



Informe de Observancia de
Política Pública No. 005: NTAIVG

CONSEJO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS
(COMPINA en transición)

INFORME DE OBSERVANCIA DE POLÍTICA PÚBLICA
No. 005

Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género

Noviembre 2016

ÍNDICE

Siglas	3
Antecedente e introducción	4
CAPÍTULO I: METODOLOGÍA	6
Objetivos.....	6
Metodología.....	6
CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE LA NORMA TÉCNICA COMO INSTRUMENTO DE POLÍTICA PÚBLICA	9
2.1 CONSTRUCCIÓN DE LA NORMA TÉCNICA	9
2.2 PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL	10
2.3 DERECHOS DE LAS/OS USUARIOS	12
2.4 IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA	13
2.5 TALENTO HUMANO.....	15
2.6 APLICACIÓN DEL TAMIZAJE.....	17
2.7 EXÁMENES PERICIALES Y DENUNCIA	18
2.8 INDUCCIÓN y CAPACITACIÓN	20
2.9 INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y MOVILIZACIÓN:	22
CAPÍTULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	24
3.1 CONCLUSIONES.....	24
3.2 RECOMENDACIÓN	25
Bibliografía.....	29

SIGLAS

Sigla	Significado
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo
COMPINA	Consejo Metropolitano de Protección Integral a Niñez y Adolescencia
CPD	Consejo de Protección de Derechos
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
MCDS	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
NNA	Niñas, Niños y Adolescentes
NTAIVG	Norma Técnica de Atención Integral de Violencia de Género
ONG	Organización no gubernamental
SPA	Sala de primera acogida
VIF	Violencia intrafamiliar

ANTECEDENTE E INTRODUCCIÓN

El Consejo de Protección de Derechos –Compina en transición es un organismo público que se encuentra asumiendo de forma progresiva las atribuciones¹ de los Consejos de Protección de Derechos establecidas en la normativa vigente. Además amplía su ámbito de acción hacia los grupos de atención prioritaria y en situación de vulnerabilidad.

El informe de observancia de políticas públicas tiene por objetivo brindar, a las entidades rectoras de la política pública, elementos que permitan mejorar los instrumentos de la política pública, en este caso específico la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género.

Para iniciar el proceso se identificó que el Ministerio de Salud Pública - MSP, en 1998 declaró a la violencia como un problema de salud pública, evidenciando el incremento de la tasa de violencia en un 60% entre 1999 y el 2007, pasando de 42,19 a 70,3 por 100.000 habitantes, adicional a ello las denuncias de violencia intrafamiliar –VIF se incrementaron de 49.032 a 60.660 entre 1999 y el 2006 respectivamente (MSP, 2009, pág. 16).

Esto dio paso a la construcción de un instrumento técnico que les proporcione a los servidores de la salud y de otras instituciones “nuevas sensibilidades y compromisos, ... en un tema de tanta importancia para la vida de las personas y las familias”. Publicándose las `Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida`, en el año 2009.

El MSP para dar respuesta al Modelo de Atención Integral de Salud y a los alarmantes datos de la Encuesta de Relaciones Familiares y Violencia contra la Mujer (2011),

¹ Atribuciones: formulación, transversalización, observancia, seguimiento y evaluación de políticas públicas-

donde se evidencia que 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género y 1 de cada 4 ha sido víctima de violencia sexual; impulsa la actualización de las normas y procedimientos, dando como resultado la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género-NTAIVG. Proceso que contó con el apoyo del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social -MCDS y la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo- AECI (MSP, 2014, pág. 8)

En noviembre del 2014 el MSP aprueba y autoriza la publicación de la NTAIVG, disponiendo su aplicación a nivel nacional, con carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud (MSP, 2014: 2).

Esta norma incorpora los principios de la atención integral, los alcances, definiciones, plantea las disposiciones generales para la atención, e incluye fichas técnicas que se deben aplicar al igual que los flujogramas de atención.

Durante estos dos años de aplicación, algunos actores del Sistema de salud, identifican que existen nudos críticos en la norma que no permite una aplicación efectiva, por lo que la Directora Distrital 17D01 Nanegal a Gualea-Salud, solicita al CPD –Compina en transición, la revisión de la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género, activando así el proceso de Observancia.

Una vez finalizado el proceso se elaboró el presente informe técnico, el cual se estructura en tres capítulos; en el primero se plantea la metodología, para conocer cómo se procedió con el levantamiento de información. En el segundo se analiza la información y se esbozan los hallazgos; dando paso al tercer capítulo de las conclusiones y recomendaciones; éstas últimas permitirán a los rectores de políticas públicas contar con insumos para el mejoramiento de la NTAIVG.

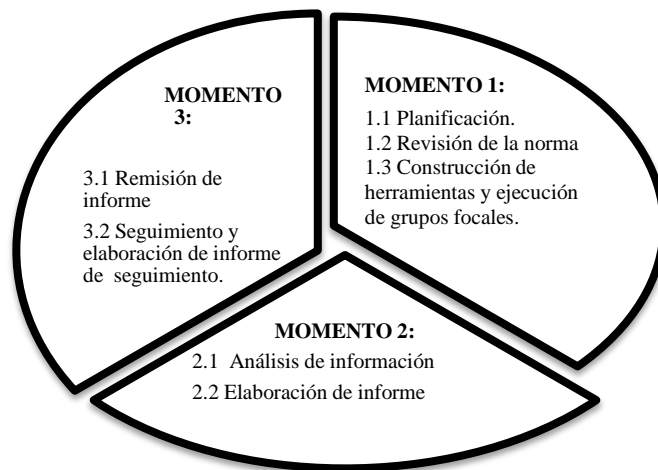
CAPÍTULO I: METODOLOGÍA

OBJETIVOS

- Identificar, con los actores del Sistema de Salud en el DMQ, los puntos sensibles de la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género que limitan la protección integral de los derechos de las/os usuarios víctimas de violencia.
- Generar recomendaciones para el mejoramiento de la Norma técnica como instrumento de política pública para la protección integral de las personas que viven situaciones de violencia de género.

METODOLOGÍA

Para la revisión de la Norma técnica de atención integral de violencia de género², se planteó tres momentos:



Momento 1:

1.1 Planificación, se estructuró un Plan, en el cual se establecieron los objetivos y un cronograma de ejecución de actividades.

² En adelante se dirá Norma técnica

1.2 Revisión de documentos, permite contar con información sobre la norma técnica y legal vigente.

1.3 Elaboración de herramientas y ejecución de grupos focales, se estructuró una metodología para realizar los grupos focales, la misma que incluyó: una guía de preguntas generadoras y la definición de los criterios de selección de las/os profesionales participantes, entre los cuales se encuentran:

- Diversidad de áreas profesionales:
 - ✓ Médico general/ (perito)
 - ✓ Psicólogo/a clínico y/o perito
 - ✓ Enfermeras/os
 - ✓ Trabajador/a social
 - ✓ Emergenciólogo/a (o quienes reciben en emergencias)
 - ✓ Pediatra
 - ✓ Ginecólogo/a
 - ✓ Gerontólogo
- Haber trabajado al menos dos años en el MSP, en atención directa
- Profesionales de la sala de primera acogida ³SPA
- Profesionales de diversas áreas y unidades de salud, urbanas y rurales

Finalmente se solicitó a la Coordinación Zonal 9, la autorización y apoyo en la convocatoria a las/os profesionales de las diferentes áreas de salud. Esto permitió generar un cronograma para su implementación:

Fecha	Lugar	Código
20-07-2016	Sala de primera acogida-Hospital del Sur	GFU1
22-07-2016	Distrito de Salud Yaruquí	GFR3
25-07-2016	Coordinación zonal 9 Salud	GFU2

³ Sala de primera acogida, en adelante se utilizarán las siglas SPA

Momento 2

2.1 **Análisis de información**, una vez transcritos los diálogos de los grupos focales, se procesó y analizó la información.

2.2 **Elaboración de informe**, este documento plasma los hallazgos y se establecen las conclusiones y recomendaciones.

Momento 3

3.1 **Remisión del informe**, a las entidades solicitantes y a los organismos rectores de las políticas públicas, en este caso a la Coordinación Zonal 9 del MSP.

3.2 **Publicación del documento** en la página web institucional⁴, lo cual permite que la ciudadanía conozca el proceso y pueda en cualquier momento activar los mecanismos de control social vigentes.

3.3 **Seguimiento y elaboración de informe**, es una etapa donde se consultará a las entidades rectoras de las políticas públicas, a quienes se emitieron las recomendaciones del Informe de Observancia, sobre las acciones emprendidas para viabilizar las recomendaciones planteadas, las dificultades para realizarlo y las futuras acciones que consideren pertinentes para mejorar la política pública nacional o local.

Esta información permite elaborar un informe de seguimiento y establecer nuevos acuerdos para el siguiente monitoreo. Y así evidenciar la incidencia en la mejora de las políticas públicas de protección de derechos. La temporalidad de los monitores es acordada con las contrapartes.

Nota: Los informes de observancia y de seguimiento a las recomendaciones son socializados a la ciudadanía a través de la página web: www.spinaquito.gob.ec

⁴ www.spinaquito.gob.ec

CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE LA NORMA TÉCNICA COMO INSTRUMENTO DE POLÍTICA PÚBLICA

2.1 CONSTRUCCIÓN DE LA NORMA TÉCNICA

EL MSP, a través de la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión y en coordinación con la Dirección de Normatización, elaboró la norma técnica analizada en el presente informe. Para esto estructuraron dos grupos: uno para la redacción y otro para la validación, en este último participaron diferentes delegados de los Ministerios, Consejos Nacionales para la Igualdad, Fiscalía, Consejo de la Judicatura, organismos internacionales y diferentes direcciones del MSP (23 participantes).

A pesar de la participación de actores institucionales se evidencian desde los profesionales de la salud, algunas debilidades relacionadas con la inclusión de la metodología utilizada, lo que limita conocer los criterios de selección de los participantes (diversidad, territorialidad) y los niveles de participación de diversos actores institucionales como son: médicos/as, pediatras, gerontólogos, ginecólogos/as, enfermeras/os, trabajadores sociales, psicólogos/as, entre otros. De entidades privadas e incluso titulares de derechos, Pues cada uno de ellos puede identificar nudos críticos que limitan la efectividad de la implementación de esta norma.

Los profesionales de la salud respecto a la norma y su construcción manifestaron que:

La norma debe ser más práctica y construida en base a las experiencias de los pacientes y los profesionales. No es lo mismo que se elabore la norma desde el escritorio, otra cosa es evidenciar la realidad. Si la norma se hubiera construido con los involucrados pienso que sería efectiva (GFU1, 2016).

No conocemos que alguien de la unidad haya participado. Sería importante que quienes elaboran la norma estén un día en los hospitales o centros de salud, para que observen qué es lo que se requiere, no solo imponer y listo (GFR3, 2016).

La débil participación de quienes operativizan la norma es una de las razones por las que los profesionales de la salud no se sienten parte de los procesos de construcción de las normas técnicas y por lo tanto su aplicación se ve limitada.

2.2 PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

La norma técnica plantea los principios de: respeto a los derechos y a los principios de la bioética, calidad y calidez; participación interinstitucional; el principio pro ser humano y la no re victimización.

Frente a ello, los actores de diferentes unidades de salud reconocen que la calidad y calidez tanto en los servicios de salud como en otros servicios públicos se encuentran supeditados a las personas y a su buena voluntad, dejando a un lado la obligación que tienen los servidores públicos de brindar servicios de calidad y calidez. Esto lo evidencian los profesionales en la cotidianidad de la atención:

El trato que debería recibir un paciente debe ser humano, sin embargo los profesionales están saturados, estresados y no siempre tienen tacto para darle la atención humanizada a una víctima de violencia que, en ese momento, se encuentra más vulnerable. Eso significa que una palabra, un gesto, puede afectarla. Y cuando la víctima ve que el profesional es muy rígido ya no quiere hablar (GFU2, 2016).

Respecto al principio de participación interinstitucional, se habla de corresponsabilidad y coordinación interinstitucional, incluso la norma genera articulación con entidades públicas y privadas para validarla, sin embargo en la práctica se identifican algunas circunstancias a considerar (GRU1; GFU2; GFR3, 2016):

- Débil articulación con el sistema judicial

- La articulación se promueve de forma bilateral entre unidades de salud y entidades de atención o autoridades de la administración de justicia, teniendo como ejemplos dos casos mencionados en los grupos focales:

La articulaciones con los Centros de Equidad y Justicia para atender a las víctimas, sin embargo de ello esta información no es socializada a los equipos profesionales para que hagan efectiva esa coordinación (GFR3, 2016). La coordinación directa con los fiscales por ejemplo: “la unidad del centro que atiende emergencias tuvo, por necesidad, que buscar a fiscales para hacer articulación. Entonces cada unidad busca la forma de solventar su necesidad” (GFU2, 2016).

- Los profesionales perciben que la reciprocidad entre entidades públicas y privadas no es equitativa. Es decir cuando las ONG solicitan apoyo a salud, reciben una respuesta oportuna. Sin embargo cuando las unidades de salud solicitan apoyo a entidades privadas, la respuesta es esquiva, porque no tienen cupos, o la persona de contacto ya no trabaja ahí. Esto limita una articulación efectiva, que trascienda las alianzas personales y se conviertan en alianzas institucionales.
- Respecto a la relación con la Policía Nacional se identifican dos dificultades:
 - Cuando se requiere el trasladar a una mujer víctima de violencia hacia la Fiscalía, el problema se presenta cuando coincide el pedido con el cambio de turno, porque el tiempo de traslado y la ejecución del procedimiento lleva más de dos horas y los policías tendrían que quedarse fuera de su turno, razón por la cual evaden el traslado. En esta circunstancia no se estaría cumpliendo el principio pro ser humano, si bien no se da por parte de los profesionales de salud, pero se relaciona con actores que intervienen en la implementación de esta norma (GFU1, 2016). Esto ratifica la importancia de su participación en la construcción de la norma.

- Los policías tienen que cumplir con requerimientos establecidos en sus procedimientos internos, por lo que solicitan en las unidades de salud certificados de especialidad, y lo que la unidad puede emitir son certificados de atención. Siendo necesario la unificación de criterios entre la Policía Nacional y el MSP.

El personal de salud identifica en la cotidianidad la re victimización. Cuando llega una paciente a emergencia y debe ser atendido por 2 o 3 médicos dependiendo de su requerimiento y cada uno de ellos vuelve a realizar preguntas para llenar formularios, y así lo expresan:

Se ingresa al paciente y se llama a sala de primera acogida y son quienes hacen interconsulta con ginecología. Si el paciente requiere atención de otras áreas se vuelve a realizar una historia clínica, por lo que se re victimiza al paciente (GFU1, 2016).

A una víctima de violencia, al menos la revisan tres profesionales ginecología (anticoncepción), medicina interna (retrovirales), emergencia y psicología. (GFU1, 2016)

Lo que se observa es que los principios que rigen este instrumento técnico, deben ser interiorizados por los profesionales, caso contrario, quedan plasmadas solo en el papel. De ahí la importancia de generar estrategias comunicacionales para su socialización.

2.3 DERECHOS DE LAS/OS USUARIOS

La norma técnica plantea los derechos de las personas víctimas de violencia, entre ellos se encuentran: a una atención digna, a no ser discriminado, a la confidencialidad, al consentimiento informado, a la información, a decidir y a la no re victimización.

De éstos derechos se identificaron algunos que no se hacen efectivos por diversas circunstancias, como se describe a continuación:

- La atención a los usuarios es igual para todos/as, sin embargo existen profesionales que discriminan a los pacientes por diferentes condiciones: opción

sexual, económica, étnica, entre otras. Esto lo evidencian en el trato a veces displicente o como ocurrió en una unidad de salud cuando “dos personas transgénero, que trabajaban en un circo, pidieron ser atendidas en una unidad y les dijeron que como trabajan en un circo no les atiende” (GFR3, 2016). “Aunque duela reconocerlo son mal tratantes las atenciones, desde el inicio” (GFU1, 2016). Esto requiere de un trabajo a mediano y largo plazo, que permita incidir en el cambio de patrones culturales, los cuales se encuentran afianzados en las/os profesionales.

- La confidencialidad y reserva no se hace efectiva, frente a los casos de violencia, por algunas razones:

Los espacios son inapropiados para garantizar la privacidad y reserva. Una expresión de lo dicho, se vivió en una unidad de salud, donde “un chico ingresó por emergencia y estaba en traumatología y le llaman por su nombre y otra profesional en voz alta dice, el paciente violado allá está. Todo el mundo se entera” (GFU1, 2016).

- Una demanda sentida por parte de las/os profesionales, es que también se reconozcan sus derechos.

Evidenciando que existe la necesidad de transversalizar el enfoque de derechos y generar procesos de reconocimiento de los derechos de los usuarios y de los profesionales.

2.4 IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA

El MSP cuenta con once SPA a nivel nacional y una de ellas se encuentra en Quito, según los consultados es insuficiente. De ahí la importancia de activar los equipos interdisciplinarios, en todas las unidades de salud que reúnan la condiciones, para que se evite al máximo la re victimización cuando una persona que han sufrido cualquier tipo de violencia, tiene que ser atendida por varios médicos, quienes llenan los formularios solicitados (GFU2, 2016). Entonces el trabajo interdisciplinario no es efectivo y

tampoco se conoce que implicaciones tiene respecto a la coordinación, atención conjunta, levantamiento de una ficha única, entre otros.

Las unidades de salud saben que las víctimas de violencia deben ser atendidas de forma prioritaria. Sin embargo esto genera malestar en los pacientes que tienen una cita previa, porque no les atienden, les cambian la cita para otro día, o tienen que volver a tomar un turno. De ahí la importancia de generar alternativas de atención para que nadie se sienta vulnerado en su derecho a la atención de salud.

Se recogen adicionalmente algunas situaciones, que el MSP debe considerar en el momento en que se plantee la actualización de la norma técnica, tomando en cuenta que todo instrumento de política pública es perfectible en el tiempo:

- Se identifica un sub registro, porque todos los días se atienden casos relacionados con cualquier tipo de violencia, pero esto no se evidencia en los registros (GFU1, 2016).
- En los casos relacionados con niñez y adolescencia es importante que las unidades de salud conozcan que pueden dictar medidas de protección emergentes como lo dispone el Art. 79 del CNA en su último inciso. Esto puede salvar la vida de un NNA que ha sido violentado, tomando en cuenta que las vulneraciones pueden generarse en cualquier momento, sin importar si es fin de semana, en la noche, o que se desarrollen en lugares lejanos.
- Las y los profesionales identifican que existen normativas que han sido mejor difundidas y por lo tanto mejor aplicadas, por ejemplo la norma de atención de la tuberculosis, en donde todos los profesionales están capacitados; existe un sistema de monitoreo y evaluación, el cual cuenta con indicadores y análisis de los mismos. Esto no solo genera conocimiento sino que los profesionales identifican que la información registrada es útil.

2.5 TALENTO HUMANO

La norma técnica plantea que “cada establecimiento de la Red Pública Integral de Salud, debe conformar un equipo de atención integral a víctimas de violencia de género constituido por: un médico/a, psicólogo/a, enfermero/a, trabajador/a social” y donde no se puedan conformar equipos, el responsable debe realizar las delegaciones que correspondan (MSP, 2014, pág. 18).

El Distrito Metropolitano de Quito cuenta con una SPA, integrada por tres profesionales como establece la norma, sin embargo la trabajadora social no se encuentra a tiempo completo por razones administrativas.

Durante las consultas realizadas se identifican dificultades que deben ser analizadas para superarlas:

- Las y los profesionales de las unidades de salud, desconocen a cabalidad la norma técnica, a pesar de los esfuerzos que ha realizado el MSP en procesos de capacitación.
- Si bien el equipo de la SPA es mínimo, sin embargo tiene apertura para apoyar fuera del horario de servicio. Esto a mediano y largo plazo influye en el desgaste de los profesionales y la exposición al síndrome de burnout. Siendo importante considerar la conformación de equipos rotativos.
- En la sala de primera acogida el profesional de psicología debe atender consulta externa, generándose una dificultad cuando ingresa una persona que ha sufrido violencia, pues esta necesita atención prioritaria⁵, lo que implica una atención entre 90 y 120 minutos. Mientras tanto los usuarios que tienen agendada su atención, expresan su molestia; esto evidencia la necesidad de generar alternativas para que no sean perjudicados por la espera, cancelación o modificación de cita.

⁵ “toda paciente que vive una situación de violencia requiere una atención emergente, no solo por el riesgo de la vida, sino por el tema psicológico, se conoce de pacientes que después se suicidan” (GFU1, 2016)

- Los profesionales manifiestan que el tiempo establecido para atención es limitado, más aún si se trata de personas que han sufrido algún tipo de violencia. Por lo que manifiestan que: “El espacio es importante para generar confianza en el paciente, no es solo cuestión de una pregunta, es un momento para establecer empatía y eso no se consigue en 20 minutos” (GFU2, 2016).

Todo esto determina la necesidad de contar con más profesionales preparados para atender a personas víctimas de violencia, pues este es un problema de salud pública, que puede darse en el ámbito público o privado y durante los 365 días al año.

Además es importante considerar en la norma técnica parámetros que permitan identificar las variantes frente a la atención en una unidad de salud tipo A, y la de un hospital que tiene especialización. En el primer caso no existen trabajadoras sociales y psicólogos, entonces se debería identificar los niveles de articulación con otras unidades de salud y con entidades aliadas para hacer referencia o contra referencia.

En el segundo caso se encuentran los centros tipo B, C y especializados, los cuales cuentan con profesionales, por lo tanto se debería evaluar que los equipos de atención integral se hayan conformado y se encuentren actuando frente a casos de violencia. Sin embargo, se debe trabajar en una estrategia para hacer efectivo el trabajo interdisciplinario.

Un aporte que realizan las y los profesionales consultados es generar un código de emergencia que permita que los profesionales se movilicen cuando sean llamados para abordar a una paciente víctima de cualquier tipo de violencia. Esto evitaría por ejemplo que un profesional que es especialista de adultos se excuse de atender a un niño y lo remita a un hospital especializado. Un ejemplo de esto, cuando “un niño llegó con una fractura, por presunto maltrato, y el traumatólogo de adultos solicitó remitir al Hospital Baca Ortiz, porque no tenía especialidad en niñez” (GFU2, 2016).

Esto confirma que los principios establecidos en la norma, son aplicados discrecionalmente por los profesionales debiendo ser asumidos no por obligatoriedad sino por el código de ética y convicción.

2.6 APLICACIÓN DEL TAMIZAJE⁶

El tamizaje “es todo procedimiento por el cual se identifican personas aparentemente sanas que pueden estar en riesgo de padecer una enfermedad o poseer una condición” (MSP, 2014, pág. 15). En la norma técnica se pretende detectar a las mujeres que pueden estar sufriendo algún tipo de violencia, de ahí la importancia de su aplicación.

La OMS/OPS, plantea que si bien el tamizaje es importante, sin embargo se requiere generar estrategias integrales para disminuir la violencia (OPS - OMS, 2014). Es decir mirar esta problemática desde la protección integral: prevención, detección, atención, restitución y sanción si fuera el caso.

En la cotidianidad las/os profesionales identifican que:

- Los espacios de las unidades de salud no se prestan para brindar la privacidad requerida, donde puedan hacer las preguntas relacionadas con el tema de violencia (tamizaje universal). Por lo que el tamizaje debería ser aplicado en el consultorio (GFU2, 2016).
- No se aplica el tamizaje universal, por ejemplo “en el distrito donde trabajo, la identificación del problema es circunstancial. Durante el examen físico, se pueden ver los signos de maltrato y otros signos de forma esporádica” (GFU2, 2016).

⁶ **Tamizaje:** es todo procedimiento por el cual se identifican personas aparentemente sanas que pueden estar en riesgo de padecer una enfermedad o poseer una condición. Una vez identificadas, se les debe proveer de una atención integral para reducir el riesgo o las complicaciones relativas a la condición detectada. (MSP, 2014)

- Las preguntas utilizadas en el tamizaje son muy rígidas y carentes de calidez. “En psicología, tenemos la habilidad de hacer otro tipo de preguntas, establecer otro tipo de comunicación, para obtener la misma información” (GFR3, 2016). Además el tiempo de atención es de 45 minutos, a diferencia de los médicos que tienen 20 minutos.

La NTAIVG plantea entre las funciones de los médicos y enfermeras/os la aplicación del tamizaje, esto evidencia un procedimiento revictimizante, por la aplicación de un mismo instrumento por profesionales diferentes.

Según la OMS es importante la capacitación sobre la manera de aplicar el tamizaje y prevenir que esa aplicación no implique riesgo para las mujeres, por ejemplo si van acompañadas de sus parejas. Además los profesionales que detectan cualquier situación de violencia, deben tener los recursos institucionales internos y externos para brindarle a esa persona alternativas frente a la situación de violencia que está viviendo.

2.7 EXÁMENES PERICIALES Y DENUNCIA

En los diferentes grupos focales se abordó el tema de los exámenes periciales, haciendo una diferencia en el accionar cuando son niños/as y adolescentes (menores de 18 años) y cuando son personas adultas (mayores de 18 años).

En el primer caso el Código de Niñez y Adolescencia establece en el Art. 80, párrafo 3, que “los profesionales de la salud que realicen estos exámenes, están obligados a conservar en condiciones de seguridad los elementos de prueba encontrados y a rendir testimonio propio sobre el contenido de sus informes”. Sin embargo la norma dice que “deberá contar con la delegación de la autoridad competente”, particular que el artículo citado en su texto original no lo contempla. Siendo necesario que se rectifique esta interpretación de la norma.

Respecto a los exámenes periciales realizados a adultas/os, es importante tomar en cuenta que:

- Las personas víctimas de violencia, se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad.
- En el Procedimiento general de atención de la NTAIVG en el numeral 5 establece que “si detecta violencia sexual...debe remitir a la SPA o emergencias donde exista un médico acreditado como perito”. Y lo que se manifiestan en los grupos focales es que no existen médicos peritos, un ejemplo de esto se encuentra en el Hospital Enrique Garcés, cuando ingresa una víctima de violencia, la estabilizan e inmediatamente coordinan con los profesionales de la SPA. Estos coordinan con los médicos de especialidad e instancias judiciales. Si se identifica la necesidad de hacer exámenes periciales, se coordina su traslado inmediato a la Fiscalía (GFU1, 2016).
- Los profesionales no identifican que se haga efectiva la segunda parte del numeral citado que indica que “de no existir una persona acreditada...se pondrá en conocimiento de la Fiscalía General del Estado para la asignación de un perito forense o del proceso indicado en coordinación con el Sistema de Atención integral de Fiscalía”. Por lo que la atención prioritaria no es efectiva.
- Según Memorando No. MSP –CZ9D17D01-2016-1505-M, se establece que
 - al no estar regulada la prestación de los profesionales de Salud, como peritos salvo en los casos de mala práctica médica establecidas en el Art. 511 del COIP, o en los casos de que no exista profesionales registrados en la materia, en los que se podría cubrir los requerimientos de la autoridad... Por lo expuesto esta Dirección Nacional Jurídica recomienda abstenerse de realizar informes periciales.

Todas esto genera en los profesionales incertidumbre frente a su accionar ante casos de violencia. Siendo abordajes de alta complejidad, donde intervienen varios actores, es relevante que se generen espacios de análisis interinstitucional (Fiscalía-Consejo de la Judicatura. MSP) que permitan identificar los alcances y límites de la actuación de los

servidores de salud y se institucionalice a través de instrumentos legales, para evitar la discrecionalidad de las autoridades de turno.

Con relación a la denuncia, es la capacidad de poner en conocimiento ante una autoridad competente, del cometimiento de una presunta contravención o delito contra una persona (COMPINA, 2014, pág. 30). Por lo tanto, cuando se escucha la palabra ‘denuncia’ se piensa en la vinculación a procesos engorrosos con la administración de justicia -jueces, fiscales-, razón por la cual las/os profesionales evitan involucrarse en estos casos, porque identifican que no tienen apoyo institucional, como se evidencia en el siguiente relato:

Un importante número de profesionales de la salud, tienen resistencia a denunciar por el desconocimiento de lo que ello implica, no se sabe cuál es el límite del examen físico para no dañar las evidencias y se preguntan cómo saber si se puede o no denunciar los casos, porque no todo caso se debe judicializar en temas de violencia” (GFU2, 2016).

Esto genera inquietudes en los profesionales, porque frente a las amenazas o demandas interpuestas por parte de familiares de las víctimas o de los agresores, se sienten solos; incluso si los profesionales deciden poner una denuncia, la respuesta que reciben es “que no haga nada porque tiene las de perder, el que tiene la razón es el paciente” (GFU2, 2016). Todo esto los pone a la defensiva y posiblemente eviten la identificación de casos de violencia.

2.8 INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN

Es importante considerar los criterios emitidos por los profesionales respecto a los procesos de inducción y capacitación y transformarlas en oportunidades:

- Los grupos consultados manifiestan que no han recibido una inducción en temas normativos, legales o administrativos, previo a su ingreso al sector público del área de salud.

- Cuando las capacitaciones son presenciales, asisten uno o dos profesionales y después no hay transferencia a los equipos de los diferentes servicios (GFU1, 2016). A veces quienes fueron capacitados son reubicados o ha terminado su contrato, por lo que se pierde el talento humano formado.
- La percepción de algunos profesionales es que antes del 2014 existían procesos de capacitación más efectivos (GFU2, 2016). Siendo importante evaluar los procesos que el MSP ha desarrollado y a partir de los resultados plantear estrategias de capacitación, formación y seguimiento de aplicación de conocimientos.
- Con relación a los cursos virtuales los participantes de los grupos focales manifiestan que (GFU2, 2016):
 - Se desconoce el impacto de los mismos.
 - Se los realiza por obligación y por temor a las sanciones.
 - Se evidencia la ´viveza criolla´, de los profesionales que se limitan a aplicar la evaluación, en base a las respuestas de las personas que realizaron el curso en su totalidad.
 - Los cursos virtuales permiten llegar a más profesionales. Sin embargo la dificultad se evidencia cuando no cuentan con conocimiento para el manejo de aulas virtuales.
 - Los cursos que son de interés no los pueden hacer de manera efectiva, porque no tienen tiempo, las atenciones en consulta externa son excesivas.

Todo esto denota la necesidad de hacer un estudio sobre el impacto de las capacitaciones virtuales y/o presenciales, y a partir de ellos establecer los mecanismos para que sean optimizados estos espacios de formación y que los conocimientos sean implementados.

2.9 INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y MOVILIZACIÓN:

La norma técnica plantea que las SPA son “espacios específicos que se han creado para la atención especializada,... posibilitan la atención integral, interdisciplinaria, la privacidad y respeto a los derechos de los y las usuarias de los servicios de salud” (MSP, 2014, pág. 19).

Además establece que deberá cumplir con los estándares del MSP y contar con una sala de espera, un lugar para entrevista y un consultorio médico (ídem).

En el DMQ, se observa que la SPA se encuentra ubicada en la zona posterior del Hospital Enrique Garcés, junto al parqueadero, para llegar hay que cruzar todo el hospital. Se encuentra junto a un lugar donde están apilados muebles del hospital que han dejado de ser utilizados.

Internamente, cuenta con tres espacios como establece la norma, un consultorio, una sala de reuniones y una sala de espera, sin embargo no brindan privacidad, ni calidez, porque lo que una persona puede expresar en una sala se escucha en las otras dos (GFU2, 2016). Es decir que estaría cumpliendo con el parámetro de infraestructura, sin embargo no cumple con el requerimiento de brindar privacidad frente a los hechos de violencia vividos. Por lo tanto, no se hace efectivo el derecho a la confidencialidad.

Al ser casos que requieren atención emergente es importante considerar que se encuentre cerca de la sala de emergencias, y con espacios que brinden privacidad y respeto frente a las circunstancias de violencia que vive una persona.

Lo que plantean los profesionales entrevistados es que todas las salas de emergencia deben contar con espacios adecuados, “porque en una sala general, donde existen tres sillones, y les interrogan, todo se escucha,... es importante por respeto a la dignidad humana. Esto impide el tema de la reserva y confidencialidad” (GFU1, 2016).

Ratificando lo anteriormente manifestado es necesario trabajar en la adecuación de espacios que garanticen una atención integral donde se cumplan los principios y derechos establecidos en la normativa vigente.

En el DMQ el 71% (114) de las unidades operativas del MSP son centros de salud, el 10% (16) son centros de salud tipo A, el 0.6% (1) son centros de salud tipo B y el 1.25% son tipo C (MSP, 2016). Esto evidencia que una gran cantidad de centros pertenecen al primer nivel de atención, los cuales se encuentra más cerca a la población, por tanto sus espacios físicos y equipos de profesionales son limitados. Entonces ¿cómo generar espacios amigables para las personas que se encuentran viviendo situaciones de violencia?

Finalmente los profesionales identifican que en las unidades de salud que cuentan con vehículos no se prioriza su utilización para el traslado de víctimas a las unidades judiciales o fiscalía.

CAPÍTULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 CONCLUSIONES

Este proceso de Observancia permite concluir que:

1. La NTAIVG, es un instrumento técnico, necesario, que genera directrices para que las/os profesionales de la salud, respondan de manera efectiva frente a las personas que viven situaciones de violencia.
2. La NTAIVG no es aplicada en su integralidad por las y los profesionales, debido a varias razones:
 - No se sienten parte de la construcción de la norma técnica.
 - Porque evidencian algunos vacíos o contraposiciones entre las normativas legales y las disposiciones institucionales del MSP, Fiscalía, Policía Nacional.
 - Por desconocimiento de la norma.
 - Por el temor de involucrarse en procesos legales por la detección y denuncia de casos de violencia.
 - La articulación interinstitucional depende de las voluntades personales o de las autoridades de turno, limitando la efectividad del principio de corresponsabilidad.
 - La infraestructura y ubicación de la Sala de Primera Acogida que se encuentra en el DMQ, brinda limitadas condiciones que garanticen la confidencialidad, calidad y calidez en la atención a las personas que viven situaciones de violencia intrafamiliar.
3. Las/os usuarias/os aún desconocen sus derechos y los mecanismos para exigirlos.

3.2 RECOMENDACIÓN

Como producto del proceso de observancia a la NTAIVG se evidencia una recomendación general que plantea que:

- Conociendo que toda norma técnica es perfectible, el MSP debe considerar los hallazgos y recomendaciones de éste informe de observancia, para impulsar un proceso de evaluación de la aplicación de la NTAIVG a nivel nacional, que permita actualizar esta norma con la participación de los actores que la implementan.

Para lo cual se detallan algunos elementos que pueden aportar al mejoramiento de este instrumento de política pública a través de la actualización de dicha norma:

Coordinación interinstitucional:

- Mejorar los niveles de coordinación interministerial y con los organismos de la administración de justicia, que permita una intervención integral de atención, protección y restitución de derechos frente a situaciones de violencia y reducir al máximo la revictimización.
 - Analizar la pertinencia y factibilidad de movilización de los médicos legistas hacia los centros de salud para realizar los exámenes periciales, especialmente en casos de violencia sexual.
- Impulsar alianzas con la academia para la generación de conocimiento a través de investigaciones sobre calidad de servicios, impacto de los procesos de formación virtual, estrategias para generar aprendizajes significativos en adultos.
- Generar bases de datos de entidades que brindan servicios de atención en áreas de psicológica y asesoría jurídica para coordinar transferencias y contra referencias, y así activar los Sistemas de Protección Integral.
- Generar espacios de diálogo con la Policía Nacional, para abordar diversos temas que en la operatividad pueden constituirse en nudos críticos que incrementa la vulneración de las víctimas de violencia. Entre los temas identificados se mencionan los siguientes:

- Análisis de la necesidad o no de adjuntar al parte certificados de las unidades de salud.
- Definiciones sobre cómo actuar frente a la negativa de algunos policías de trasladar a una víctima de violencia, debido a la coincidencia con los horarios de cambio de turno.
- Generación de alianzas interinstitucionales para tener referentes para referencia y contra referencia de personas víctimas de violencia.
- Impulsar procesos de difusión de la NTAIVG al personal operativo de la Policía Nacional

Aplicación de la NTAIVG

- Considerar algunos criterios para la selección de profesionales que participen en la actualización de ésta norma técnica:
 - Participación de los diferentes niveles de salud, considerando sector urbano y rural.
 - Ser profesionales que trabajan en el sector público y privado.
 - Que laboren en salas de primera acogida, emergencia y consulta externa.
 - La participación de titulares de derechos, la academia y la participación de delegados de otras entidades de atención, protección y restitución de derechos, aliadas como son: policía, entidades de atención, casas de acogida, Fiscalía, Consejo de la Judicatura, etc.
- Reflexionar sobre las siguientes temáticas, que aportan para el proceso de actualización de la NTAIVG:
 - Pericias médicas, actuación cuando son NNA y adultos- acoplar a la normativa legal.
 - Análisis de formularios
 - Niveles de aplicación de tamizaje y responsable de hacerlo.
 - Generación de los mecanismos para valorar el riesgo en la víctima.

- Análisis sobre la necesidad de rotación de equipos en las Salas de primera Acogida para evitar el cansancio físico y emocional que pueden desarrollar los profesionales.
- Revisión del tiempo de atención a usuarios en el sistema de salud, porque los profesionales consideran que 20 minutos son insuficientes para la atención de las personas sufran o no de situaciones de violencia.
- Evaluación de los estándares de calidad de las SPA y las salas de emergencia.
- Análisis sobre la reubicación de la SPA junto a emergencias, y mejorar los espacios que generen privacidad y respeto frente a las circunstancias que vive la persona víctima de violencia.
- Priorización del uso de vehículos para el traslado de las víctimas a las unidades judiciales o fiscalía.

Aspectos institucionales

- Generar y/o mejorar el sistema de registro de casos de violencia que son identificados en las unidades de salud, lo que aportaría en la identificación de violencia sistemática hacia las mujeres y prevenir las muertes por femicidios.
- Analizar la creación de un código de emergencia para casos de violencia. Esto permitiría que en el menor tiempo posible se reúna el equipo de profesionales para hacer una atención integral, de tal manera que se evite en la medida de lo posible la re victimización.
- Incorporar en los procedimientos de inducción temas relacionados con: normas legales y técnicas de acuerdo al área de especialidad; derechos humanos; principios y enfoques de atención, y temas administrativos.
- Considerar en sus planes de capacitación, procesos de salud mental y oxigenación para las/os profesionales, dando prioridad a aquellos/as que atienden de manera directa a víctimas de violencia.



- Considerar un tiempo específico y diferenciado de la atención de consulta externa para realizar los cursos de capacitación virtual.

Bibliografía

- COMPINA. (2014). *Ruta de Protección y Restitución de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*. Quito.
- MSP. (diciembre de 2014). *Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género*. Recuperado el agosto de 2016, de <http://www.salud.gob.ec/catalogo-de-normas-politicas-reglamentos-protocolos-manuales-planes-guias-y-otros-del-msp/>
- MSP. (2016). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 9 de noviembre de 2016, de Geosalud: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/publico/dniscg/geosalud/gui/#>
- MSP Coordinación Zonal 9. (17 de julio de 2016). Memorando No. MSP-CZ9D17D01-2016-1505-M. Quito, Pichincha, Ecuador.
- OPS - OMS. (2014). *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual de mujeres. Directrices de la OMS para las prácticas clínicas y las políticas*.
Obtenido de
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1

Grupos focales

- GFU1. (20 de julio de 2016). Grupo focal. Norma técnica de atención integral a víctimas de violencia. (OPP/TM, Entrevistador) Quito.
- GFU2. (25 de julio de 2016). Grupo Focal. Norma Técnica de atención integral a víctimas de violencia (OPP/TM, Entrevistador)
- GFR3. (22 de julio de 2016). Grupo Focal. Norma técnica de atención a víctimas de violencia. (OPP/TM, Entrevistador)