemplo de ello es que en América Latina, la violencia contra la mujer representa más muerte y discapacidad (entre mujeres de 15 a 44 años de edad) que el cáncer, la malaria, los accidentes de tránsito e inclusive el conflicto armado (OMS, 2010). El siguiente cuadro que evidencia la cantidad de capacitaciones y su comparación referente a la de casos de violencia, cabe mencionar que el número de capacitaciones se trabaja en torno a la necesidad de cada centro y es organizado por la Red.

Tabla N° 2.

Número de capacitaciones en los Centros de Salud de la Red Coreia

CENTRO DE SALUD	2019		2020		2021	
	Número de Capacitaciones	Número de capacitaciones en violencia	Número de Capacitaciones	Número de capacitaciones en violencia	Número de Capacitaciones	Número de capacitaciones en violencia
Centro de Salud Integral Avaroa	14	2	3	1	10	2
Centro de Salud Integral 3 de mayo	9	2	1	1	7	2
Centro de Salud Integral 1 de mayo	14	2	3	1	10	2
Centro de Salud Integral Horizontes	14	2	3	1	10	2
Centro de Salud Integral Villa Adela	10	2	1	1	9	2
TOTAL	61	10	11	5	46	10

Fuente: Elaboración propia en base a revisión documental, 2021

Durante la gestión 2019 se podía ver que las capacitaciones en torno a Salud Pública eran más numerosos que el de violencia, programas respecto a Tuberculosis, manejo del PAI, zoonosis, VPH, VIH SIDA, etc, fueron de las capacitaciones más realizadas, respecto a la violencia solo se hicieron 2 en los meses de junio y noviembre (Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres).

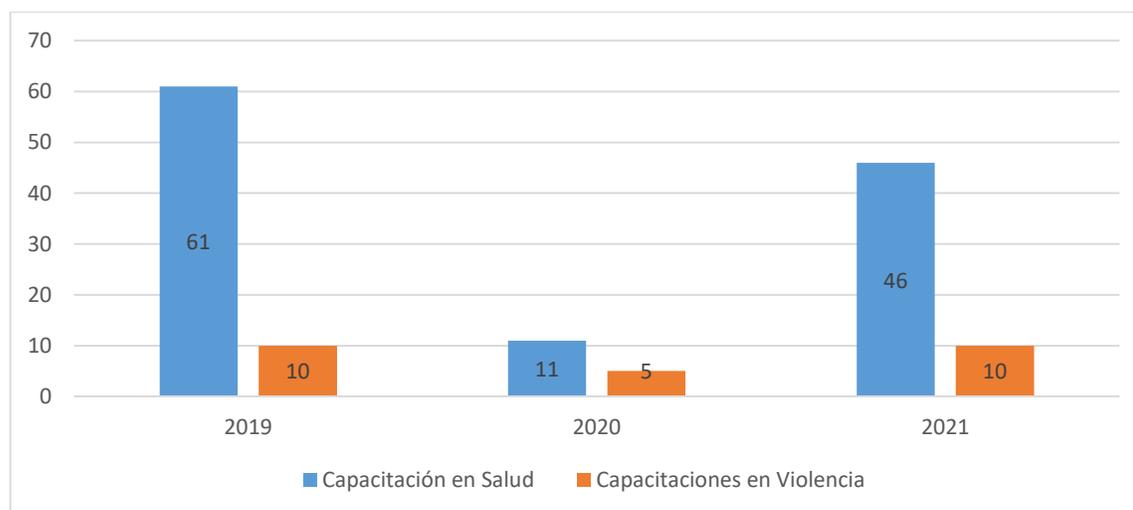
En la gestión 2020 si bien los primeros dos meses se podía ver la normalidad de todas las actividades en el país desde el mes de marzo llegaría la pandemia mundial covid-19 por

lo que se tuvo prioridad a esta enfermedad, en el área de salud todo era direccionado a covid-19 e igual manera para las capacitaciones programadas en las distintas áreas, en el mes de octubre ya se iba estableciendo poco a poco la normalidad de las actividades por lo que en noviembre se hizo la capacitación en atención a situación de violencia via ZOOM.

En la gestión 2021 ya va normalizándose todas las actividades (capacitaciones) de forma presencial, sin embargo, se puede ver que el área de Salud Publica es el área que va realizando más capacitaciones de su área que el de Trabajo Social sobre la Violencia, de igual manera en los mismos meses de junio y noviembre.

Gráfico N° 4.

Comparación de capacitaciones en salud y de violencia



Fuente: Elaboración propia en base a revisión documental, 2021

Como se puede evidenciar las capacitaciones por violencia son muy reducidas a comparación de las que tienen temática de salud, dado que la violencia continúa siendo el tema menos reconocido, si bien los centros de salud obviamente tratan temas de salud, también son de las primeras puertas ante situaciones de violencia.

Algunos testimonios hacen referencia a ello:

“Claro, estamos enmarcados en lo que es las normas vigentes, la Ley 348 que es sobre la violencia hacia la mujer, código niño, niña y adolescente, la política SAFCI este habla del compromiso que debe haber del personal de salud junto con la comunidad para ver estos temas no solamente de atención sino también del manejo de estos pacientes” (Entrevista a Director de Centro de Salud, Dr. E.C.)

Según este testimonio el personal es capacitado, pero en términos de conocimiento de las normas, en el caso del tema de violencia, se evidencia que la Ley 348 es nombrada como una más, entre las diversas leyes que se debe de conocer.

También se menciona que:

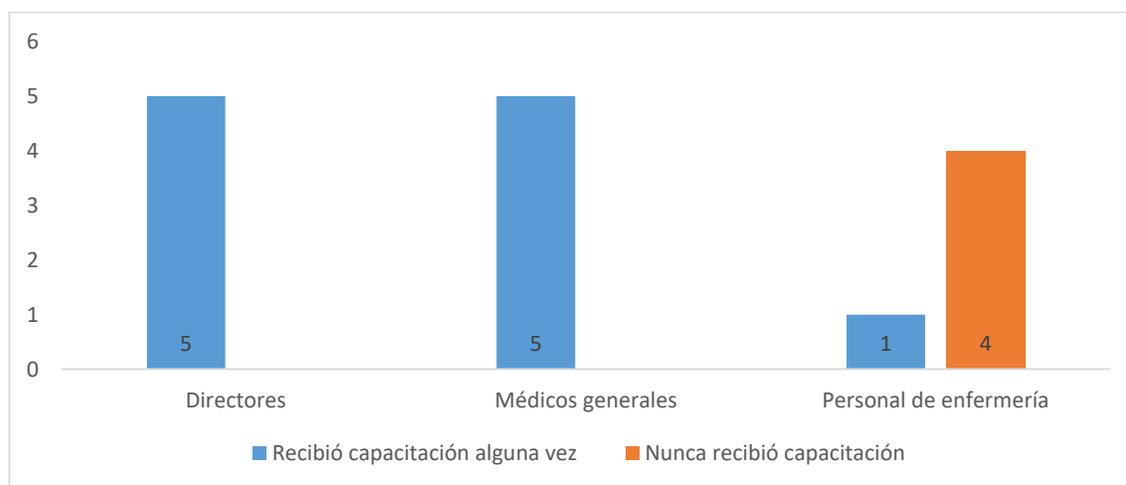
“Exclusivamente si/no (tenemos programas de capacitación) (...), solamente tenemos algunos afiches y obviamente se habla ocasionalmente de lo que es violencia”
(Entrevista a Director de Centro de Salud, Dr. W.I.)

6.2.1. **Recurrencia de la capacitación al personal**

Existe un problema aun mayor y es la cantidad de personas que asisten a estas capacitaciones, ya que solo asiste una persona por centro, empero el personal es más amplio, de acuerdo a datos del Centro de Salud existen 10 médicos, 2 licenciadas de enfermería y 8 auxiliares de enfermería, lo cual pone en evidencia que no todo el personal se capacita, dado que este personal también es rotativo. Las capacitaciones solo están dirigidas a algunos, poniendo en evidencia que no todos acceden a las mismas.

Figura N° 9.

Recurrencia de la capacitación del personal



Fuente: Elaboración propia en base a revisión documental, 2021

Según los Directores el personal cuenta con formación y conocimiento de la ley 348, Ley 548 sin embargo no se tuvo una capacitación específica para la atención y prevención a pacientes víctimas de violencia además que al ser un Centro de Salud de I Nivel tienen que ser la contención de los diferentes problemas que atiende a nivel general.

En cuanto a los médicos la mayoría recibió una capacitación en el proceso de atención a víctimas de violencia sin embargo no fue de forma continua para que tengan una buena atención, es más, algunos lo recibieron hacer varios años atrás, dado que hay formularios que se actualizan constantemente en la atención a nivel de salud entonces se mantienen informados ya sea de forma personal que ellos recurren para estar mejor informados. Es necesario conformar un equipo multidisciplinario para la atención correspondiente de los casos de violencia, pero al no contar con el área de Psicología o Trabajo Social no se logra al completo su seguimiento.

Por su parte, enfermería en lo que respecta a la capacitación no recibió la mayoría del personal según comentaban las enfermeras:

“No recibí ninguna capacitación, sin embargo solicitamos junto con mis compañeros al Coordinador dependiente del Ministerio de Salud para que haya este tipo de capacitaciones porque es un tema delicado pero por el tema de la pandemia se está tardando en recibir esa capacitación” (Entrevista a Enfermera de Centro de Salud, Lic.O.Q.)

“No he sido capacitada específicamente en la temática de prevención y atención a pacientes víctimas de la violencia, solo leyendo es que he ido familiarizándome del tema” (Entrevista a Enfermera de Centro de Salud, Lic. A.C.)

“No he sido capacitada” (Entrevista a Enfermera de Centro de Salud, Lic.S.T.)

En base a estas respuestas es muy preocupante el hecho que no estén familiarizadas con la atención a víctimas de violencia dado que son el primer contacto con la población.

Estos datos coinciden con los propuestos por Arauco, Mamani y Rojas, (2006) que mencionan como una de las principales dificultades la insuficiente formación respecto a la temática, y el poco tiempo para las capacitaciones referentes a la Ley 348.

Debido a la importancia de la denuncia por parte del personal médico en casos de violencia, el sector de salud tiene un rol fundamental en la capacitación y sensibilización de su personal para la atención de personas afectadas por esta problemática. Asimismo, debe promover la organización y desarrollo de grupos de autoayuda para las víctimas de violencia, brindando tratamiento físico y emocional de ser posible; sin embargo cabe recalcar una limitación de un número reducido de médicos forenses que trabajan a nivel departamental, siendo que muchos Jueces solicitan como prueba indispensable un certificado hecho por un

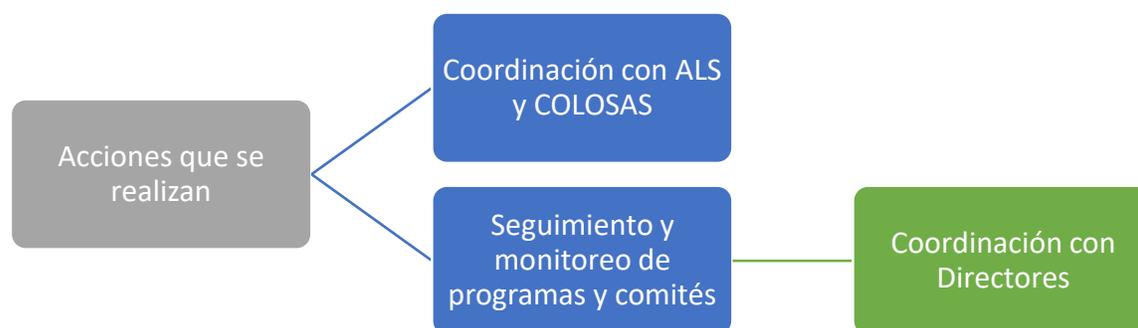
médico forense, cuando cualquier certificado emitido en un centro de salud reconocido debería tener validez y credibilidad. Por esta razón, muchos médicos se niegan a brindar certificados en casos de violencia o maltrato, aduciendo que éste debe ser hecho por un médico forense, lo cual puede causar que la víctima salga del centro médico y no retorne nunca más.

En el ámbito de mejorar los servicios ofrecidos a la población mayormente quieren contar con el área de psicología y Trabajo Social exclusivamente en cada uno de sus centros para mejorar la atención y además del seguimiento correspondiente de los casos.

6.3. Acciones de Trabajo Social en la Coordinación de Red

Figura N° 10.

Acciones realizadas por la profesional de Trabajo Social en la Coordinación de Red



Fuente: Elaboración propia en base a revisión documental, 2021

Las acciones de Trabajo Social, se enmarcan en la Coordinación de Red, es decir que solo hay una profesional para toda la cobertura de la Red. Estas acciones, tiene como objetivo el fortalecimiento social en el marco de la Política SAFCI

“Como responsable de Trabajo Social mi rol es pues fortalecer la estructura social de la Red, que son las autoridades locales de salud y los comités locales de salud por lo tanto tenemos un plan de trabajo y en función a ello se realiza actividades para toda la gestión y se va organizando en coordinación con ellos, hacer conocer las funciones y atribuciones de los comités locales de salud en el marco de la SAFCI” (Trabajadora Social de la Red Corea).

En cuanto a coordinación, la trabajadora social se encarga de realizar el monitoreo de programas, pero también el de estar en constante relación con los comités que tienen origen en las necesidades de la población y se efectivizan a través de los CAIs:

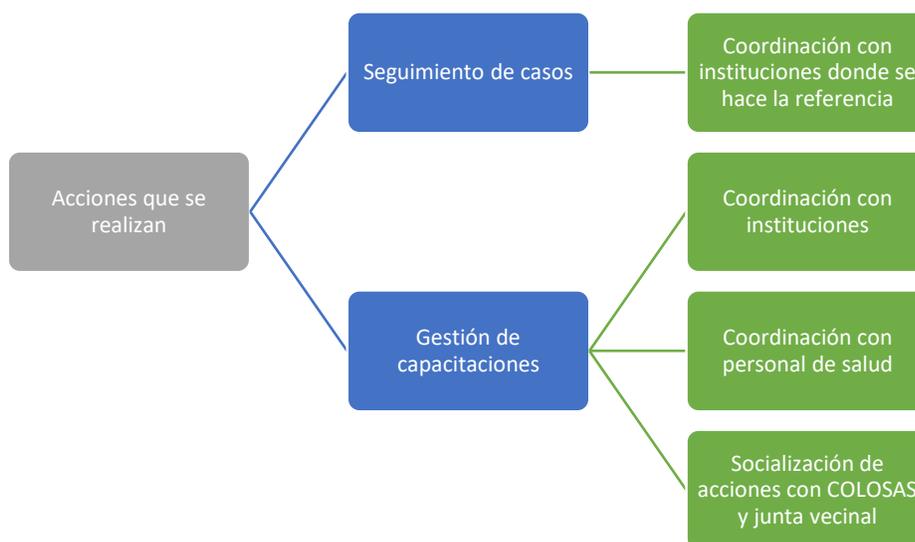
“directamente coordinamos con los directores con el personal de salud, responsables de programas, pues en función a nuestras responsabilidades funciones programas de los cuales también estamos a cargo ese es el nivel, nosotros realizamos diferentes actividades con ellos hay consejos técnicos mensuales tenemos algunas evoluciones seguimientos monitoreo de diferentes programas como puede ser el PAP, violencia, discapacidad, también en relación a los comités de referencia comités de vigilancia de mortalidad y otros temas que se van presentando” (Trabajadora Social de la Red Corea)

De acuerdo al testimonio de la profesional, se evidencia que se encarga de monitorear que distintos programas direccionados a la población se lleven a cabo por parte de los centros de salud, también se encarga de que la población realice sus actividades de control social a través de comités de vigilancia de las distintas problemáticas de las zonas de cobertura.

6.3.1. **Trabajo Social en el proceso de atención y capacitación en el marco de la Ley N° 348**

Figura N° 11.

Acciones realizadas por la profesional de Trabajo Social en la atención y capacitación en el marco de la Ley N°348



Fuente: Elaboración propia en base a revisión documental, 2021

Al momento presentarse un caso de violencia en pacientes se tiene la ficha de referencia en situación de violencia con el que ya cuentan los Centros de Salud y en su mayoría quedan a cargo del personal de salud, estos pueden referir a DNA's, SLIMS, FELCV, etc y coadyuvar en el caso, además de ello, esta ficha se hace conocer a la profesional de Trabajo Social y mantener la coordinación con demás colegas de la profesión donde se podrá dar seguimiento al caso

En cuanto a las capacitaciones, la profesional de Trabajo Social, se encarga de gestionar con diversas instituciones (UNICEF, CIES y otras que trabajan el ámbito de la violencia) talleres y espacios de socialización sobre temáticas de la violencia.

También es necesario mencionar que la profesional se encarga de convocar al personal de salud y de establecer espacios físicos para realizar los talleres, por tanto también coordina con juntas vecinales y COLOSAS para informar continuamente de las acciones que va realizando la Red.

En cuanto al cumplimiento de la Ley 348, en respuesta a la interrogante de cuales debería ser las acciones que se realicen en cumplimiento a la norma, menciona:

“Una de las sugerencias sería (...) establecer el flujograma de atención. Otra sugerencia también sería el elaborar material educativo dirigido a la comunidad y fortalecer la atención en los centros de salud la parte asistencial en casos de violencia de maltrato con el personal de salud” (Trabajadora Social de la Red Corea)

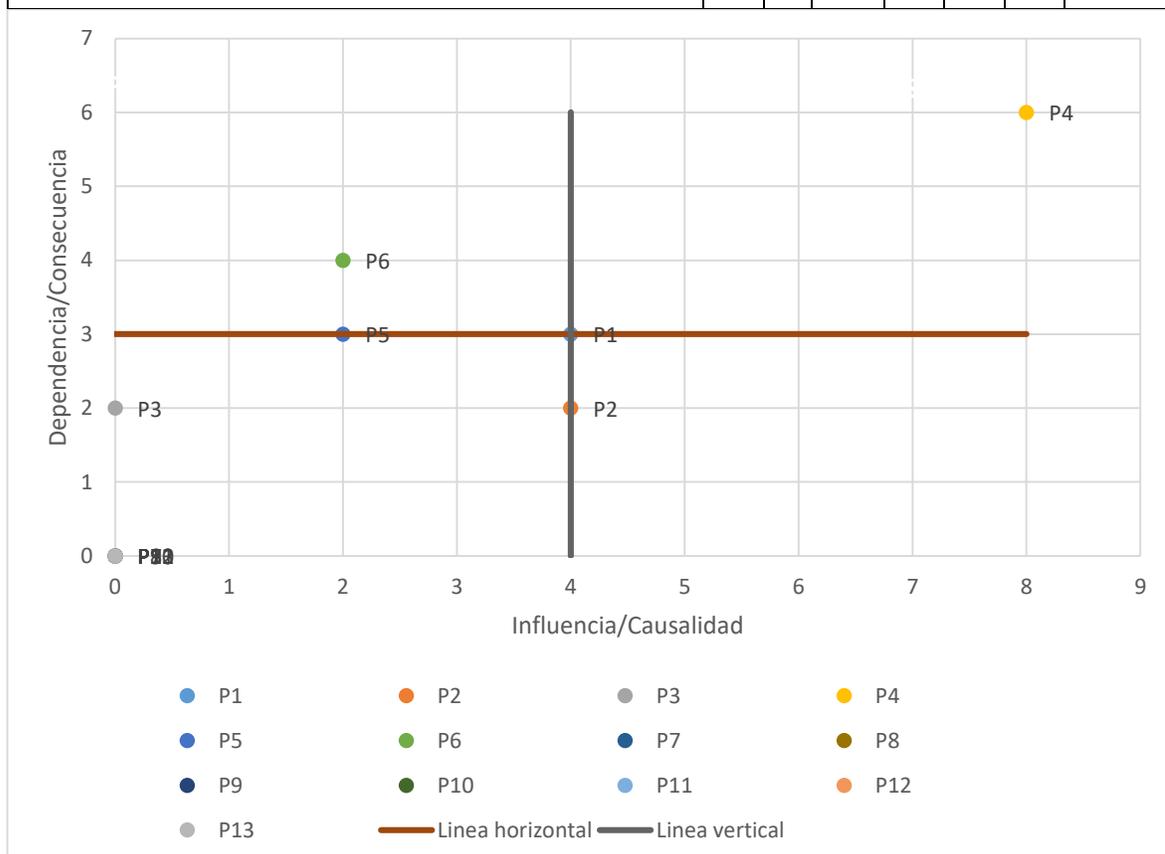
Pese a la importancia de Trabajo Social, al momento de desarrollar funciones de gestión social, investigación social, organización social y promoción social, no todas se han enfocado en relación al ámbito de la violencia mucho menos al cumplimiento del mandato de la Ley 348, dado que se ha intervenido en otras problemáticas que aquejan a la población e incluso se pone énfasis en el peso administrativo al realizar las funciones, ya que estas no permiten encargarse de aspectos como el de la violencia en contra de las mujeres y su atención en los establecimientos de salud.

6.4. Identificación del problema

La identificación del problema se ha realizado una vez analizado los problemas y colocados en la Matriz de Vester, considerando los criterios de influencia de un problema sobre otro:

6.4.1. Matriz de Vester

v	Variable	P1	P2	P3	P4	P5	P6	INFLUEN CIA
P1	Dificultades de coordinación con instituciones de referencia	0	1	0	1	1	1	4
P2	Falta de Seguimiento de casos atendidos	1	0	0	2	0	1	4
P3	Falta de profesionales de Trabajo Social en cada centro de salud	0	0	0	0	0	0	0
P4	Capacitación no continua e incompleta al personal de salud	2	1	2	0	1	2	8
P5	Falta de conocimiento de otras leyes	0	0	0	2	0	0	2
P6	Inexistencia de material educativo para prevención de la violencia para su difusión	0	0	0	1	1	0	2
DEPENDENCIA		3	2	2	6	3	4	20



6.4.2. Descripción del Problema

El problema principal seleccionado de acuerdo a la matriz de Vester es “la capacitación no continua e incompleta del personal de salud”. Dicho problema tiene articulación directa con los otros referidos a la atención y cumplimiento de responsabilidades en los casos de violencia hacia la mujer en sus diferentes manifestaciones.

Los datos obtenidos del Servicio Nacional de Información en Salud “SNIS”, referente a la Red Corea, muestran pocos casos de atención vinculados a la violencia hacia la mujer. En el año 2019 el Centro de Salud que atendió más casos fue el Centro de Salud 3 de Mayo con un total de 18, el Centro de Salud Villa Avaroa con 10 casos y Centro de Salud Villa Adela con 2 casos y de los restantes 18 centros de salud que conforman la Red de Salud Corea solo 8 reportaron un total de 2 a 4 casos por centro.

En el año 2020, durante la pandemia y la determinación de la cuarentena rígida, los centros de salud de primer nivel, cumplieron el mandato de priorizar el rastillaje, prevención y atención de casos de COVID-19, postergando otros problemas de salud, por esta misma razón solo se ese año 10 casos en 4 Centros de salud y el 2021 oportunidad en que se fue retomando la atención en general de los 20 Centros de Salud solo 10 reportaron casos, con un total de 1 caso por centro la mayoría. Al comparar los datos, se ve claramente que la atención de casos de violencia sigue siendo reducida en los centros de salud, en relación al crecimiento de denuncias que registran y reportan otras instituciones entre las más importantes: la FELCV, la FELCC, SLIMS, DNA, Línea 156, u otras instancias que tienen competencia; por ello los centros de salud no son canales que conducen a la denuncia.

6.4.3. *Explicación del problema*

Es fundamental que los centros de salud, en este caso de la Red de Salud Corea, cumplan con el mandato legal establecido en el artículo 20 de la Ley 348 y otras normas vinculantes. El personal de salud se constituye en servidores públicos responsables de implementar sus funciones de manera eficiente y eficaz, atendiendo con calidad y calidez esta problemática de la violencia en sus diferentes tipologías: violencia sexual, física, psicológica, etc.

Como se infiere de las entrevistas realizadas, la mayor parte del personal de salud entre médicos, directores y enfermeras, no están actualizados o capacitados suficientemente para efectuar la atención en el marco de la Ley citada. De esta manera la detección no es priorizada como tarea importante, las posibles violencias son atendidas en su sintomatología de enfermedades comunes, no existe ni coordinación ni seguimiento de casos, tampoco se han generado materiales educativos de prevención de violencias, atención diferenciada para mujeres en situación de violencia; a ello se añade la ausencia de una profesional de Trabajo

Social con carácter permanente en cada centro, que cumpla oportunamente con la intervención social en esta problemática.

Las consecuencias de que no exista capacitación definen a los centros de salud como espacios en los que se puede realizar la atención de enfermedades e incluso de prevenirlas, pero no un espacio donde se puedan realizar exámenes forenses y de orientación para la prevención.

De acuerdo a la investigación diagnóstica realizada, la permanente falta o insuficiente capacitación del personal de salud para la atención de violencias, tiene directa relación con la permanente rotación que del personal de salud por lo que los recursos humanos capacitados no son debidamente aprovechados, siendo esfuerzos de poco impacto los realizados por parte de ONG, Fundación e incluso el Ministerio de Salud que no llega a completarse y/o crearse competencias necesarias para efectuar la aplicación de estos conocimientos, es decir, no habría resultado pues la rotación incluso se da a nivel nacional provocando la discontinuidad del personal, otro de los problemas, es que se puede ver la falta de presupuesto designado para la problemática, además, no cuentan con un POA específico para la atención a la violencia, punto que es tratado desde el mismo SEDES La Paz.

6.5. Síntesis diagnóstica

Una de las cualidades principales en la atención de la violencia específicamente en el área de salud debería ser el reconocimiento que al momento de hacer el primer contacto puedan percibir que la/el paciente haya sufrido un hecho de violencia, y como servidores públicos y bajo ley están en la obligación de poder dar una respuesta con calidad y calidez, partiendo desde las actitudes con las que llega al Centro de Salud, si muestra timidez, aislamiento en sí mismos, usa repuestas frías o cortas, etc., a partir desde la primera autoridad el Director del SEDES - Coordinadores de Redes - Directores de los Centros de Salud y finalmente al personal (como se mencionaba siendo los Centros de Salud de Primer nivel como la primera respuesta en atención dirigida a la población en general), se debe realizar un compromiso con la población, el cumplimiento que señala la Ley 348 de adoptar las medidas dirigidas a garantizar a las mujeres en situación de riesgo; o de violencia, el acceso a los servicios de salud, su tratamiento y protección, como un problema de salud pública.

Las/os profesionales en Trabajo Social, son parte del equipo de salud en la Gerencia o Coordinación de la Red, sus funciones de organización y promoción social se dan de

acuerdo a un calendario elaborado en dicha instancia (Gerencia), además de la gestión y monitoreo de los programas ya existentes. Su intervención en la atención de casos se realiza a requerimiento de los directores de los Centros de Salud y en actividades comunitarias como ser ferias de salud, CAIs.

Sin embargo, los datos del diagnóstico, permiten visibilizar que la temática de violencia no es considerada como primordialmente importante, lo que presenta el poco interés por la necesidad de ser capacitados, pese a que es fundamental que el personal profesional tenga amplios conocimientos y asuman la responsabilidad en el proceso de atención de las violencias, la formación continua, capacitación y actualización para atender personas en situación de violencia, con herramientas teórico-prácticas que apoyan su desempeño profesional, así como la prevención/atención de ésta conforme a lo escrito en la Ley 348, empero no se los ha considerado como demanda hacia la Red.

En ese sentido la propuesta que se presenta en el siguiente acápite, permite resolver el problema de capacitación no continua como parte de las responsabilidades para enfrentar la violencia.

CAPITULO VII

PROYECTO SOCIAL

7.1. Especificaciones del proyecto

7.1.1. Denominación del Proyecto

FORTALECIENDO LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE VIOLENCIA EN CENTROS DE SALUD “RED DE SALUD COREA”

7.1.2. Fundamentación del proyecto

El proyecto que se propone a continuación, es resultado de la elaboración de un diagnóstico social, que busca fortalecer el proceso de atención y prevención de la violencia contra las mujeres en los Centros Integrales de la Red de Salud Corea.

La violencia es un grave problema de salud pública y es un hecho reconocido por propios y extraños, sin duda alguna los prestadores de servicios de salud también se encuentran involucrados en la atención, detección y referencia de casos. La violencia y el maltrato hacia las mujeres en Bolivia se van rigiendo bajo la normativa de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, con la Ley 348 se establece mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores, con el fin de garantizar a las mujeres una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos para Vivir Bien, los servicios de salud, también cumplen ese mandato legal.

Considerando ello se aplicó un diagnóstico que emana los siguientes resultados:

De acuerdo al análisis obtenido, el personal de los Centros Integrales de Salud no tiene conocimientos o herramientas necesarias para la detección, abordaje y seguimiento de casos de violencia en la familia. Se pudo observar que el mismo personal no se encuentra capacitado para valorar factores de riesgo o situaciones de vulnerabilidad en el tema de violencia, requisitos fundamentales para que estos casos puedan ser evaluados e intervenidos por el equipo interdisciplinario correspondiente, y así realizar el diagnóstico y estrategias adecuadas.

La falta de conocimiento de la legislación, de procedimientos legales y de la existencia de un programa específico de violencia hace que no se puedan llevar las denuncias

lo que significa que se les niega a estos pacientes la capacidad de incorporar nuevas estructuras y nuevas herramientas que le permitan enfrentar dicha problemática. En este trabajo se pudo visualizar que los mayores porcentajes de casos reportados se dan en los cinco Centros de Salud Integrales que se conforma en la Red de Salud Corea

Considerando que el personal de salud muestra una base mínima en atención a pacientes que sufren violencia, también se reconoce que una paciente puede tener temor por denunciar al agresor al momento de la valoración clínica, de esta manera es necesario que el personal brinde los insumos necesarios para lograr la detección y denuncia, la norma lo establece a través de capacitación continua del personal para lograr estos espacios, empero este no tiene cumplimiento.

La Red de Salud Corea requiere de mayor esfuerzo en el proceso de atención y prevención de la violencia, por tal razón el presente proyecto tiene como finalidad contribuir en la eficiencia y la eficacia principalmente a nivel de atención al usuario en caso de violencia, considerando que es fundamental que todo el personal sea parte del proceso de sensibilización y capacitación que sin duda alguna beneficiará tanto en atención y prevención, trabajando en conjunto para fortalecer la efectividad del personal de salud.

7.1.3. Duración del Proyecto

La propuesta de proyecto se ejecutará en un periodo de 1 año (gestión 2023), en los Centros Integrales de la Red de Salud Corea (Avaroa, Nuevos Horizontes, Villa Adela, 1ro. Mayo y 3 de Mayo)

7.1.4. Localización del Proyecto

El presente proyecto se realizará específicamente en 5 Establecimientos de Salud de Primer Nivel correspondientes a la Red de Salud Corea dependiente del Servicio Regional de Salud El Alto, ubicada al Centro Sur del Municipio de El Alto, abarca los Distritos 2, 3 y 12, limita al norte con la Red de Salud Los Andes, al este con la Red de Salud Holandés, al nor-oeste con la Red de Salud Lotes y Servicios, al sur con el Distrito 8 de la Red de Salud Senkata y Municipio de Viacha.

7.1.5. Beneficiarios

El proyecto va dirigido al personal de salud: Médicos generales, personal de enfermería, odontología, admisión y limpieza de los Centros de Salud Integrales. Teniendo en cuenta la importancia de identificar y abordar casos de pacientes que sufren violencia,

serán en 120 servidores públicos dependientes de los 5 Centros de Salud Integrales. Se involucrará a todo el personal de cada Centro de Salud.

Los beneficiarios indirectos serán las mujeres, niñas y niños víctimas de violencia, sus familias y la comunidad en general que acuden a los Establecimientos de Salud.

7.1.6. *Factibilidad del Proyecto*

Según Varela, “se entiende por Factibilidad las posibilidades que tiene de lograrse un determinado proyecto”. El estudio de factibilidad es el análisis que realiza una empresa para determinar si el negocio que se propone será bueno o malo, y cuáles serán las estrategias que se deben desarrollar para que sea exitoso.

Se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos planteados y metas que se quiere lograr, en un proyecto el estudio de la viabilidad como el análisis financiero, económico, social, técnico. Así, de esta manera llegar a la toma de decisiones en la evaluación de un posible éxito o fracaso.

En cuanto a la factibilidad económica, se considera el cumplimiento de las actividades programadas en el proyecto dado los acuerdos interinstitucionales con CIES El Alto y UNICEF Bolivia, instituciones que van apoyando en diferentes actividades, considerando que la Red de Salud Corea no cuenta con asignación de presupuestaria para actividades de capacitación y prevención.

En cuanto a la factibilidad social, el proyecto beneficiará a la población en general, teniendo en cuenta que la problemática de la violencia muestra un crecimiento impactante, de manera que amerita realizar acciones conjuntas para incrementar la efectividad y eficiencia en la atención de violencia en los Centros de Salud Integrales.

7.2. *Naturaleza del proyecto*

7.2.1. *Problemática a abordar*

La problemática que se va a abordar es tomada del diagnóstico social que se realizó en los Centros de Salud dependientes de la Coordinación de Red de Salud Corea refiere a la Capacitación no continua e incompleta al personal de salud respecto al mandato de atención de casos de violencia en Centros de salud que establece la Ley 348.

7.2.2. *Intervención a desarrollar*

La violencia es un problema de salud pública, dada su extensión, magnitud y consecuencias, que afecta de manera desproporcionada a las mujeres y a los niños, niñas y

adolescentes, así como a las personas adultas mayores y a otras poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad por razón de su orientación sexual o identidad de género, condición de discapacidad o de enfermedad.

El proyecto busca enfatizar más en el rol de Trabajo Social, se busca que no solo pueda tener un papel que facilite los talleres sino que sea quien capacite (conjuntamente con el responsable del proyecto) temas inherentes a mejorar la respuesta de casos de violencia partiendo, se intervendrá desde la mirada social al personal de cada Centro de Salud Integral conformados por: Medico General, personal de Enfermería y el personal de admisión.

7.3. Objetivos de la intervención

7.3.1. *Objetivo general*

Impulsar que los centros de salud se constituyan en espacios de detección, atención y prevención de violencias hacia la mujer, en el marco del mandato legal establecido en la Ley 348 (Art. 20, Incisos 1,2,3 y 5), que promueve la capacitación continua del personal de salud para incidir de manera eficiente esta problemática.

7.3.2. *Objetivos específicos*

Generar procesos de sensibilización al personal de salud para la atención y prevención de la violencia, coadyuvando con la actualización y capacitación al personal de salud sobre a la Ley 348 y Normas de Atención referidas a la violencia.

Promover la aplicación de protocolos/herramientas y mejorar las estrategias de prevención, atención y seguimiento de las violencias.

Motivar o gestionar la inclusión en los Planes Estratégicos Institucionales y los Planes anuales actividades de capacitación continua para el personal de salud.

7.3.3. *Metas*

Con el proyecto se espera mejorar el proceso de atención en los Servicios de Salud con relación a los casos de violencia y prevenir situaciones mayores, precautelando alcanzar las siguientes metas:

80% del personal de salud es sensibilizado, actualizado y capacitado periódicamente cada tres meses en la Ley 348, otras normativas y reglamentos en relación a la violencia, en la gestión anual.

90% de los centros de salud implementan protocolos de atención y detección a pacientes en situación de violencia en Centros de primer nivel a tres meses de iniciar el proyecto, y promueven acciones de prevención en cada centro.

70% del personal de salud se compromete con enfrentar la problemática y promueve la implementación de capacitación al personal dentro de los POAs y PEIs de cada centro.

7.4. Metodología del proyecto

7.4.1. Modelo pedagógico constructivista

La pedagogía constructivista muestra el camino para el cambio educativo, transformando éste en un proceso activo donde el estudiante elabora y construye sus propios conocimientos a partir de su experiencia previa y de las interacciones que establece con el maestro y con el entorno. La concepción tradicional que asumía al estudiante como un ser pasivo sin nada que aportar a la situación de aprendizaje ya no es válida, reconociendo los conocimientos y características previas con los que llega al aula, los cuales deben ser aprovechados para la construcción del nuevo conocimiento (Zapata, 2015).

Este enfoque define al sujeto es un actor activo del proceso de aprendizaje está en constante actividad mental en la relación con los demás y con el medio que lo rodea El facilitador del aprendizaje debe realizar un sin número de actividades que le permitan conocer la realidad del sujeto social estudiado, debe conocer al sujeto que aprende para poder establecer procesos de desarrollo del pensamiento lógico sin desvincularse de las relaciones interpersonales de los individuos. (Serna, Rosa. 2011. p. 16)

De manera que la metodología será de gran utilidad para poder desarrollar las actividades que serán **presentadas** al personal de salud, consiguiendo no solo un objetivo individual de cada uno, sino que puedan socializar lo aprendido en las capacitaciones con todo el equipo de los Establecimientos de Salud.

7.4.2. Contenidos pedagógicos

Actividad	Contenido
Taller sobre el tema: violencia hacia la mujer	- Violencia hacia la mujer - Tipos de violencia - Consecuencias de la violencia
Encuentro de los profesionales y personal de salud para el uso de las herramientas escritas en caso de atención de violencia	- Herramientas profesionales para atención de la violencia
Taller sobre la prevención de violencia al personal de salud.	- Prevención de la violencia en el ámbito de la salud

Sensibilización a la población atendida en los centros de salud sobre la prevención de la violencia en el entorno familiar.	- Prevención de la violencia en la familia
Simposio dirigido al personal de salud conocedoras de las políticas de salud en casos de violencia. (ley 348)	- Normativa y políticas que protegen a la mujer
Protocolo de atención en caso de violencia	- Protocolo de atención de la violencia
Feria informativa por parte del personal de salud a la población en general sobre la atención y prevención de violencia.	- Atención y prevención de la violencia

7.4.3. Marco lógico

Niveles	Resumen Narrativa	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Mejorar la atención, detección y prevención de la violencia hacia la mujer en los Centros de Salud Integrales de la Red de Salud Corea.	Mayor eficiencia pacientes atendidos en situación de violencia referente a la gestión anterior	Reportes en el SNIS con número de casos atendidos	Que el proyecto logre sostenibilidad
Propósito	Impulsar que los centros de salud se constituyan en espacios de detección, atención y prevención de violencias hacia la mujer, en el marco del mandato legal establecido en la Ley 348 (Art. 20, Incisos 1,2,3 y 5), que promueve la capacitación continua del personal de salud para incidir de manera eficiente esta problemática	80% de los centros de salud Integral de I Nivel con una eficaz y eficiente atención y prevención de casos de violencia	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Informe final del proyecto (alcances de objetivos, presupuesto) ❖ Informe de evaluación ❖ Registros de atención a pacientes en casos de violencia. 	Que la Red de Salud Corea apoye la propuesta
Componentes	C1. • 80% del personal de salud es sensibilizado, actualizado y capacitado periódicamente cada tres meses en la Ley 348, otras normativas y reglamentos en relación a la violencia, en la gestión anual.	1. 100 personas del personal de salud con conocimientos sobre la violencia para su atención óptima cada 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Informe de evaluación ❖ Contratos del personal ❖ Convenios firmados ❖ Fotografías ❖ Registros de participación ❖ Material educativo de apoyo 	Que el personal pueda asistir a las capacitaciones según a actividades programadas desde las entidades altas como el SERES o el SEDES.

	<p>C2. 90% de los centros de salud implementan protocolos de atención y detección a pacientes en situación de violencia en Centros de primer nivel a tres meses de iniciar el proyecto, y promueven acciones de prevención en cada centro</p>	<p>1. 100 personas del personal de salud capacitado a través de un foro debate sobre las protocolos de atención y detección de víctimas de violencia</p> <p>2. 80% del personal de salud promueven acciones de prevención en sus centros y una feria a nivel Red.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Informe de evaluación ❖ Fotografías ❖ Registros de participación ❖ Materiales educativos 	
	<p>C3. • 70% del personal de salud se compromete con enfrentar la problemática y promueve la implementación de capacitación al personal dentro de los POAs y PEIs de cada centro</p>	<p>1. 15 centros de Salud promueven la implementación de capacitación al personal dentro de los POAs y PEIs de cada centro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Informe de evaluación ❖ Fotografías ❖ Registros de participación ❖ Materiales educativos 	
Actividades	<p>A 1.1. Un taller sobre el tema: violencia, los tipos de violencia y sus consecuencias</p>	<p>Un taller de 5 sesiones sobre la violencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Registros de los participantes ❖ Fotografías 	
	<p>A 1.2. Un taller sobre la prevención de violencia en la familia al personal de salud.</p>	<p>Un taller de 3 sesiones sobre la prevención de la violencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Registro de participantes ❖ Registros de contratación ❖ Fotografías 	
	<p>A.1.3. Sensibilización a la población atendida en los centros de salud sobre la prevención de la violencia en el entorno familiar.</p>	<p>Sensibilizar a la población sobre la violencia en el entorno familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Registro de participantes ❖ Fotografías ❖ Material educativo 	

A 2.1. Un encuentro de los profesionales y personal de salud para el uso de las herramientas escritas en caso de atención de violencia	Una jornada de trabajo para el uso de las herramientas de atención.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Registro de participantes ❖ Informe del presupuesto ❖ Informe de evaluación ❖ Fotografías 	
A 2.2. Creación y socialización del manual de protocolo de atención en casos de violencia.	Una reunión de 5 días para la creación de un manual de protocolos únicos de atención y socialización en los diferentes centros de salud del manual.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Registro de participantes ❖ Materiales impresos ❖ Fotografías 	
A 2.3. Una feria informativa por parte del personal de salud a la población en general sobre la atención y prevención de violencia.	Una feria multidisciplinaria para promover los servicios brindados en caso de violencia.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lista de asistentes ❖ Fotografías ❖ Material educativo ❖ Informe de evaluación 	
A 3.1. Dos reuniones de capacitación para PEI y POA para promover presupuestos dirigidos a la capacitación en violencia	Compromiso del personal para promover capacitación permanente hacia el personal en temas de violencia.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lista de asistentes ❖ Fotografías ❖ Material educativo ❖ Informe de evaluación 	

7.4.4. Fases metodológicas

7.4.4.1. Fase de motivación

Objetivos	Actividades	Resultados	Responsable
-Sensibilizar al Coordinador de la Red de Salud Corea con el problema que se decidió intervenir con el proyecto, Unicef y Cies- -Realizar la promoción y difusión sobre el proyecto a los establecimientos de salud, de ser posible con una	Reunión con el/la Coordinador de la Red de Salud Corea y la Trabajadora Social- -Elaboración de materiales de difusión. -Inscripción de los y las adolescentes líderes. - Elaboración de solicitud	-Aprobación de la propuesta de proyecto -Personal comprometidos a participar	-Responsable de proyecto -Trabajadora Social de la Red

circular realizada a partir de la Coordinación de Red.	de permisos al personal para su asistencia.		
--	---	--	--

7.4.4.2. Fase de organización

Objetivos	Actividades	Resultados	Responsable
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar el presupuesto que se necesitará en cada actividad y en el proyecto en general, de con el apoyo de ONG's - Motivar al/la Coordinador de Red y los Directores de los Centros de Salud Integrales dando a conocer el objetivo principal del proyecto, buscando la aprobación 	<ul style="list-style-type: none"> Reunión con el/la Coordinador de la Red de Salud Corea .la Trabajadora Social, representante de UNICEF Bolivia y representante de CIES. - Reunión con el/la Coordinador de red y los Directores de los 5 Centros de Salud Integrales de la Red Corea 	<ul style="list-style-type: none"> -Aprobado las actividades propuestas a la Red Corea y ONG's -El acuerdo y aprobación para ejecutar la actividades con el personal de los 5 Centros de Salud -Personal comprometidos a participar 	<ul style="list-style-type: none"> -Responsable de proyecto -Trabajadora Social de la Red

7.4.4.3. Fase de ejecución

Objetivos	Actividades	Resultados	Responsable
<ul style="list-style-type: none"> -Realizar las actividades propuestas para la ejecución del proyecto. - Desarrollar ferias de salud en el que se incorpore el tema de la violencia dirigidas por el mismo personal de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> -El personal de salud se ira registrando en un cuaderno de actas -Se presentará los objetivos que se tiene y su importancia del mismo. -Se ira organizando cada Centro de Salud para la ejecución de las ferias en puntos estratégicos (plazas, cerca de colegios) 	<ul style="list-style-type: none"> -Se cumplirá con las actividades propuestas -Personal de salud organizado y con resultados positivos en cuanto a la réplica de información recibida. 	<ul style="list-style-type: none"> -Responsable de proyecto -Trabajadora Social de la Red

7.4.4.4. Fase de evaluación

Objetivos	Actividades	Resultados	Responsable
<ul style="list-style-type: none"> -Evaluar todo lo planificado/propuesto del proyecto presentado. 	<ul style="list-style-type: none"> Está evaluación se realizará en tres etapas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Antes: Previamente se evaluará el conocimiento que tiene el personal de salud respecto al tema de violencia y su atención. ➤ Durante: Se realizará también la evaluación durante 	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluación de la propuesta de proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> -Responsable de proyecto -Trabajadora Social de la Red - Coordinador/ra de la Red de Salud Corea

	<p>las actividades para evaluar el cumplimiento de los objetivos del proyecto, si se requiere cambios o ajustes, implementación o mantenimiento de los mismos, también se evaluará su participación y compromiso con las actividades y asistencia.</p> <p>➤ Después. Se evaluará los alcances logrados u objetivos alcanzados por cada actividad, al igual que los obstáculos presentados en cada actividad, si la cantidad de participantes es igual que al principio, si permanece la motivación con la que ingresaron al inicio. Por último estas variables se evaluarán con una técnica de evaluación.</p>		<p>-Representantes UNICEF Bolivia y Cies.</p>
--	--	--	---

7.5. Plan de evaluación

En el proceso de seguimiento se hará de cada las actividades previstas, contrastadas con los resultados esperados, medir y controlar lo que se está previsto durante la ejecución del proyecto las actividades del proyecto y evaluar los resultados mensualmente, lo cual nos permite valorar los resultados que ha logrado en el transcurso del tiempo, esperando que las actividades previstas se cumplan. Para este plan de seguimiento se elaborarán informes de evaluación al terminar cada actividad, el plan a seguimiento se establecerá a partir de los resultados propuestos. El monitoreo es la evaluación sistemática de las acciones o actividades del proceso, para realizar el seguimiento de evaluación se utilizó una matriz (ver en anexos 6)

La evaluación pre – post se realizará bajo los siguientes criterios:

Pertinencia: está relacionada con la formulación del proyecto, el diseño del proyecto debe responder al problema social que aqueja en la atención del personal de salud.

Eficacia: si se cumple los resultados esperados y lograr los objetivos específicos del proyecto.

Eficiencia: Analizar las actividades previstas a partir de los medios, recursos y tiempo disponibles para producir los resultados esperados.

Sostenibilidad: se refiere al impacto de la intervención tienen la posibilidad de continuar después de concluir el proyecto.

7.5.1. *Instrumentos de evaluación*

La evaluación es una estrategia fundamental para la toma de decisiones, porque permite reflexionar sobre la calidad y el alcance del propio trabajo, proporcionando valiosos insumos para la planeación futura los instrumentos tendrán base en el siguiente cuadro:

Resumen del proyecto	Indicadores	Criterios de evaluación	
Finalidad del proyecto	Impactos directo	Impacto	Responsable
Mejorar la atención, detección y prevención de la violencia hacia la mujer en los Centros de Salud Integrales de la Red de Salud Corea.	Menor porcentaje pacientes atendidos en situación de violencia referente a la gestión anterior	<ul style="list-style-type: none"> - Proyección a dar continuidad al proyecto - Inclusión del proyecto en los POAs anuales - Proyecto modelo para otros centros de salud 	- Área de Trabajo Social
Propósito	Beneficios	Eficacia	Responsable
Impulsar que los centros de salud se constituyan en espacios de detección, atención y prevención de violencias hacia la mujer, en el marco del mandato legal establecido en la Ley 348 (Art. 20, Incisos 1,2,3 y 5), que promueve la capacitación continua del personal de salud para incidir de manera eficiente esta problemática	80% de los centros de salud Integral de I Nivel con una eficaz y eficiente atención y prevención de casos de violencia	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel de logro del objetivo central - Factores que contribuyeron al logro del objetivo - Análisis de productos del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación de Red - Área de Trabajo Social
Productos	Cumplimiento de actividades	Eficiencia	Responsable
80% del personal de salud es sensibilizado, actualizado y capacitado periódicamente cada tres meses en la Ley 348, otras normativas y reglamentos en relación a la violencia, en la gestión anual.	Personal de salud atiende los casos de violencia de forma oportuna y optima con herramientas de atención	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecución en cantidad y calidad de los productos. - Plazos de tiempo de ejecución de las actividades 	- Área de Trabajo Social

90% de los centros de salud implementan protocolos de atención y detección a pacientes en situación de violencia en Centros de primer nivel a tres meses de iniciar el proyecto, y promueven acciones de prevención en cada centro.	Personal de Salud conoce y aplica protocolos de atención y detección, y realizan acciones de prevención a cada centro.	<ul style="list-style-type: none"> - Factores que influyen a la eficiencia del proyecto - Factores que han limitado la eficiencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Área de Trabajo Social
C3. • 70% del personal de salud se compromete con enfrentar la problemática y promueve la implementación de capacitación al personal dentro de los POAs y PEIs de cada centro	El Personal de Salud trabajan en promover en sus POAs y PEIs la capacitación continua del personal a través de presupuestos asignados.		<ul style="list-style-type: none"> - Área de Trabajo Social
Pertinencia			
<ul style="list-style-type: none"> - Pertinencia con la política y normativa nacional - Vigencia del objetivo general - Satisfacción de necesidades de aprendizaje la población - Pertinencia de acciones con el fin - Consideración de riesgos para la ejecución del proyecto 			

7.6. Sostenibilidad del proyecto

La sostenibilidad del presente proyecto está dirigida a que el SEDES La Paz, pueda asumir una posición consecuente respecto a ver la capacitación que tiene el personal de salud, si están presentando una calidad y calidez de atención a la problemática de la violencia. En ese sentido se podría implementar al POA esta categoría y garantizar la implementación de las actividades del proyecto.

Sin embargo, también se cuenta con alianzas estratégicas en las que están UNICEF Bolivia y Cies Salud Sexual – Salud Reproductiva, en los que los dos últimos años van apoyando con un presupuesto dirigido para la implementación de actividades similares.

En la sostenibilidad se tomará los siguientes puntos:

Sostenibilidad institucional: entendida como la capacidad de la organización para existir más allá de la presencia o influencia de cualquier individuo o institución, pudiendo mantener organización y credibilidad. Resaltando así que si se llega a las metas propuestas esta propuesta pueda seguir en camino en los próximos años.

Sostenibilidad financiera: Como se mencionaba, la propuesta de proyecto puede ser financiada por las alianzas estratégicas que van realizando con UNICEF Bolivia y CIES.

7.7. Recursos del proyecto

Todo proyecto requiere para su realización una serie de recursos para obtener el producto y lograr objetivos específicos. Los recursos a utilizar en el proyecto serán:

7.7.1. Recursos humanos

Recurso humano	Perfil
1 coordinador	El coordinador debe hacer una supervisión de las actividades a realizar. Es el responsable de la implementación del proyecto en coordinación con el resto del equipo
3 profesionales	1 profesional de trabajo social que se ocupe del área social (participe de capacitaciones) 1 profesional de psicología que se ocupe de área psicológica 1 profesional (abogado) que se ocupe del área legal

7.7.2. Recursos materiales

Actividades	Recurso	Unidad	Costo unitario Bs.-	Costo Total
A 1.1. Un taller sobre el tema: violencia, los tipos de violencia y sus consecuencias	- Hojas bond - Bolígrafos - Refrigerios - Papel resma	- 10 hojas bond - 3 bolígrafos - 120 galletas y jugos - 5 papeles resma	10 ctvs 1 bs.- 1bs.- 1 bs.-	1 bs.- 3 bs.- 120 bs.- 5 bs.-
A 1.2. Un taller sobre la prevención de violencia en la familia al personal de salud.	- Hojas bond - Bolígrafos - Trípticos - Refrigerio	- 10 hojas - 3 bolígrafos - 120 trípticos - 120 refrigerios	10 ctvs 1 bs.- 1 bs.- 1 bs.-	1 bs.- 3 bs.- 120 bs.- 120 bs.-
A.1.3. Sensibilización a la población atendida en los centros de salud sobre la prevención de la violencia en el entorno familiar.	- Hojas bon - Bolígrafos - Material educativo	- 10 hojas bond - 3 bolígrafos - 120 materiales educativos	10 ctvs 1 bs.- 2bs.-	1 bs.- 3 bs.- 240bs.-
A 2.1. Un encuentro de los profesionales y personal de salud para el uso de las herramientas escritas en caso de atención de violencia	- Hojas bond - Bolígrafos - Registro de asistencia - Refrigerios	- 120 hojas bond - 120 bolígrafos - 5 hojas - 120 refrigerios	10ctvs 1 bs.- 10ctvs.- 1bs.-	12 bs.- 120 bs.- 5 ctvs 120bs.-
A 2.2.	- Protocolos impresos	- 5 protocolos - 120 trípticos	30 bs.- 1.50 bs.-	150bs.- 180bs.-

Creación y socialización del manual de protocolo de atención en casos de violencia.	- Trípticos - Registros de asistencia	- 10 registros	10 ctvs.-	1 bs.-
A 2.3. Una feria informativa por parte del personal de salud a la población en general sobre la atención y prevención de violencia.	- Refrigerios - Carteles - Gestión de materiales para la realización de la feria (carpas, mesas, sillas) - Material educativo	- 50 refrigerios - 30 carteles - 5 carpa, sillas, mesas - 50 trípticos - 50 cartillas	1 bs.- 5bs.- Solicitud al SEDES 1.50bs.- 3 bs.-	50 bs.- 150 bs.- 75 bs.- 150bs.-
A 3.1. Dos reuniones de capacitación para PEI y POA para promover presupuestos dirigidos a la capacitación en violencia	- Hojas bond - Bolígrafos - Trípticos - Refrigerio	- 10 hojas - 3 bolígrafos - 120 trípticos - 120 refrigerios	10 ctvs 1 bs.- 1 bs.- 1 bs.-	1 bs.- 3 bs.- 120 bs.- 120 bs.-
TOTAL 1.871 BS.-				

Fuente: elaboración propia

7.7.3. Recursos tecnológicos

Nº	DESCRIPCION	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1	1 Laptop	3000bs	3000bs
2	Transporte (30)	1,50 ctvs	45bs
3	1 Impresora	1500bs	1500bs
4	1 Parlante	500bs	500bs
TOTAL			5045bs

7.8. Presupuesto

El presupuesto total a ser requerido se mostrará a continuación, donde se tomó los siguientes recursos a utilizar: los recursos materiales, recursos humanos, recursos técnicos con los respectivos montos a requerir por recurso.

Pero también se tomara en cuenta un monto para imprevistos de 2000 bs.- para gastos adicionales que pueda haber al realizarse en cada actividad.

Continuación se mostrará todo el presupuesto en general:

Tipo de gastos	Total en Bs	Total \$
----------------	-------------	----------

Gastos de recursos humanos	36.000 bs.-	5209.85 \$
Gastos de recursos materiales	1.871 bs.-	270.76 \$
Gastos de recursos técnicos	5.045 bs.-	730.10 \$
Imprevistos del adicional al sub total	2.000 bs.-	289.40 \$
Total inversión del proyecto	44.916 bs.-	6500.14 \$
		* se toma el tipo de cambio estadounidense 6.91

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1. Conclusiones

Los Centros de Salud se constituyen en un espacio fundamental para la atención de violencias de acuerdo a un mandato legal, este mismo refiere a una serie de acciones que deben ser cumplidas, desde la atención con calidad, el conocimiento de protocolos de atención, la contrarreferencia, la emisión de informes médicos, entre otras, que están emanadas en la ley con la finalidad de establecer un trato adecuado a la mujer para encaminar al proceso de denuncia.

En este sentido, es una responsabilidad profesional individual y colectiva la formación del personal de salud para ser capaces de actuar de forma eficaz con las víctimas y de coadyuvar con otras profesiones que intervienen en la atención, y como Red Corea se debiese responder a esta necesidad profesional de capacitación, es decir que tanto individual como institucionalmente se debiese establecer la continua formación para atender violencia, creando posteriormente acciones que emanen a la prevención de las violencias en la población.

El diagnóstico sirvió de utilidad para detectar que dentro de los establecimientos en salud, al considerar diferentes conductas que denotan algún grado de violencia, se obtiene en casi todos los casos una mayoría de personas que afirman saber que están contempladas, prohibidas o castigadas por alguna ley vigente en el país. Si bien la población reconoce al menos una de estas acciones como conductas penalizadas por la ley, según las entrevistas realizadas, una gran minoría no se sabe todos estos comportamientos están contemplados en la normativa nacional, además son pocos los casos detectados que van más allá del reporte y se consolidan una denuncia.

El resultado clave del diagnóstico recae en el hecho de que el nivel de cumplimiento del mandato de la Ley 348 referente a la capacitación continua y detección y atención de violencia se ve mediado por la falta de conocimiento médico/legal del equipo de salud acerca de la norma vigente, detección, abordaje y seguimiento de casos de violencia y de la voluntad institucional y de la población en no considerar estos temas para el presupuesto que manejan,

empero se debe tomar en cuenta que la entidad superior que viene a ser el Ministerio de Salud no toma medidas de manera continua para responder a esta falencia de conocimientos, además los Centros de Salud no cuentan con programas específicos para la detección, atención y prevención de la violencia, a diferencia que si cuentan con programas de campaña de vacunación, atención de accidentes (hueso fisurado o roto, etc) que son de interés de la población, pero cuando se habla de violencia, este no es un tema a consideración.

Se puede decir que los Centros de Salud están incumplimiento con al mandato y encargo de la Ley 348 respecto a la problemática de violencia, tanto por factores institucionales como por la misma población, que pese a evidenciar el problema en ambos casos, no recurren a invertir sus recursos a fomentar este aspecto.

Siendo que la violencia es un tema que debe ser desarrollado desde diferentes ámbitos uno sería el ámbito social, Trabajo Social en cuanto a la Red se encarga del monitoreo de cumplimiento de los programas y actividades de control social en todos los centros de salud que ya se encuentran funcionando, sin embargo las acciones que realiza para la problemática no son apoyados por el personal de su área, es decir que la carga laboral y administrativa no permite que realice más acciones que las encargadas, dado que solo hay una profesional para más de 20 centros de salud que confirman la Red.

La falta de conocimiento de la legislación, de procedimientos legales y de la existencia de un programa específico de violencia provoca que no se puedan llevar las denuncias lo que significa que se les niega a estos pacientes la capacidad de incorporar nuevas estructuras y nuevas herramientas que le permitan enfrentar dicha problemática. En este trabajo se pudo visualizar que los mayores porcentajes de casos reportados se dan en los cinco Centros de Salud Integrales que se conforma en la Red de Salud Corea

Por lo tanto al finalizar este estudio se podría decir que el personal de salud no está capacitado en la problemática de violencia para su atención brindada en cada Centro de salud a excepción de los directores quienes brindaron mayor información respecto a esta problemática.

Sin duda, es necesario fortalecer el trabajo interinstitucional e intersectorial en la Red de Salud Corea para la prevención y atención de la violencia, el proyecto propuesto responde a estas necesidades de aprendizaje y busca el involucramiento de profesionales en la socialización de contenidos que permitan fortalecer este aspecto en la Red desde la mirada

de Trabajo Social que rescata saberes y los amplía en el marco de la lectura del contexto, permitiendo así no solo mejorar la atención sino crear procesos futuros de incidencia para poder replicar experiencias.

8.2. Recomendaciones

Es importante reconocer que las acciones y los esfuerzos de atención, prevención e información que se realicen para combatir la violencia, así como la unión de los esfuerzos contribuyen a la creación de una cultura de igualdad y equidad libre de violencia, donde las relaciones de los hombres y las mujeres se basen en el respeto, la tolerancia y la responsabilidad compartida. Por lo que es recomendable que el personal de salud se encuentre listo para valorar factores de riesgo o situaciones de vulnerabilidad en el tema de violencia, requisitos fundamentales para que estos casos puedan ser evaluados e intervenidos por el equipo interdisciplinario correspondiente, y así realizar el diagnóstico y estrategias adecuadas. Sin duda con lo que se debe contar es de un profesional de Trabajo Social al menos en cada uno de los Centros de Salud Integrales. Además se recomienda:

- Fortalecer al personal de salud en capacitaciones de la temática de violencia.
- Difusión de funciones y responsabilidades que tienen los Establecimientos de Salud hacia la población referente a la atención a casos de violencia.
- Proyección comunitaria del establecimiento de salud hacia su área de influencia con información integral en salud incorporando el abordaje de la violencia.
- Creación de un espacio físico de confidencialidad con el abordaje de pacientes de violencia
- Impulsar una Red Interinstitucional de atención y prevención de la violencia para establecer acciones conjuntas.

Para finalizar este acápite, se debe mencionar que se espera que el presente documento sea útil para establecer acciones que reduzcan la violencia hacia las mujeres mejorando su entorno familiar siendo el ámbito de la salud quien contribuya a este propósito.

BIBLIOGRAFÍA

- Alzérreca A. Jiménez M. (2006) Percepciones sobre violencia Intrafamiliar, estudio realizado en macro distritos 3-4 de la ciudad de La Paz. 1ra Edición: La Paz Bolivia. Editorial Fundación La Paz.
- Albertín P.; Dorado A.; Mates, I., (comps). (2015). *Intervención Investigación en violencias de género*.
- Ander-Egg, E. (1992) Técnicas de investigación social. México. El Ateneo.
- Arauco, E., Mamani, R., y Rojas, J. (2006) Respuesta de los servicios de salud para atender la violencia. CEPAL
- Barrantes, R. Investigación, (2014) Un camino al conocimiento, Un Enfoque Cualitativo, Cuantitativo y Mixto. San José, Costa Rica, Editorial EUNED.
- Bonilla, E, y Rodriguez, P. (2005) Más Allá Del Dilema De Los Métodos. La Investigación En Las Ciencias Sociales. Tercera Edición Edit. Norma.
- Caballero D. Arandia M. Arnez O. (1998) Salud y violencia intrafamiliar. Primera Edición. La Paz Bolivia: Editorial OMS/OPS.
- Chamba Salcedo, Kléber (2001) Bases epistemológicas, taxonómicas, sociológicas y psicopedagógicas del currículo, Edit. UNL, Loja, Ecuador.
- Chávez Carapia J. (2015) Violencia Familiar Ediciones UNAM – DGAPA pag. 11
- Coalición Nacional Contra la Violencia Doméstica (NCADV) Denver , Colorado, <https://ncadv.org/>
- CIPD (1994) Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo.
- Corsi Jorge; Compilado (2004) “Violencia familiar una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social “.1º ed. 5º reimp. Editorial Paidós S.A.I.C.F, Bs. As. Pág. 1-233.
- Díaz P. (2021) Violencia de género en el primer trimestre del 2021, El Deber
- Hernández Sampieri, Roberto (2001); et al. Metodología de la Investigación. 2ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., Pág. 52 - 134.
- Gálvez G. Carlos (2009) “Violencia, abuso y maltrato”, Argentina.
- González Leal EG, Pardo Gómez ME, Izquierdo Lao JM. (2017) La violencia como problema de salud pública en Venezuela: algunas reflexiones desde la perspectiva del profesional de seguridad ciudadana. Medisan

- González, D. (2014) Trabajo Social “La Violencia Familiar en Puerto Rico”, Puerto Rico, 2009, Edit. RASSF, p. 36-37
- Guevara, G., Verdesoto, A., y Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). Recimundo Pag 163-173
- Ley N° 348 (2013) Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia., ED C.J. Ibañes. La Paz- Bolivia :7-10
- Martínez Almodovar MB, López Triana AE, Díaz Montesinos A, Teseiro Plá MM. (2015) Violencia intrafamiliar y trastornos psicológicos en niños y adolescentes del área de salud de Versalles, Matanzas.
- Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera I, Salmerón-Castro J. (2003) Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Pública Méx.;45:472-82.
- Myers, D. (2006), Psicología 7ma edición. Editorial Médica Panamericana:Madrid
- Poggi, F. (2019) Sobre el concepto de violencia de género y su relevancia para el derecho Università Degli Studi di Milano Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r6522.pdf>
- OMS. (2018). Violence against women Prevalence Estimates. Ginebra. 2018
- OMS (2018) Notas descriptivas: Género y salud
- Onostre Guerra R. D. El síndrome del niño maltratado "The brass haired child syndrome" Rev. bol. ped. vol.53 no.3 La Paz 2014
- Quiros L. (2004) El impacto de la violencia intrafamiliar Transitando de la desesperanza a la Recuperación del Derecho a vivir libres de violencia.
- Requena Gonzales S. Una mirada a la situación de la violencia contra la mujer en Bolivia, Revista de Psicología n.17 La Paz jun. 2017
- Sancho, M Violencia hacia la mujer en el ámbito familiar y/o de pareja un enfoque desde la ley civil 24.417 de protección contra la violencia familiar. España: Universitat Autònoma de Barcelona 2019
- Saravia S. I. (2020) En cuarentena, la casa fue la condena de muchas mujeres Portada Muy Waso.com

ANEXOS

Anexo 1

ASPECTOS HISTORICOS DE LA SALUD PUPLICA (SEDES LA PAZ)

La salud pública se inició en La Paz en 1942 cuando el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública ejecutó sus actividades en Bolivia, siendo nuestra ciudad la primera del país en contar con un Centro de Salud construido y equipado para este propósito, ubicado en la zona Garita de Lima en el centro en el que actualmente funciona el Hospital La Paz.

ASPECTOS HISTÓRICOS:

La salud pública se inició en La Paz en 1942 cuando el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (CISP) ejecutó sus actividades en Bolivia, siendo la urbe paceña la primera del país en contar con un Centro de salud construido y equipado para este propósito, ubicado en la zona Garita de Lima en el centro en el que actualmente funciona el Hospital La Paz. El responsable de esta obra y primer director fue el Dr. Luis Gallardo Alarcón. Posteriormente el CISP construyó sus oficinas centrales en la Plaza Franz Tamayo (Plaza del Estudiante), para convertirse más tarde en el Ministerio de Salud y que era conocido como el Edificio de Salubridad.

En este primer periodo de la Salud Pública (1945 – 1951) el programa más importante que se inició fue la sistemática vacunación con vacuna triple y la antivariolosa. En una segunda etapa (a partir de 1952) se inicia los estudios epidemiológicos y la programación de acciones concretas y específicas en el marco de la salud pública, como las campañas masivas de vacunación, organización de clubes de madres y comités de salud, además se organiza la primera unidad móvil de atención para el altiplano, siendo Pillapi la primera localidad favorecida.

El Servicio Departamental de Salud fue creado el 1 de septiembre de 1965 con el nombre de “UNIDAD SANITARIA LA PAZ”, a través del Decreto Ley N°07299, cuando los Presidentes de la Honorable Junta Militar de Gobierno eran Gral.FF.AA. Rene Barrientos Ortuño y Gral. Ejercito Alfredo Ovando Candía;bajo la gestión del Ministro de Salud Dr. Carlos Ardiles quien aprobó la propuesta del Director de Fomento de la Salud y Salud Rural del Ministerio de Previsión Pública, Dr. Walter Fortún de crear una unidad sanitaria en La Paz.

El 8 de febrero de 1996 a través del D.S. 24237 La Unidad Sanitaria de La Paz cambio de denominación y pasó a ser “Dirección Departamental de Salud” (DIDES) y como una entidad desconcentrada del Ministerio de Salud.

En un principio la Unidad Sanitaria La Paz realizó sus actividades en la Av. Villazon N° 64, frente a la Universidad, luego se trasladó a la Asistencia Pública, ubicada en la Av. Camacho y en 1974 se va al 7° y 8° piso del Edificio de la Lotería Nacional. Posteriormente en 1995 se traslada a la actual edificación, producto de un proyecto preparado por la institución en el marco del “Proyecto de Fortalecimiento Institucional y de Servicios de Salud”, financiado por el Banco Mundial.

A partir del 8 de febrero de 1996 en cumplimiento de la Ley 1654 de Descentralización Administrativa, la DIDES pasa a depender administrativamente y orgánicamente de la Prefectura del Departamento de La Paz, sin embargo mantiene dependencia del Ministerio de Salud.

El 2 de Septiembre de 1997 a través del D.S. N° 29833 la DIDES cambia de denominativo y pasa a ser, UNIDAD DEPARTAMENTAL DE SALUD (UDES).

Finalmente por D.S. N° 25060 de 2 de junio de 1998 pasa a ser el SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD (SEDES) y por el D.S. 25233 de 27 de noviembre de 1998 se establece el modelo básico de organización, distribución y su funcionamiento.

Durante estos años se ejecutaron acciones y actividades que fueron importantes para la salud de la población, como la campaña masiva de vacunación casa por casa para erradicar la viruela, la lucha contra el cólera que se inicia en 1991 y se extiende hasta 1998 cuando se detecta el último caso de esta enfermedad, se inicia la campaña de eliminación del sarampión, se fortalecen acciones de prevención, vigilancia y controles epidemiológicos.

En coordinación con la Prefectura del Departamento se equipa con equipos de última generación de 323 establecimientos de salud de los cuales 294 son postas sanitarias, 13 centros de salud y 14 hospitales de segundo nivel, además del equipamiento del Banco de Sangre de referencia departamental y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital de la Mujer.

Anexo 2

Ley 548 Código niña, niño y adolescencia en relación a la atención en salud

17 de julio de 2014 - CÓDIGO NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE

ARTÍCULO 1. (OBJETO). El presente Código tiene por objeto reconocer, desarrollar y regular el ejercicio de los derechos de la niña, niño y adolescente, implementando un Sistema Plurinacional Integral de la Niña, Niño y Adolescente, para la garantía de esos derechos mediante la corresponsabilidad del Estado en todos sus niveles, la familia y la sociedad.

ARTÍCULO 18. (DERECHO A LA SALUD).

Las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a un bienestar completo, físico, mental y social. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud gratuitos y de calidad para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.

ARTÍCULO 19. (ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD).

El Estado a través de los servicios públicos y privados de salud, asegurará a niñas, niños y adolescentes el acceso a la atención permanente sin discriminación, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, habilitación, rehabilitación y recuperación en los diferentes niveles de atención.

ARTÍCULO 21. (ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA).

I. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia. Los centros y servicios de salud pública, están obligados al cumplimiento de esta norma de forma inmediata en casos de emergencia.

ARTÍCULO 22. (DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA).

I. El Estado en todos sus niveles, garantiza el desarrollo, procesos de información, sensibilización y capacitación relacionados a los derechos sexuales, derechos reproductivos, sexualidad integral, la provisión de servicios de asesoría, así como la atención y acceso a insumos para el cuidado de la salud reproductiva, mediante servicios diferenciados.

II. Las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo a su desarrollo físico y psicológico, tienen derecho a recibir información y educación para la sexualidad y para la salud sexual y reproductiva, en forma prioritaria por su padre y por su madre, guardadora o guardador y tutora o tutor, y dentro del sistema educativo.

ARTÍCULO 23. (ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE).

I. El Ministerio de Salud, en coordinación con las Entidades Territoriales Autónomas, implementará acciones en base a lineamientos de la Política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural.

II. El Ministerio de Salud fijará cada cinco (5) años, un índice de embarazo adolescente aplicable a todo el territorio nacional, mismo que será monitoreado anualmente.

III. Las Entidades Territoriales Autónomas que tengan un índice de embarazo en adolescentes por encima del fijado por el Ministerio de Salud, deberán realizar acciones diferenciadas y podrán realizar las reasignaciones presupuestarias necesarias para la disminución de este índice.

ARTÍCULO 25. (OBLIGACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD).

Los hospitales y establecimientos públicos y privados de atención a la salud de las gestantes, están obligados a:

a) Mantener un registro de los casos atendidos por medio de fichas médicas individuales por un plazo de dieciocho (18) años, donde conste la identificación pelmatoscópica o impresión plantar de la recién nacida o nacido y la identificación dactilar de la madre, sin perjuicio de otros métodos de identificación;

b) Realizar exámenes de la recién nacida o del recién nacido, para diagnosticar y tratar adecuada y oportunamente las enfermedades que se puedan presentar;

c) Expedir gratuitamente el certificado de nacido vivo o muerto y el alta médica donde consten necesariamente las incidencias del parto y el desarrollo de la recién nacida o nacido, como requisito para el egreso del establecimiento médico;

d) Garantizar la permanencia de la o el recién nacido junto a su madre, cuando ello no implique un riesgo para la salud y vida de la o el recién nacido;

e) Brindar consejería eficaz a las adolescentes para promover toma de decisiones informada;

- f) Brindar un servicio respetuoso, no revictimizador a las madres adolescentes víctimas de violencia sexual; y
- g) Permitir la presencia del padre al momento del parto.

Anexo 3

Guía de entrevista a Directores de Centro de Salud

Objetivo de la Entrevista

Analizar el cumplimiento de los incisos 1, 2,3 y 5 del artículo 20 de la Ley 348 cuyo mandato alcanza a los centros de salud de primer nivel dependientes de las Redes de Salud.

I. Datos generales

Nombre del Centro de Salud:

Nombre del Director (a).....

Tiempo que desempeña el cargo de director,

Antes ocupó un cargo similar..... En qué Centro:

Preguntas Generales:

1. ¿Puede describir su trabajo y área de responsabilidad?
2. Además de director del Centro ¿cumple las funciones de médico?
3. Cuenta el Centro con un programa de prevención, promoción e intervención para la lucha contra la violencia hacia la mujer. (De ser afirmativa la respuesta) ¿en qué consiste?
4. ¿Puede describir de qué manera acceden las víctimas de violencia en la familia a los servicios médicos que se ofrecen en el centro?
5. ¿En el POA están establecidos los programas destinados a la atención y prevención de la violencia

Protocolos de atención:

6. ¿Cuáles son los protocolos y procedimientos para atender a víctimas de violencia en la familia? y ¿Cuáles son los niveles de coordinación del Centro de Salud en el proceso de atención a pacientes víctimas de violencia?
7. Cómo describiría la coordinación entre el Centro de Salud y los grupos comunitarios (ALS / COLOSA) en la detección y atención de casos de violencia?
8. ¿Cómo es la coordinación con otras instancias como ser policía, justicia, o el gobierno municipal frente a la atención de pacientes en casos de violencia en la familia?

Formación de recursos humanos

9. El equipo de salud del centro se ha sido capacitado en la ley 348 y su reglamento. (violencia hacia la mujer)?
10. Idem/15 Ley 548 violencia hacia las y los niños
11. Usted considera que la capacitación de los recursos humanos es importante en la implementación de las políticas de salud

Hora de inicio

Hora de conclusión

Lugar de entrevista:

Fecha: **Entrevistador:**

Anexo 4

Guía de entrevista a personal de salud (Médicos y enfermeras/os)

Objetivo Central

- Analizar el cumplimiento de los incisos 1, 2, 3 y 5 del artículo 20 de la Ley 348 cuyo mandato alcanza a los centros de salud de primer nivel dependientes de las Redes de Salud.

I. Datos generales

Nombre del Centro de Salud:

Nombre del Personal de Salud:

Cargo en el Centro de Salud:

Preguntas Generales:

1. ¿Puede describir brevemente su trabajo y área de responsabilidad?
2. ¿Le correspondió a usted atender pacientes víctimas de la violencia en la familia?
3. ¿Cuáles son los protocolos y procedimientos establecidos en el centro de salud para atender los casos de violencia?

Procedimientos:

4. ¿Cómo logra identificar o sospechar que una paciente ha sufrido violencia?
5. ¿Suele preguntar a las pacientes si sufren violencia en el hogar a manos de un familiar? En caso afirmativo, ¿en qué momento pregunta sobre la violencia en el hogar?
6. ¿Orienta a las pacientes acerca de sus derechos relacionados con la violencia y les informa a los pacientes sobre los servicios de referencia a los que puede acceder?
7. El Centro cuenta con servicios complementarios (Psicología, Trabajo Social) para la atención integral a las víctimas de violencia?

Formación:

8. Ha sido capacitado en el proceso de atención a una víctima de violencia
Otros:
9. ¿Cuáles son sus principales preocupaciones para una atención con calidad y calidez a víctimas de violencia?
10. Si hubiese que cambiar algo para mejorar los servicios médicos ofrecidos a las/os pacientes maltratadas/os, ¿qué sugeriría?

Hora de inicio

Hora de conclusión

Lugar de entrevista:

Fecha: **Entrevistador:**

Anexo 5
Guía de entrevista
Trabajadora Social de la Red

I. Datos generales

Nombre de la institución:

Nombre de la Trabajadora Social.....

Tiempo que desempeña el cargo

1. ¿Puede describir su trabajo?
2. ¿Cuáles son sus funciones?
3. ¿Qué problemas o limitaciones tiene en su espacio laboral?
4. ¿Cuáles son sus responsabilidades como Trabajadora social en la Red de Salud Corea?
5. ¿cual es el nivel de coordinación con los otros profesionales del equipo que trabajan en la Red?
6. ¿Cuáles son los casos y problemas sociales más habituales con los que trabaja?
7. ¿Cuál es el nivel de coordinación con los 20 Centros de Salud?
8. ¿Cuál es su rol que cumple en el trabajo con la estructura social?
9. ¿qué sugerencia puede brindar para mejorar la atención en casos de violencia que se presentan en los Centros de Salud?

Anexo 6

Entrevistas a Directores de Centros de Salud

PREGUNTA	Director de Centro de Salud. Dr. D.L.	Director de Centro de Salud Dr. E.C.	Director de Centro de Salud Dr. G.A.	Director de Centro de Salud Dra. S.T.	Director de Centro de Salud Dr. W.I.
¿Puede describir su trabajo y área de responsabilidad?	Yo soy el Director del Centro de Salud Integral 1ro de Mayo, el alto grado de responsabilidad es la Dirección del Establecimiento de Salud.	Bueno soy el encargado del Centro de Salud 3 de mayo como Director	Bueno muy buenas tardes, actualmente ocupo la Dirección del Centro de Salud Nuevos Horizontes ya desde hace 2 años y medio el trabajo de vengo desarrollando a un inicio es la parte de atención y la parte administrativa dentro de la parte administrativa corresponde a hacer la gestión a las instancias correspondientes como ser al Gobierno Autónomo Municipal de El Alto y luego coordinación con las instituciones dentro del área de influencia en el que se encuentran 16 zonas que está a cargo esta instalación de salud de acuerdo a la Ley 1162 donde dice: cada establecimiento de salud debe tener su área de influencia y en cumplimiento a esto pues hacemos las coordinaciones ya sea con Unidades Educativas, guarderías, la policía, todos esos sectores y también hacemos gestiones con el Gobierno Autónomo Municipal, coordinamos con la Coordinación de Red y también hacemos lo que es la implementación de políticas o programas dentro del Establecimiento de Salud.	Soy Directora del Centro de Salud Avaroa, tengo el trabajo administrativo en todo lo que se refiere a la condición del servicio	Estoy como responsable del Centro de Salud Integra de Villa Adela, es un establecimiento de 24 horas de atención en los 7 días de la semana, se atienden partos exclusivamente y todas las actividades de medicina general, emergencias y atención a niños menor a cinco años.

<p>2 Además de director del Centro ¿cumple las funciones de médico?</p>	<p>SI la de Médico General</p>	<p>Soy Médico de planta y hacemos la atención general del paciente.</p>	<p>Como Medico hago la atención con los turnos correspondientes, atención al menor de 5 años, la mujer embarazada, los adultos mayores, atención de parto.</p>	<p>Si, la parte asistencial un consultorio externo en la atención de pacientes.</p>	<p>Sí, soy médico de planta también hago la actividad asistencial, hacemos turnos de 12 horas.</p>
<p>3 Cuenta el Centro con un programa de prevención, promoción e intervención para la lucha contra la violencia hacia la mujer. (De ser afirmativa la respuesta) ¿En qué consiste?</p>	<p>Si, con las Normas de atención en la Red de Servicios integrales</p>	<p>Claro, estamos enmarcados en lo que es las normas vigentes, la Ley 348 que es sobre la violencia hacia la mujer, código niño, niña y adolescente, la política SAFCI este habla del compromiso que debe haber del personal de salud junto con la comunidad para ver estos temas no solamente de atención sino también del manejo de estos pacientes, también tenemos la Ley 3131 en el que el personal de salud tiene que estar excluido en las problemáticas de la población, también la Ley 1152 que es el de Seguro Universal de Salud que trabaja también lo que cubre las prestaciones a todas las personas con problemas de violencia.</p>	<p>Tratamos de cumplir con toda la normativa posible pero puede haber una limitación pero si tratamos cumplir con todas, incluso nos han entregado para la toma de muestra en caso de violencia sexual y tenemos a disposición en la parte de enfermería se tiene el equipo para esa situación y seguidamente enviarlo al forense para que puede obtener el certificado forense.</p>	<p>Esta normado que nosotros como personal de salud tenemos que hacer la atención a la paciente y también hay que encaminar en lo que es de evitar la violencia avance, que no se vuelva a repetir entonces por esto es que nosotros debemos comunicar y poner una solución de la única manera que se puede ayudar a la paciente mediante la comunicación a las defensorías y la patrulla.</p>	<p>Exclusivamente si/no porque raras veces viene la población a hacer una denuncia por maltrato generalmente evitan que son agredidos ya sea intrafamiliar o ya sea externamente, solamente tenemos algunos afiches y obviamente se habla ocasionalmente de lo que es violencia.</p>

<p>4¿Puede describir de qué manera acceden las víctimas de violencia en la familia a los servicios médicos que se ofrecen en el centro?</p>	<p>Según las normas de atención en salud tenemos lo que es la atención a víctimas de violencia dentro del modelo de atención integral siguiendo la norma de la red de servicios integrales, la aplicación de la SAFCI, también el protocolo de atención de las víctimas, tenemos la ficha de referencia para las víctimas de violencia y coordinamos actividades con las instituciones de coordinación, Servicio integral Municipal, la Defensoría de la niñez y adolescencia, la FELCV, FELCC</p>	<p>Siempre llegan con el antecedente que han sufrido algún tipo de agresión dentro de lo que es el núcleo familiar entonces lo que se aquí primero es el apoyo correspondiente como sector salud desde lo que es la entrevista, elaboración de los informes médicos, la notificación a las instancias que corresponde.</p>	<p>El Centro de Salud atiende las 24 horas si hay caso de violencia accede ya sea por emergencia, por consulta externa y todos los médicos conocen de la Ley 348 y se le brinda la atención, si en caso de violencia sexual le hace la referencia para que se haga el examen correspondiente.</p>	<p>Bueno generalmente como hay consulta externa o las pacientes que vienen por violencia son atendidas primero sacan la ficha para consulta externa posteriormente son atendidas por parte de enfermería y luego acceden al consultorio ya dependiendo de acá se conversa con la paciente y nos va explicando si es por violencia entonces se hace la consulta de acuerdo a lo que ella solicita y también de acuerdo a los problemas que tenga, si hay algún problema físico, o un problema de maltrato físico se realiza la examinación de la paciente se le da el tratamiento, ahora si se trata de un maltrato psicológico se conversa con ella, se ve la posibilidad de guiar un poco a la paciente y en casos graves ya cuando hay maltrato con bastante violencia física se comunica también a lo que es la patrulla y también se comunica en algunos casos a Trabajo Social</p>	<p>Al principio vi como personal médico en los pacientes moretones o algún daño físico más allá de eso y más que todo para fines legales y hacemos la ficha epidemiológica.</p>
---	--	--	---	---	---

				para que este tome nota de la paciente y que pueda hacerle el seguimiento, necesariamente cuando ya hay un maltrato físico con bastante violencia nosotros optamos por hacer la comunicación al 110 para que ellos intervengan y puedan guiarla a la paciente para que pueda hacer la denuncia y no vuelva a ocurrir o pasara algo más grave, con la defensoría de la mujer también en este caso.	
5¿En el POA están establecidos los programas destinados a la atención y prevención de la violencia	Si está establecido en programas a nivel general	Si está pero no se emplea en estos momentos por el motivo de la pandemia	Si, el Plan Operativo Anual lo realizamos cada gestión está establecido todos los programas pero no tenemos un techo presupuestario para asignarnos una cantidad de dinero exacto pero si lo hacemos en lo general que está ahí en todos los programas	Si se establece	Si esta solamente como actividad prevención que se hace a la comunidad cuando se tiene ferias de salud, está dentro de esas actividades, actividades educativas más que todo en cuanto nos proyectamos a la comunidad, en unidades educativas, también en algunas instituciones religiosas.
6¿Cuáles son los protocolos y procedimientos para atender a víctimas de violencia en la familia?	Tenemos un protocolo específico para la atención de víctimas de violencia sexual, de post aborto	Se inicia con el ingreso del paciente ya sea por una consulta externa o si es de emergencia, después se empieza a llenar la ficha de	De acuerdo a la política SAFCI es que se va manejando esa atención a los pacientes víctimas de violencia	Hay un protocolo de manejo de violencias que se tiene en todos los servicios que incluye una hoja de referencia para	Primeramente se da una atención clínica ya sea por emergencia o saco una ficha para consulta, después se hace un contención emocional, seguidamente se hace

	<p>también, hacemos referencia a instituciones como SLIM, Defensorías. Al momento de referirlos a las instancias correspondientes se hace un seguimiento mediante la ficha de referencia.</p>	<p>referencia a instancias correspondientes</p>		<p>referirlos a los servicios.</p>	<p>una recolección de evidencia médico legal en la caja de toma de evidencia. Lo primero cuando se tiene a estos pacientes se hace la ficha y los referimos al SLIM y se comunica mediante el SNIS a la Coordinación de Red como también a la Trabajadora Social y hace el seguimiento correspondiente, pero cuando nosotros enviamos mediante la ficha a instancias competentes se pierde y rara vez llega la contrareferencia o solicitan un informe médico</p>
<p>7¿Cómo describiría la coordinación entre el Centro de Salud y los grupos comunitarios (ALS / COLOSA) en la detección y atención de casos de violencia?</p>	<p>Lo integramos mediante la política SAFCI juntamente con nuestro modelo integral de víctimas de violencia. Nosotros coordinamos todas nuestras actividades con el Comité Local de Salud que es la conformación de las ALS de las demás juntas aglutinando las</p>	<p>Antes había menos contacto entre el personal de salud y la población, actualmente ya ha mejorado eso, hay reuniones donde han acudido todas las zonas y el objetivo del personal de salud es de poder centrarse para conocer estos problemas de violencia, porque una junta de vecinos sabe que problemas tiene su comunidad entonces son ellos</p>	<p>Con don Enrique (representante COSOMUSA) trabajábamos, conocía los casos y con el profesor José (ALS) cada martes teníamos reuniones, yo le informaba la situación que pasaba pero la estructura social estaba conformada así pero no involucraba a todas las zonas, no era funcional en todo caso.</p>	<p>Trabajamos con la COLOSA que son los que vienen y nos informan si hubiera algún caso de maltrato en la comunidad y a veces tenemos una representa de salud de la junta de vecinos, entonces ellos también alguna vez se ha habido algún maltrato severo ya sea en mujeres o niños ellos son los que los traen al servicio.</p>	<p>De acuerdo a nuestra cultura especialmente en la ciudad de El Alto y creo que a nivel nacional raras veces hace que la persona denuncie de manera directa y en este caso si hay interferencia de nuestra Autoridades Locales de Salud nos informan pero no del todo son estas situación de violencia por el entorno social o la familia influye, y para hacerlo se necesita de mucha educación que</p>

	áreas de influencias del Centro de Salud Iro de Mayo.	quienes pueden acercarse para informar de estos casos			puede hacerse en la Unidades Educativas, en las reuniones de juntas vecinales.
8¿Cómo es la coordinación con otras instancias como ser policía, justicia, o el gobierno municipal frente a la atención de pacientes en casos de violencia en la familia?	Son instituciones que están llamadas por ley a proteger y cumplir la normativa dentro del marco legal de la Ley 348. Esa normativa macro nos da funciones a los servidores públicos para poder actuar a los casos de violencia por eso justamente le indicaba que tenemos todo integrado los servicios.	Hemos tenido bastantes casos sociales en las cuales se ha hecho participe a esas instituciones la policía por un lado en cuestiones de violencia, también la defensoría de la niñez cuando se presentan casos de abandono	Al frente del Centro se encuentra una ONG que es Sartasim warmi “Levantate Mujer” se llama, que se encarga de capacitar y poder organizar con las mujeres y en casos de violencia nos referían a los pacientes, dentro del área de influencia nos comunicamos vía telefónica , tuve un caso en el que atendí a un paciente que sufría violencia por parte de su esposo en ese sentido se ha hecho la denuncia correspondiente y al final lo que ocurre es que los denunciante se retractan por presión de los familiares y al final quedo ahí nomás.	Bueno cuando hay una paciente de violencia extrema nosotros llamamos al 110 ellos vienen se hace la denuncia se toma los datos de la paciente y ellos la caminan a la defensoría y sobre el municipio en realidad no hay mucha comunicación, no apoya a estos proyectos tampoco de violencia ni de nada, no se tiene muy buena coordinación con la Alcaldía quien debería ser el encargado de facilitar todos los insumos y demás para la atención de pacientes pero no tenemos.	Es pésimo la coordinación, nosotros hacemos la atención Medica pero no como agresión sino como un problema más medico (me duele o me he caído) e informan a otras entidades como la policía o la defensoría recién se están moviendo con este tema.
9¿El equipo de salud del centro se ha sido capacitado en la ley 348 y su reglamento (violencia hacia la mujer)?	Si	Si	Si	Si	Si
10Idem/15 Ley 548 violencia hacia las y los niños	Si	Si	Si	Si	Si

<p>11Usted considera que la capacitación de los recursos humanos es importante en la implementación de las políticas de salud</p>	<p>Si, además que recibimos capacitación por parte de la Coordinación en lo que es del área de Trabajo Social pero esto se debe fortalecer continuamente además de actualizar lo que es la referencia, tratamiento de víctimas especiales, todo eso, incluso había uno que era la cadena de custodia de muestra, todo es importante en las capacitaciones para la atención de víctimas de violencia</p>	<p>Pasamos cursos básicos de capacitación en lo que es la Ley 348 Violencia contra la mujer, en algún momento el de Código niño niña y adolescente, además de la Ley 1152 en lo que son las prestaciones a estos casos de violencia.</p>	<p>Si, nos dieron materiales de UNICEF como la toma de muestra, antes de la pandemia si se trabajó con esta ONG Sartasim Warmi y nos proporcionaba la capacitación para el personal como sería el manejo frente a esta situación.</p>	<p>Sí, no tuvimos una capacitación específica sobre lo que es este problema y las medidas que se deba tomar específicamente como capacitación no ha habido.</p>	<p>Todo lo que es referente a medicina es siempre importante y como todo llega al primer nivel de atención obviamente tenemos que hacer esa contención, somos los médicos que trabajamos en primer nivel de atención y hacer la referencia oportuna.</p>
---	---	--	---	---	--

Anexo 7

Entrevista a Médicos Generales

PREGUNTA	Médico General Dra. A.E.	Médico General Dra. K.B.	Médico General Dr. J.P.	Médico General Dra. R.A.	Médico General M.SC.
1¿Puede describir su trabajo y área de responsabilidad?	Trabajo como Medico de planta realizo la atención a pacientes	Yo trabajo en el Centro de Salud 3 de Mayo, soy médico de profesión en el cual hacemos una atención integral a toda la población del sector de 3 de Mayo	Soy Médico especialista SAFCI del Centro de Salud Integral Nuevos Horizontes, tengo funciones operativas de atención de pacientes como corresponde integrándome como cual médico del establecimiento que cubre con las prestaciones, también realizó el trabajo administrativo de la especialización y la parte social.	Mi trabajo es como médico especialista ginecóloga obstetra	Trabajo en el tema asistencial a cargo de la atención de todo tipo de pacientes
2¿Le correspondió a usted atender pacientes víctimas de la violencia en la familia?	Si generalmente me tocaron tratar por ejemplo hubo una de un caso de un niño desnutrido que es igual una forma de violencia hacia ellos	Si hemos visto casos de violencia, lamentablemente en Bolivia tenemos estos casos de violencia pero no se denuncia o vienen tal vez diciendo que se han golpeado o se han ciado, pero al hacer el examen clínico ya vemos que es diferente y es donde nosotros tenemos que concientizar a la paciente a que pueda denunciar.	Claro, es parte de la atención integral.	Te diría que son contados los casos, tenemos formularios para presentar los casos de violencia, otro también tenemos de violencia intrafamiliar.	Si.

<p>3 Cuales son los protocolos y procedimientos establecidos en el centro de salud para atender los casos de violencia</p>	<p>Es un poco complicado el hecho de tener protocolos a la hora de implementarlos, sería mejor coordinar con un especialista en el área, ver como se podría viabilizar no es tan fácil porque en el tema de violencia se llega muchas instancias pero a la hora de la práctica de demostrar es muy complejo o hay veces en las que no quiere denunciar o retiran su denuncia.</p>		<p>Se da una ficha de transferencia en el que se da un seguimiento, también se hace una ficha epidemiológica en el cual se manda a la gerencia siempre cuando la paciente este de acuerdo en querer hacer una denuncia.</p>	<p>Si la paciente me dice que ha recibido una agresión en su casa y ha sido reciente, primero que nada se tiene que documentar en la historia clínica todo lo que ella dice, todos los detalles donde la golpearon donde le duele todos los detalles posibles que nos pueda dar, si ha habido hemorragias, se ha habido dolor, hora, tiempo, lugar, la ubicación y dirección de la paciente todo eso detallado en la historia clínica, luego viene el examen físico en el que debemos ser un poco más cautos para hacer la respectiva revisión desde la cadera hasta los pies buscando lesiones, cualquier lesión que se pueda encontrar debemos anotarlo , la documentación debe ser detallada para hacer el diagnostico, seguidamente llenar la ficha de referencia para la parte legal que pueden ser los SLIM, defensorías para el seguimiento de estos casos.</p>	<p>En el centro no hay un protocolo pero al tener estos casos de hace una valoración de medicina forense para poder referir a defensorías u otras instancias, o para que se ordene los días de impedimento. También al mandarlo al Hospital Holandes lo referimos al área de Trabajo Social.</p>
<p>4¿Cómo logra identificar o sospechar que una paciente ha sufrido violencia?</p>	<p>Por su comportamiento.</p>	<p>Al momento de la atención le voy preguntando con una charla para tratar de ganar su confianza así sea mínima preguntando: ¿Qué ha pasado? ¿Qué te has</p>	<p>Generalmente es de intimidación que difícilmente pueden mostrar entonces la característica principal es callar o sobreproteger o defender digamos al posible agresor, es un</p>	<p>La negación porque la gran mayoría niega una agresión</p>	<p>Por su estado psicológico, también la clínica que presentan politraumatismo</p>

		<p>hecho? Y siempre lanzo la pregunta de: ¿Por si acaso no te ha pegado tu marido? Y de ahí continuo con ¿Quieres a tus hijitos? ¿Quieres verlos crecer y que se casen o ser profesionales? Si me responden entonces les digo: tienes que denunciar, ahora también no hay violencia del esposo sino también suele haber por parte de los hijos, hijas las hermanas.</p> <p>Y también veo desde dos extremos a pacientes que vienen en situación de violencia, una es que son muy sumisas o tranquilas y la otra que son muy alteradas cuando se les da la atención que se rehúsan a hacerse revisar o responder preguntas, se ponen barreras.</p>	<p>poco manejo multisectorial es decir disciplinario me refiero entonces posiblemente en ese momento se diagnostica de forma más precisa.</p>		
<p>5¿Suele preguntar a las pacientes si sufren violencia en el hogar a manos de un familiar? En caso afirmativo, ¿en qué momento</p>		<p>Si, se puede dar cuenta uno mismo por la misma clínica y por el mismo análisis que se va contradiciendo de su lesión que se ha hecho y al ver la clínica justamente</p>	<p>Cuando se está haciendo la atención al paciente y si hay una sospecha de que esto ocurriera en el momento de la anamnesis se pregunta, una vez realizado el examen físico al paciente se</p>		<p>Indirectamente le pregunto qué paso, pero no indagamos tampoco si ha habido algún tipo de violencia en los pacientes, pero</p>

pregunta sobre la violencia en el hogar?		vemos que ha sido producto por golpes y lo que yo procedo a hablar es de la violencia que existe en Bolivia y que hay una ley que es la Ley 348 que se puede denunciar y que el estado puede proteger pero si hay falencias, también se puede hacer un informe forense para hacer la denuncia respectiva, hay cosas que las mujeres no saben, piensan que se van a denunciar se van separar y no les va a dar dinero, el ámbito económico es lo que les da más miedo porque tienen varios hijos y solo son amas de casa pero hay situaciones en el cual la asistencia familiar si les corresponde y yo les digo que tienen que exigir y exigir.	descubre algo entonces se intercede o mejor se insiste en preguntar, la idea es sacar la información precisa de lo que uno tiene que dar como tratamiento.		directamente como tal no preguntamos eso.
6 ¿Orienta a las pacientes acerca de sus derechos relacionados con la violencia y les Informa a los pacientes sobre los servicios de referencia a los	Si.	Si, les explicamos que deben ir a la defensoría o también pueden recurrir a los SLIMS además de nombrarles la ley 348, personalmente les digo también que necesita de un asesor	En caso que necesitasen del servicio de psicología yo como médico me es difícil darle sin embargo necesitaría una opinión de un especialista que tenga en ese sentido referencia, a pesar de hacer el diagnostico hay	Si, este es un Centro integral entonces les ofrecemos todos los servicios que tenemos, salud sexual y reproductiva, prevención de infecciones , planificación familiar,	Si, que tome todos los procesos legales

<p>que puede acceder?</p>		<p>legal para que les pueda ayudar si es que no tuvieran la economía porque hay señoras de muy escasos recursos pero les digo que tienen que ir a exigir sus derechos. Ahora la defensoría no actúa rápidamente y es por esta razón que muchas mujeres que sufren violencia no denuncian o las re victimizan una y otra vez.</p>	<p>instancias donde se tendrá que hacer una referencia a la policía los SLIM dependiendo del caso, y obviamente se debe preparar los informes o los reportes correspondientes.</p>		
<p>7 ¿El Centro cuenta con servicios complementarios (Psicología, Trabajo Social) para la atención integral a las víctimas de violencia?</p>	<p>no</p>	<p>No, con Trabajo Social si se cuenta pero solo de la Red, el centro como tal no tiene esa área.</p>	<p>No</p>	<p>no</p>	<p>No</p>
<p>8 Ha sido capacitado en el proceso de atención a una víctima de violencia</p>	<p>En el continuo un documento normativo que tenemos están las fichas de referencia de la violencia nos explicaron en un taller como se debe llenar tal documento, también en cuanto se refiere a violencia sexual igual.</p>	<p>He recibido una capacitación en el mismo área de salud y con el continuo de la atención del curso de la vida, en el cual nos muestra sobre la violencia físico psicológica y sexual que hay, también hemos recibido una capacitación de</p>	<p>Personalmente no, pero es más autoformación de lectura que se ha tenido que hacer porque es parte de cómo se tiene que enfrentar ante estas situaciones.</p>	<p>Si, en el año 2017 nos hicieron conocer por documentación el lanzamiento del programa de prevención y atención de la violencia aprobada por un manual de sentencia constitucional.</p>	<p>No he sido capacitado</p>

		<p>atención a lesiones por parte de la Coordinación de Red, en el caso de violencia sexual hay un kit especializado. Y también mediante la experiencia porque yo antes trabaja en provincia y nos llegaba casos violencia, violaciones y se trabaja eso juntamente con la policía, porque en provincia trabajas a la par y juntamente se va aprendiendo con ellos.</p>			
<p>9 ¿Cuáles son sus principales preocupaciones para una atención con calidad y calidez a víctimas de violencia?</p>	<p>No tener los instrumentos necesarios para la atención.</p>	<p>La primera preocupación es que la mujer no denuncia, nos cuesta mucho a que la mujer denuncie el caso, más que todo por el ámbito familiar y por el ámbito social que se vive en estos sectores y el riesgo que corre la vida de esta mujer ya que si ha sufrido violencia una vez lo va a seguir sufriendo muchas veces y son personas que consecutivamente han tenido que vivir esto desde hace mucho tiempo, talvez nos puede dar alerta</p>	<p>Más que preocupación es una responsabilidad que uno asume y que esto obviamente se debe evitar entonces uno entra digamos en un concepto de ponerse en empatía de porque ocurre esto, porque si es que viene por violencia es que necesita ayuda entonces la intervención es ponerse en el zapato del que está recibiendo el problema y se debe interceder para eso están las instancias se trata prácticamente de coordinación con lo que corresponda y se tiene que hacer.</p>	<p>Mis preocupaciones son muchas, 1 es el contexto legal porque hay varios tipos de violencia, puede ser una violencia psicológica entonces no tenemos signos pero si síntomas, cuando es una violencia física muchas pacientes vienen después de un mes o 3 meses tampoco vamos a encontrar señales porque si viera alguna equimosis de un golpe ya se hubiera perdido, hace años tuve una paciente que me dijo: - me ha pegado mi marido pero no tenemos ningún dato que confirme aquello ni ella a denunciado ni tampoco a comunicado, entonces queda como</p>	<p>El no contar con los materiales educativos para atención y prevención de la violencia</p>

		los casos de feminicidio que ha habido en los hogares.		antecedente nomas en la historia clínica, entonces un tiempo que pasa así nosotros no lo podríamos certificar desde la parte médica. También en ese sentido si vienen después de 2 años no podemos certificar porque no se tiene un antecedente del cual se puede respaldar.	
10 Si hubiese que cambiar algo para mejorar los servicios médicos ofrecidos a las/os pacientes maltratadas/os, ¿qué sugeriría?	Tengo la vivencia de una persona muy cercana que ha sufrido maltrato y que ha ido a todo lado, policía, defensoría, SLIM, es muy burocrático. En el ámbito de los centros de salud debería haber hacerse un estudio, valoraciones psiquiátricas, las personas que ejercen violencia tal vez tienen algún problema mental y que eso no se va a corregir, en esa experiencia que tengo como personal me da mucha pena, incluso para sacar el certificado forense se tarda demasiado para conseguirlo.	Tener un contacto más directo con la defensoría o con el SLIM que haiga un enlace o que tengan una oficina especializada en los que pueden atender los casos que se presentan en los centros de salud.	Conformar un equipo multidisciplinario ahora dependiendo de las instancias donde estemos, por ejemplo, en este caso el Centro de Salud Integral tendrá que proponerse en ese sentido, me refiero que sea parte del tratamiento con psicología, Trabajo Social entonces debe ser multisectorial e intersectorial en algunos casos para la intervención pero esto debe ser articulado de lo contrario no va a funcionar, entonces es necesario dar mayor énfasis porque en nuestro país que es tan machista va a seguir existiendo estas situaciones.	Mejorar el sistema de seguimiento de los casos que muchas veces no sabemos en qué ha concluido porque la paciente está en una situación en la que niega factores como su dirección en otras ocasiones no vienen con sus familiares y bueno tratamos de dar todos los servicios que responde el centro de I Nivel pero sería mejorar el seguimiento.	Más Recursos humanos para apoyar esa temática en contra de la violencia.

Anexo 8

Entrevista a personal de enfermería

PREGUNTA	Enfermera Lic. O.Q.	Enfermera Lic. A.C.	Enfermera Lic. C.F.	Enfermera Lic. E.M.	Enfermera Lic. S.T.
1 ¿Puede describir su trabajo y área de responsabilidad?	.Mi especialidad es de enfermería Obstetras en el Centro de Salud Iro de Mayo	Soy Licenciada en enfermería y actualmente encargada de servicios.	Sí, mi trabajo consiste en la supervisión a las licenciadas de piso tanto para el personal auxiliar y a los estudiantes y también la parte de administración	Soy Jefa de enfermera del Centro de Salud Integral Avaroa.	Jefe de enfermeras lo hago administrativo y asistencial, a parte del cargo de enfermería también hago lo que es la admisión de pacientes ya sea desde los 5 a mayor de edad
2 ¿Le correspondió a usted atender pacientes víctimas de la violencia en la familia?	Si, valoramos la paciente con la atención, preguntamos bajo qué situación es que llego al centro.	Sí, me corresponde atender a los pacientes víctimas de violencia de los que fueron también en niños. Había una niña estaba desnutrida la niña y también observamos que detrás sus orejas estaban pellizcadas además de presentar desnutrición, ella vivía con su madre que trabajaba en Trebol sin embargo le dejaba con una niñera en el que sospecho que podría ser ella la causante de esos pellizcos	Si me correspondió	Si hemos llegado a atender a esos casos. Aunque algunas ocasiones indagamos porque suelen decir que fueron por otros motivos los moretones presentados y no así por hechos de violencia.	Si
3 Cuales son los protocolos y procedimientos establecidos en el centro de salud para atender los casos de violencia	Como soy licenciada en enfermería obstetris nos han dado como un término de referencia de que también nos tenemos que un poquito enfocar lo que es la parte de la violencia.	Nosotros vemos si ha habido la agresión física o también psicológica cuando le preguntas algo o también vemos los casos en niños identificando una desnutrición o si fueron golpeados,	Cuando un paciente viene con violencia se atiende de emergencia y seguidamente el Medico de turno tiene que dar la referencia para que también la paciente vea quien pueda asesorarle.	Tenemos una ficha que llenamos por violencia intrafamiliar y aparte el medico lo registra en la historia clínica donde ahí colocan todos sus datos de la paciente, también eso va para el médico forense de ser necesario.	El procedimiento primero vienen y hacemos la admisión de signos vitales, ahí es cuando se puede identificar si han sufrido violencia, sin embargo no hablan fácilmente cuando son ambos quienes acuden al centro, tenemos todos los datos llenados en la

					historia clínica y también en la ficha de referencia para casos de violencia. Si el caso es grave puede hacer una valoración específica y referir al Hospital Corea y aparte notificamos al SNIS semanalmente.
4 ¿Cómo logra identificar o sospechar que una paciente ha sufrido violencia?		Les sube la presión, están estresadas, dolor de cabeza y de manera que continua con la revisión médica me van contando que han sufrido violencia.	Hay pacientes que vienen con golpes por parte de sus esposos, otras veces en el momento de atención a la paciente se toma sus signos vitales podemos ver los moretones y todo eso.	Vienen adoloridas, encorvadas de la espalda, llanto también preocupadas, pero hay pacientes acostumbradas a sufrir violencia y que ya viene	Temor al hablar delante de su pareja, moretones en la cara
5 ¿Suele preguntar a las pacientes si sufren violencia en el hogar a manos de un familiar? En caso afirmativo, ¿en qué momento pregunta sobre la violencia en el hogar?		Si pregunto y cuando veo tales casos de violencia directamente les digo que deben denunciar al SLIM	Si, cuando tengo la oportunidad de atender a los pacientes en las consultas.	Durante la atención algunas pacientes se desahogan y empiezan a llorar y quieren a alguien las escuche.	Nosotros como enfermería al tomar los signos vitales, lo que dice clínico: callada o en murmurio nos suele contar que le ha golpeado su pareja si ambos vienen.
6 ¿Orienta a las pacientes acerca de sus derechos relacionados con la violencia y les informa a los pacientes sobre los servicios de referencia a los que puede acceder?	Sí, hay que actuar a lo que corresponde, damos referencia a los servicios de la Defensoría o el Slim también.	Si, les recomendamos que pueden hacer, también les informamos que puede acudir al SLIM	Exactamente, por ejemplo aquí frente al centro tenemos la Institución Sartasim Warmi, también si vemos que la violencia recibida es grave lo referimos al SLIM.	Si les orientamos, les mandamos al Slim aquí en Pacajes acompañado de la ficha de referencia de violencia, sin embargo si la paciente no quiere recurrir a ese servicio, no se procede a hacerlo.	Si informamos de todos los servicios a los que puedan acceder pero no se hace seguimiento por parte del Centro.
7¿El Centro cuenta con servicios complementarios	No	no	no	no	no

(Psicología, Trabajo Social) para la atención integral a las víctimas de violencia?					
8 Ha sido capacitado en el proceso de atención a una víctima de violencia	No recibí ninguna capacitación, sin embargo solicitamos junto con mis compañeros al Coordinador dependiente del Ministerio de Salud para que haya este tipo de capacitaciones porque es un tema delicado pero por el tema de la pandemia se está tardando en recibir esa capacitación.	No he sido capacitada específicamente en la temática de prevención y atención a pacientes víctimas de la violencia, solo leyendo es que he ido familiarizándome del tema.	Si he recibido esa formación por medio de la Coordinación de Red	Si, pase un curso referente a la atención de casos de violencia hace 4 años por parte de UNICEF, y personalmente veo que se actualizan los formularios entonces me pongo a revisarlos para su adecuada implementación.	No he sido capacitada
9 ¿Cuáles son sus principales preocupaciones para una atención con calidad y calidez a víctimas de violencia	Denunciar lo que corresponde a defensoría, también si debe tomar sus medicamentos hay que actuar a tiempo.	Es la pena al ver estos casos y obviamente recomendamos o hablamos con el familiar, si en todo caso la víctima es un niño o niña tenemos miedo a que aún viva en ese ambiente, la preocupación es grande y tratamos de ver cómo podemos ayudarlo, a lo mucho podemos llamar a la policía para hacer la denuncia respectiva.	Especialmente cuando hay violencia sexual, violaciones bueno eso debe hacerlo el médico forense, nosotros no podemos a pesar que tenemos todo el implemento de la caja de toma de muestras es delicado yo creo que ningún centro debería hacerlo solo el médico forense	Primeramente tratamos de tranquilizarla en la atención que se le da, escucharla, después ya más calmada que proceda a hacer la denuncia correspondiente.	Tener el equipo necesario para darle la atención con calidad.
10 Si hubiese que cambiar algo para mejorar los servicios médicos ofrecidos a las/os pacientes maltratadas/os, ¿qué sugeriría?	Que se dé una atención con prioridad a estas pacientes víctimas de violencia, también cursos o capacitaciones respecto a la atención y prevención de la violencia.	Aumentar los Recursos humanos por ejemplo un Psicólogo, cursos de capacitación a todo el personal para la atención a pacientes víctimas de violencia.	En especial quisiéramos contar con un psicólogo en ese momento, como la paciente viene deprimida, asustada.	Que haya una mejor coordinación con las instituciones como los SLIMS o las defensorías	Contar con el área de psicología y Trabajo Social

Anexo 9

Entrevista a la Trabajadora Social Red de Salud Corea

1. ¿Puede describir su trabajo?	Soy Trabajadora Social, trabajo en la Red de Salud Corea estoy en el equipo de coordinación donde contamos con un coordinador técnico en la cabeza posteriormente estamos en las demás áreas que son las áreas de nutrición, salud pública, trabajo social, estadística y administración, también contamos con personal de apoyo administrativo.
2. ¿Cuáles son sus funciones?	Dentro del MOF está establecido cinco funciones una de ellas la gestión social, la investigación social también tenemos a la asistencia social, educación social y organización social; cada una de estas funciones tiene diferentes actividades, realizamos varias actividades con diferente población, puede ser con el personal de salud en los Establecimientos de salud o también en con las organizaciones sociales que también están conformados a través de los Comités Locales de Salud, también denominado ALS, trabajamos con los representantes de la comunidad con las alcaldías.
3. ¿Qué problemas o limitaciones tiene en su espacio laboral?	Que al ser 20 centros de salud se dificulta el desplazamiento a ellos si requieren de una intervención a los pacientes sobre todo en las visitas domiciliarias
4. ¿Cuáles son sus responsabilidades como Trabajadora social en la Red de Salud Corea?	Hacer que funcione mediante las funciones de Trabajo social las diferentes actividades que se vayan presentando ya sea dentro la coordinación o por orden de mandos superiores como el SEDES o SERES, viabilizar también las atenciones que se requiera en la parte social desde los pacientes en los centros de salud.
5. ¿cuál es el nivel de coordinación con los otros profesionales del equipo que trabajan en la Red?	Todos coadyuvamos a un mejor rendimiento para la coordinación ya sea con los diferentes programas que se establece dentro la coordinación
6. ¿Cuáles son los casos y problemas sociales más habituales con los que trabaja?	Mayormente los casos que se presenta son de la pobreza, familias que no cuentan con esos recursos para poder sostenerse ya sea con alimentos o con la compra o insumos de medicamentos.
7. ¿Cuál es el nivel de coordinación con los 20 Centros de Salud?	Bueno coordinamos con los centros de salud como bien tienes conocimiento con los 20 centros de salud de primer nivel que dependen directamente de la coordinación de red, por lo tanto nosotros directamente coordinamos con los directores con el personal de salud, responsables de programas, pues en función a nuestras responsabilidades funciones programas de los cuales también estamos a cargo ese es el nivel, nosotros realizamos diferentes actividades con ellos hay consejos técnicos mensuales tenemos algunas evoluciones seguimientos monitoreo de diferentes programas como puede ser el PAP, violencia, discapacidad, también en relación a los comités de referencia comités de vigilancia de mortalidad y otros temas que se van presentando
8. ¿Cuál es su rol que cumple en el trabajo con la estructura social?	Como responsable de Trabajo Social mi rol es pues fortalecer la estructura social de la Red, que son las autoridades locales de salud y los comités locales de salud por lo tanto tenemos un plan de trabajo y en función a ello se realiza actividades para toda la gestión y se va organizando en coordinación con ellos, hacer conocer las funciones y atribuciones de los comités locales de salud en el marco de la SAFCI.
9. ¿qué sugerencia puede brindar para mejorar la atención en casos de violencia que se presentan en los Centros de Salud?	Una de las sugerencias sería establecer a través de una reunión interinstitucional se pueda establecer el flujograma de atención. Otra sugerencia también sería el elaborar material educativo dirigido a la comunidad y fortalecer la atención en los centros de salud la parte asistencial en casos de violencia de maltrato con el personal de salud.