

Las obligaciones del Estado frente a la salud: el maltrato infantil y los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS)*

Mariana Muzzi

1. Introducción

El maltrato infantil es un problema de salud pública a nivel mundial. Según algunas cifras, más de un tercio de la niñez peruana sufre uno de los tipos más recurrentes de maltrato infantil: el maltrato físico (41% de los padres y madres admiten castigar a sus hijos por medio de golpes, según la ENDES 2000). Al respecto, el Estado peruano ha asumido compromisos internacionales y nacionales que lo obligan a tomar acciones inmediatas para garantizar el progresivo cumplimiento del «disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental». Por este motivo, su respuesta debe ser intersectorial y multidisciplinaria, considerando el modelo de intervención integral con enfoque familiar e incluyendo cuatro componentes: promoción, prevención, atención y rehabilitación.

Este trabajo busca dar una respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la situación de las obligaciones del Estado peruano frente al derecho a la salud con respecto a la

* Trabajo elaborado para el Diploma Internacional de Derechos humanos en Salud, Facultad de Salud pública y Administración «Carlos Vidal Layseca», Universidad Peruana Cayetano Heredia.

atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil? El análisis del estado del arte del funcionamiento de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS) será el punto de enfoque para abordar esta cuestión.

De otro lado, por motivos metodológicos, se ha decidido restringir el ámbito del estudio en dos aspectos. En primer lugar, la definición de maltrato infantil se limitará al maltrato físico, el maltrato psicológico y el abuso sexual en dos contextos: el entorno familiar y la escuela. En segundo lugar, se abordarán apenas dos componentes de la intervención integral; es decir, a la atención y la rehabilitación de casos de maltrato infantil, permitiendo un acercamiento mayor al sector Salud.

Los objetivos que se pretenden lograr en este trabajo son cuatro:

- (1) conceptualizar el maltrato infantil como problema de salud pública y definir la responsabilidad del Estado peruano y del sector Salud frente al problema;
- (2) revisar las obligaciones de los Estados en materia de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y, específicamente, con respecto al derecho a la Salud;
- (3) conocer el estado del arte del cumplimiento de los tres tipos de obligaciones asumidos por los estados frente al derecho a la salud, aplicado a la estrategia de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil (MAMIS) del Ministerio de Salud (MINSA) como respuesta del sector Salud a la atención y rehabilitación de casos de maltrato infantil; y, por último,
- (4) realizar un breve balance de la respuesta del Estado peruano.

Para alcanzar estos objetivos, el trabajo se dividirá en siete apartados. El primer apartado es la introducción, mientras que el segundo apartado abordará la definición del maltrato infantil, sus características y magnitud a nivel mundial, regional y nacional y culminará con la conceptualización del maltrato infantil como prioridad de la salud pública. El tercer apartado se dedica a dar a conocer la respuesta del Estado peruano frente al maltrato infantil y los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS). El análisis del maltrato infantil como prioridad de la salud pública y como violación de derechos humanos conformará el cuarto apartado. Este apartado también explicará la opción del presente trabajo de enfocar el maltrato infantil en el marco del derecho a la salud, en detrimento de enfocar la problemática en el campo del derecho a la vida, integridad física y desarrollo integral. El quinto apartado busca contribuir a la discusión respecto a las obligaciones de los estados para garantizar la plena realización de estos derechos: i) la obligación de garantizar niveles esenciales de los derechos; ii) las obligaciones de adoptar medidas inmediatas y; iii) la obligación de progresividad y prohibición de regresividad. Este apartado aplica obligaciones genéricas establecidas en la normatividad internacional al tema específico del maltrato infantil y en seguida al Perú (atención y rehabilitación del maltrato infantil). El cuadro sinóptico constituye el sexto y último apartado.

2. El maltrato infantil: definiciones, características y salud pública

2.1. Definición de maltrato infantil

El maltrato infantil ha sido analizado con diferentes enfoques, principalmente, el de los derechos humanos y el sociológico. Históricamente -y en la actualidad- quienes se han ocupado por el problema del maltrato infantil y el abandono han sido organizaciones de bienestar familiar o de beneficencia. Sin embargo, el problema no ha recibido gran atención por parte de los profesionales en medicina o del sector Salud en general.

El argumento cultural es utilizado frecuentemente para justificar el maltrato infantil como práctica de crianza. En los países latinoamericanos, el maltrato está incorporado en las pautas de crianza de los padres y en la disciplina de la escuela, puesto que todavía existe una concepción de la infancia que ignora al niño como persona humana y utiliza la violencia como medida de control de los adultos hacia los niños, puesto que se considera que la disciplina y la regulación de las conductas de los hijos son atribuciones exclusivas de los padres. Estos últimos, en muchos casos, reproducen las formas de castigo que recibieron en su propia infancia, en la que el maltrato y la violencia eran, en muchos casos, parte de su vida cotidiana.¹

La cultura define qué actos omitidos o cometidos podrían constituir maltrato o abandono en un determinado grupo social y en un determinado momento histórico. Las diferentes culturas tienen reglas distintas para definir qué pautas de crianza son aceptables, con lo que hacen difícil el consenso; sin embargo, muchas culturas, en la actualidad, concuerdan en que no se debe permitir el maltrato.² Al respecto, existe un denominador común a 58 países y una unanimidad en lo concerniente a las prácticas disciplinarias muy duras y al abuso sexual.³

La normatividad internacional ha definido el maltrato infantil en instrumentos de derechos humanos, tales como la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y en instrumentos de Salud pública, como es el caso de la definición que hace del tema la Organización Mundial de Salud (OMS).

¹ MORENO, T. C. *Patrones y pautas de crianza en la Región Andina*. Bogotá: Convenio Asociación Afecto y Save The Children UK, 2000.

² El derecho a la identidad cultural (Constitución Política del Perú del 1993, art. 2.19) es usado en varias ocasiones para «justificar» la violencia contra niños en el Perú en el ámbito jurídico, generando la malformación de un derecho. En la oposición de derechos, no se puede violar el derecho a la integridad física de una persona en base al derecho a la identidad cultural. En marzo 2005, en Iquitos, el Presidente de la Corte Superior, ha informado que el «error cultural» es comúnmente presentado para justificar casos de abuso sexual en esta región del Perú.

³ International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). < <http://www.ispcan.org/> >.

Según el artículo 19 de la CDN, el maltrato estaría definido como «el perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo».

La OMS⁴ define de forma similar el maltrato infantil como «maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder».

2.1.1. Tipos y escenarios de maltrato

Diversas organizaciones han clasificado al maltrato infantil. Para efecto del presente trabajo monográfico, se utilizará la tipología de maltrato infantil elaborada por la OMS,⁵ en la cual se establece los siguientes cinco tipos:

- (1) maltrato físico,
- (2) maltrato psicológico,
- (3) negligencia o abandono,
- (4) abuso sexual, y
- (5) explotación para fines sexuales u otros fines.

Además, estos tipos de maltrato se pueden clasificar por sus niveles de gravedad, como se observará en el siguiente cuadro:

Cuadro n.º 1 Niveles de gravedad por tipos de maltrato

	MALTRATO FÍSICO	MALTRATO PSICOLÓGICO	NEGLIGENCIA	ABUSO SEXUAL
L e v e	- El maltrato no ha provocado, en ningún momento, lesión alguna en el niño o adolescente; o el niño o adolescente ha sufrido un daño/ lesión mínima.	- Las conductas de maltrato psicológico no son frecuentes. - La situación emocional del niño o adolescente no presenta secuelas.	- Hay desatención en las necesidades del niño o adolescente, pero las consecuencias que genera no afectan su desarrollo físico, afectivo, cognitivo o sus relaciones sociales.	- Abuso sexual sin contacto físico. - Protagonizado por una persona ajena a la familia del niño, niña o adolescente. - Se ha dado en una sola ocasión. - El niño dispone del apoyo de sus padres, tutores o responsables.

⁴ WHO/OMS. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. Ginebra: 1999.

⁵ Ibídem.

	MALTRATO FÍSICO	MALTRATO PSICOLÓGICO	NEGLIGENCIA	ABUSO SEXUAL
M o d e r n i z a d o	<ul style="list-style-type: none"> - El maltrato ha provocado en el niño o adolescente lesiones que han requerido algún tipo de atención médica. - El niño o adolescente presenta lesiones en diferentes fases de cicatrización o curación 	<ul style="list-style-type: none"> - Las conductas de maltrato psicológico son frecuentes. - La situación emocional del niño o adolescente presenta un daño significativo, y el niño o adolescente tiene dificultades para funcionar adecuadamente de acuerdo con su edad. - Hay aspectos positivos importantes en el trato y cuidado afectivo de los padres hacia el niño o adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> - El niño o adolescente ha padecido de lesiones o daño físico o psicológico como consecuencia de la conducta de los padres, tutores o responsables. - Hay aspectos positivos en el trato y cuidado físico y psicológico que los padres proporcionan al niño o adolescente. - La desatención de derechos, sin embargo, produce en el niño o adolescente problemas de adaptación y desarrollo de acuerdo con su edad que perjudican su interacción social en la familia, escuela, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso sexual sin contacto físico - Protagonizado por una persona ajena a la familia del niño o adolescente - Realizado en varias ocasiones - El niño posee el apoyo de sus padres, tutores o responsables.
G r a v e	<ul style="list-style-type: none"> - El niño o adolescente requiere hospitalización o atención médica inmediata a causa de las lesiones producidas por el maltrato. - El niño o adolescente presenta lesiones en diferentes fases de cicatrización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las conductas de maltrato psicológico son frecuentes. - La situación emocional del niño o adolescente presenta un daño significativo, tiene dificultades para funcionar adecuadamente de acuerdo con su edad y su desarrollo se encuentra seriamente comprometido. 	<ul style="list-style-type: none"> - El niño o adolescente ha padecido lesiones o daño físico o psicológico como consecuencia directa de la conducta negligente de los padres, tutores o responsables. - Su desarrollo e integridad se encuentran comprometidos, por lo que se requiere medidas de protección inmediatas. - Debe evaluarse la responsabilidad y capacidad de los padres para el cuidado de sus hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incesto (con o sin contacto físico) y violación con contacto físico.

Fuente: Red contra el maltrato infantil promovida por el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES)⁶

A pesar de la categorización presentada anteriormente, no se pueden analizar los diversos tipos de maltrato infantil de forma separada, dado que estos se presentan simultáneamente.

⁶ El cuadro fue elaborado sobre la base de *Criterios de Evaluación de Gravedad y Riesgo en Situaciones de Maltrato Infantil – Guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil en Aragón*, de la Diputación General de Aragón (Instituto Aragonés de Servicios Sociales – Programa de Prevención y Detección de Situaciones de Desprotección y Maltrato Infantil. IASS-ADCARA. Septiembre, 2001.

Por ejemplo, los niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato físico, en su gran mayoría, también fueron afectados por la violencia psicológica. La dificultad de categorizar los diversos tipos de violencia se presenta en el Perú de forma evidente.

La categorización del maltrato infantil también se realiza según los escenarios o contextos en los cuales se presenta, más conocidos como settings:⁷

- (1) el hogar y en el entorno familiar;
- (2) la escuela y en entorno educativo;
- (3) instituciones de protección (hogares) o de internamiento por conflicto con la ley penal;
- (4) la calle y en la comunidad;
- (5) situaciones laborales; y
- (6) los medios de comunicación.

Para efectos del presente trabajo, el «maltrato infantil» que se está analizando incorpora el maltrato físico, el maltrato psicológico y el abuso sexual solo en dos contextos: el entorno familiar y la escuela.

2.2. Características y magnitud del maltrato infantil a nivel mundial, regional y en el Perú

A nivel mundial, el castigo físico todavía es una forma de violencia interpersonal consentida por la ley y aún tolerada socialmente. No se toma en cuenta, comparativamente, que no es admisible que una persona adulta utilice la fuerza física contra otra (porque afecta sus derechos fundamentales y el orden de la ley), pero sí se acepta utilizar la fuerza física contra los niños.

Actualmente, solo diez países en el ámbito mundial han declarado explícitamente como ilegal el castigo físico contra los niños.⁸ Sin embargo, en la mayoría de países, no existe una calificación legal o suficiente en el marco de las medidas de protección hacia la infancia para determinar cómo se califica o considera el castigo corporal. Los límites entre el castigo físico y el maltrato no son claros y no es difícil pasar de un castigo físico a una evidente situación de maltrato. No es de extrañar que la gran tolerancia social y cultural que existe frente al castigo físico sea otro de los factores de riesgo que explique las altas cifras de ocurrencia del maltrato.

⁷ Estudio de las Naciones Unidas sobre Violencia contra niños, niñas y adolescentes. <<http://www.ohchr.org/english/bodies/crc/study.htm>>.

⁸ Austria, Croacia, Chipre, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Israel, Latvia, Noruega y Suecia.: <www.endcorporalpunishment.org>.

Un estudio reciente llevado a cabo en países de América Latina en relación con pautas de crianza en zonas andinas refiere que el castigo físico está intensamente relacionado con la falsa creencia -por parte de los adultos- de que este es necesario porque produce sufrimiento y facilita el aprendizaje de la disciplina en el hogar y la escuela. Inclusive, señala el estudio, la aplicación del castigo físico es mucho más frecuente que la utilización de gratificaciones para reforzar comportamientos deseados en los niños.⁹

Algunas de las causas que explican el maltrato en los países latinoamericanos son el autoritarismo familiar y la inequidad de género, circunstancias que hacen que unas personas desvaloricen y discriminen a otras en razón de su sexo; así como las modalidades de control y disciplina que los padres ejercen con sus hijos, en las que muchas veces predomina la imposición y la falta de diálogo, y no siempre se tienen en cuenta las necesidades de respeto y consideración por el otro (en este caso, por los hijos). Asimismo, se puede mencionar, entre otras causas, el desconocimiento de los padres tanto de los derechos de sus hijos como de las propias funciones, roles y responsabilidades que les corresponde a los adultos como cuidadores y protectores.

En los países de América Latina, las estadísticas que describen la incidencia del maltrato provienen de fuentes parciales de diferentes instituciones y de organismos públicos, privados, y ONG y no existe una única fuente nacional que permita medir la verdadera y real magnitud de la violencia contra niños y adolescentes. En Chile, un estudio comparado respecto al maltrato infantil, citado por UNICEF-Chile (2001), revela que el 73.6% de los niños y niñas de familias chilenas son víctimas de algún grado de violencia ejercida por parte de los padres. Un 53.9% sufre de maltrato físico y un 19.7% de violencia psicológica.¹⁰ En Costa Rica, una encuesta de opinión (2000) exploró la problemática del maltrato infantil a nivel nacional, en la cual se revela que un 14.4% de entrevistados de uno u otro sexo admitió tener un familiar que había sido agredido.¹¹ La misma fuente indicaba que la cifra podría ser mayor, ya que existían limitaciones en el país para obtener registros fidedignos. En México, durante el año 2000, se reportó que solo durante el primer semestre del año se habían registrado 15,000 niños víctimas de malos tratos.¹²

El maltrato contra los niños y adolescentes, en la mayoría de los países de la región, no solo se produce en las familias y en las escuelas, sino también en otras instituciones públicas. Un reporte citado por Human Rights Watch en Guatemala señala que los niños de la calle suelen ser detenidos por la policía nacional y pueden estar meses encerrados a la espera de una decisión judicial, con frecuencia, solo por no tener

⁹ Reproducido de: SAVE THE CHILDREN SUECIA, NOTICIAS ALIADAS y DUGHI, Pilar. *Diagnóstico situacional de niñas, niños y adolescentes en 21 países de América Latina*. Save The Children, Suecia - Lima <www.scslat.org (2003)>.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*.

familiares que los reclamen. Algunos de ellos son enviados a centros de detención, arguyéndose que es para su protección. Niños entre los 8 y 17 años que han sido violados o maltratados por sus padres, incluso discapacitados, comparten los mismos centros penitenciarios que albergan a delincuentes comunes.¹³

El Perú tiene una población principalmente joven, donde los menores de 18 años constituyen un aproximado de 10 millones de personas.¹⁴ En el país, más de un tercio del total de niños y adolescentes peruanos son víctimas del maltrato infantil.

La encuesta ENDES 2000 incluyó por primera vez en el país un módulo sobre violencia familiar con el fin de conocer las dimensiones nacionales y características de este problema.¹⁵ Las encuestadas fueron mujeres entre los 15 y 49 años. A las que tenían hijos vivos se les preguntó de qué manera castigan los padres biológicos a sus hijos y de qué manera lo hacían ellas mismas (es decir, las madres biológicas). Los resultados revelaron lo siguiente: entre las mujeres alguna vez unidas, el 86% reportó que la reprimenda verbal es la forma de castigo más frecuente que el padre utiliza como castigo para corregir a sus hijos. Sin embargo, el 41 % de los padres acude a los golpes, castigo que también ejercen las madres en 41.2 % (porcentajes semejantes en ambos casos).

El mismo estudio reportó que la mayor incidencia de violencia contra la infancia es producida en lugares de alta pobreza y exclusión social, como en el departamento de Apurímac, en donde el 62% de los padres refieren que castigan con golpes a sus hijos, o en Cajamarca, donde esta cifra se eleva al 73%. La misma fuente también asoció el nivel educativo a los malos tratos durante la infancia. Así, el 61% de padres y el 56% de madres que golpean a sus hijos poseen un bajo nivel educativo. Uno de los más graves tipos de maltrato es el abuso sexual infantil, que tiene una alta prevalencia en el Perú. Un estudio multicéntrico llevado a cabo por la Organización Panamericana de la Salud en el país revela que existe un 19.5 % de prevalencia de abuso sexual infantil contra las niñas.¹⁶ Sin embargo, solo se llegan a denunciar entre el 10 y el 30% del total de abusos sexuales que ocurren.¹⁷

Una de las más graves características del maltrato infantil, es su carácter intergeneracional. Entre un 70 y 80% de padres que fueron maltratados en su infancia reproducen

¹³ HUMAN RIGHTS WATCH. *Los niños olvidados de Guatemala*: <www.hrw.org/spanish/inf_anual/2002/>

¹⁴ Aproximadamente 10.617.000 personas que constituyen el 40% del total de la población peruana. Ministerio de la Presidencia. *Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia. 2002-2010*. Lima: Ministerio de la Presidencia, 2002.

¹⁵ INEI. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Lima: INEI-USAID-UNICEF, 2000.

¹⁶ GUEZMES, A., PALOMINO, N. y M. RAMOS. *Violencia Sexual y física contra las mujeres en el Perú*. Lima: OMS- CMP Flora Tristán- UPCH, 2002.

¹⁷ CESIP. *Abuso Sexual infantil en Comas*. Lima: CESIP, 1998; MINSA. *Registros administrativos de la casuística del MINSA*. Lima: Dirección de Promoción de la Salud. MINSA, 1998.

la violencia contra sus propios hijos. En el Perú y, de acuerdo con la citada ENDES, el 56 % de mujeres encuestadas reconocían haber sido golpeadas en su infancia, y llegaron a constituir hasta el 70 % en departamentos como Apurímac, Loreto y San Martín.

Entre enero y agosto del año 2002, en 36 Centros de Emergencia Mujer del país (CEM), se atendieron 2,950 niños y adolescentes víctimas de la violencia familiar y sexual,¹⁸ de los cuales, el 3% era menores de cinco años de edad y el 5% correspondía a niños entre los 6 y 11 años. Los adolescentes representaban el 7 % del total de atendidos; precisamente, en ellos se reportó el mayor número de casos de abuso sexual. Con respecto a la edad y sexo de los agraviados, se reportó que por cada adolescente varón agredido había cuatro mujeres adolescentes agredidas. Por eso, se señala que las adolescentes entre 12 y 17 años tendrían 4 veces más probabilidades de riesgo de ser maltratadas que los varones.

La violencia conyugal y familiar también incrementa la violencia contra los niños. Numerosas investigaciones llevadas a cabo en países de la región han subrayado la frecuente asociación que existe entre la incidencia de violencia contra la mujer en el hogar y la incidencia del maltrato infantil.¹⁹ Un estudio desarrollado en el Cuzco demostró que, en promedio, el agredir a la pareja incrementaba al doble el riesgo de agredir a los niños.²⁰

El maltrato o abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes es uno de los maltratos más difíciles de visibilizar y denunciar. Un estudio cualitativo desarrollado por el Centro de Estudios Sociales y Publicaciones (CESIP) en Lima (1998)²¹ reportó que solo se suelen denunciar entre el 10 y 30% de las ocurrencias totales y, en más del 60% de los casos, el abuso sexual era cometido a través de engaños y amenazas y sin violencia explícita. El 67% de los casos investigados se produjeron en el colegio o en la casa, y en el 83.5% de los casos el agresor era un conocido de la víctima. Sin embargo, el 58.9% de adultos entrevistados en las zonas en las que se desarrolló el estudio consideraba que los abusos solían ocurrir en parques, calles y lugares públicos y que el agresor era un desconocido. Es decir, a través de los resultados de este estudio, se evidenció el gran desconocimiento de parte de adultos y cuidadores con respecto a las características y modalidades de presentación del abuso sexual; aspecto

¹⁸ Estos datos corresponden a registros administrativos de los CEM contenidos en MIMDES. *Niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia familiar y sexual atendidos en los Centros de Emergencia Mujer entre enero y agosto del 2002. PNLVFS – MIMDES*. Lima: MIMDES, 2002. Informe.

¹⁹ ELLSBERG, M., PEÑA, R. et al. *Confites en el infierno. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua*. Managua: Ed. Depto. de Medicina Preventiva y Salud pública, UNAN, 1998; CENTRO GUAMÁN POMA DE AYALA. *Violencia en el Cuzco*. Cuzco: Centro Guamán Poma, 2001.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ CESIP. *Abuso Sexual infantil en Comas*. Lima: CESIP, 1998.

que muestra la poca preparación preventiva que existe socialmente para enfrentar la problemática del maltrato y, especialmente, la del abuso sexual.

2.3. El maltrato infantil como prioridad de salud pública

El maltrato infantil, al ser un problema endémico en el Perú y en América Latina, tiene que ser abordado como un problema de salud pública y como una violación del derecho a la integridad física, a la vida, y al derecho a la salud.

¿Cuáles son los criterios para definir los problemas de salud pública? ¿Qué institución o instituciones definen lo que se considerará un problema de salud pública en el ámbito nacional y mundial? El maltrato infantil, en el ámbito mundial, tradicional e histórico, no ha sido incluido como prioridad de salud pública entre los profesionales u operadores de salud. Sin embargo, este es un tema prioritario por una serie de razones que se señalan a continuación, respecto a la magnitud, tendencia y valor social (las personas valoran el problema como prioritario para la salud pública).

Por definición, la salud pública no se ocupa de los pacientes a título individual. Sin embargo, el problema individual se torna colectivo por su frecuencia, pasa a representar un problema de Salud pública, que se centra en tratar los problemas que afectan la salud de una colectividad, y pretende proporcionar el máximo de beneficio para el mayor número posible de personas.²² El informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS demuestra las graves consecuencias de la violencia —tanto en el corto como en el largo plazo— para los individuos, las familias, las comunidades y los países. El enfoque de salud pública hace hincapié en la acción colectiva para la prevención, atención y rehabilitación de víctimas de maltrato infantil.

374

2.3.1. Magnitud y tendencias

En el caso del Perú, el maltrato infantil puede ser considerado un problema colectivo debido a la magnitud del problema y su carácter endémico. Las características epidemiológicas del maltrato infantil también refuerzan la necesidad de priorizar su prevención y atención del maltrato infantil en salud pública. En el Perú, los índices de maltrato infantil son altos, y este puede ser considerado un mal endémico por su cronicidad y genera consecuencias graves para el desarrollo social, emocional y mental del niño o adolescente, por lo tanto, en las futuras generaciones del país. Se agrega, además, que una de las más graves características del maltrato infantil es su carácter intergeneracional.

2.3.2. Valor social

La ambigüedad de la inclusión del maltrato infantil como prioridad en salud pública fue aclarada en el año 1996,²³ cuando la prevención de la violencia fue considerada

²² OMS. Informe Mundial Sobre la violencia y la Salud. OMS (2002), p. 3.

²³ Resolución WHA49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud, en su 49.ª sesión (1996).

una prioridad de salud pública por la Asamblea Mundial de la Salud. Posteriormente, el Informe Mundial sobre la violencia y la salud de la OMS, del año 2002, ha explicitado de forma detallada las formas de violencia que se consideran prioritarias en la salud pública, entre las cuales figura el maltrato infantil en su capítulo tercero.

En seguimiento al Informe Mundial, se lanzó una campaña global de prevención de la violencia liderada por la OMS, con participación de organizaciones de la sociedad civil y, además, la OMS está haciendo el seguimiento a la implementación de las recomendaciones que fueron producto del referido informe.²⁴ En el ámbito regional, en América Latina, este compromiso de incorporar el tema de la violencia como prioridad para la salud pública se vio reflejado con la Declaración de Bogotá, firmada en el año 2002.

3. Respuesta del Estado peruano frente al maltrato infantil

Antes de proceder al estudio de las obligaciones de los Estados en general y del cumplimiento de estas obligaciones por parte del Estado peruano, específicamente frente al maltrato infantil, que será objeto de apartados futuros, el presente se limitará a brindar una breve descripción de las respuestas del Estado peruano frente a la problemática tratada. Este apartado está dividido en tres partes: i) La normatividad frente al problema; ii) El modelo de intervención integral; y iii) El modelo de los Módulos de Atención en Maltrato Infantil (MAMIS) dentro de los hospitales.

375

3.1. La normatividad nacional²⁵

El Estado peruano tiene la obligación de respetar, proteger y realizar (cumplir con) los derechos a la salud de todos los niños y adolescentes. El derecho a la salud se encuentra reconocido en los artículos 7° y 11° de la Constitución del Perú. Por su parte, el artículo 4° dispone que los niños son objeto de protección especial por parte del Estado.

Las principales normas infraconstitucionales vigentes en el Perú, con relación al maltrato infantil, son sobre violencia familiar y se señalan a continuación:

- Ley de Protección frente a la Violencia Familiar, Ley 26260 y D.S. 006-97-JUS.

²⁴ i) Implementing the Recommendations of the World Report on Violence and Health, WHA56.24 (2003) - Resolution of the World Health Assembly, 56th session, 28 May 2003; ii) Implementing the recommendations of the World report on violence and health, EB111.R7 (2003) - Resolution of the Executive Board of the WHO, 111th Session, 23 January 2003; iii) Violence and health, EB109/15 (2001) - Resolution of the Executive Board of the WHO, 109th session, 14 November 2001; iv) Prevention of violence, WHA50.19 (1997) - Resolution of the World Health Assembly, 50th WHA, 14 May 1997.

²⁵ Véase anexo 2.

- Ley 27982 que modifica el Texto Unico Ordenado de la Ley 26260.
- Constitución del grupo impulsor de hogares libres de violencia familiar - GRUPFAM- Resolución Suprema N° 074-98-PROMUDEH.
- Creación del Programa Nacional contra la Violencia Sexual y Familiar. Decreto Supremo 008-2001-PROMUDEH.
- Crean Hogares de Refugio Temporal para las víctimas de violencia familiar, mediante Ley 28236 publicada el 29 de mayo del 2004.

El sector Salud, según las Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la violencia familiar y el maltrato infantil del Ministerio de Salud, asume compromisos concretos frente al maltrato infantil.²⁶

3.2. Modelo de intervención integral. Promoción, prevención, atención y rehabilitación: una responsabilidad compartida

Considerando el carácter intergeneracional del maltrato infantil y la conducta reiterada de los padres y madres en recurrir a la violencia como forma de resolución de problemas familiares, se observa que el maltrato infantil es histórico. No se puede interrumpir el maltrato infantil de forma espontánea. La única forma de combatirlo es mediante un modelo de intervención integral con un enfoque familiar,²⁷ en el que se incluyan cuatro componentes: promoción, prevención, atención y rehabilitación. Dicha intervención integral frente al problema del maltrato infantil es responsabilidad de una serie de actores del Estado peruano.

376

En los componentes de prevención del maltrato infantil y de promoción del derecho a la salud y vida digna, con el eslogan «derecho al buen trato», en la última década diversas instituciones públicas y privadas han ejecutado planes y programas para enfrentar el maltrato contra niños y adolescentes. Asimismo, la sociedad civil se ha movilizado para promover el buen trato a través de campañas comunicacionales.

Entre las respuestas del Estado peruano se encuentran principalmente las acciones del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), del Ministerio de Educación (MINED) y del Ministerio de Salud (MINSa).

El Programa de Lucha Contra la Violencia Familiar y Sexual del MIMDES brinda atención a la población víctima de la violencia en 39 Centros de Emergencia Mujer (CEM). Asimismo, en las defensorías de niños y adolescentes (defensorías municipales o DEMUNA, defensorías comunales y defensorías que existen en instituciones

²⁶ Resolución Ministerial 455-2001 SA/BM del 27 de julio del 2001.

²⁷ «Enfoque familiar» se refiere a un trabajo de psicología que no se limita a la atención y rehabilitación del niño o adolescente víctima de maltrato, sino de un trabajo con su familia y su entorno familiar. El trabajo implica que los profesionales de salud deben realizar un trabajo coordinado con asistentes sociales.

privadas como ONG), se detectan y derivan casos de violencia familiar y sexual. Actualmente, existen cerca de 2 mil defensorías en funcionamiento de las cuales 1647 están registradas oficialmente en el MIMDES. Estas defensorías recibieron denuncias de 11075 casos de maltrato infantil en el año 2003.

En el sector educación, la Oficina de Tutoría y Prevención Integral (OTUPI) del Ministerio de Educación trabaja con docentes, alumnado y padres de familia en la promoción de una cultura de paz y buen trato y en el fortalecimiento de habilidades para la vida entre los niños, niñas y adolescentes. Se han elaborado módulos de capacitación y se están incluyendo estos temas en los horarios de tutoría.

En 1996, el Ministerio de Salud formuló por primera vez un Plan Operativo de Salud Mental para ser ejecutado en el ámbito nacional. De ese modo, se designaron por primera vez en el país a treinta y cuatro responsables de salud mental en las direcciones regionales de salud. Ellos fueron los responsables de implementar las estrategias, entre cuyas actividades estuvieron la organización y realización de talleres de sensibilización y entrenamiento para operadores de salud del nivel primario que laboraban en puestos y centros de salud. El modelo de intervención desarrollado privilegió el componente de prevención y atención, pero no se desarrolló el componente de promoción ni de rehabilitación frente al maltrato infantil en las estrategias nacionales de salud mental.

Los trabajadores de salud fueron entrenados básicamente en detección y prevención del maltrato. Con ellos se abordaron contenidos tales como el cuestionamiento de prácticas de crianza que incluían el castigo corporal, y se discutieron métodos alternativos de disciplina y entrenamiento de las interacciones paterno filiales en el marco del respeto a los derechos de niños y adolescentes. Asimismo, se trabajó en el fortalecimiento de habilidades sociales en adolescentes-escolares, con inclusión de docentes en las capacitaciones e intervenciones preventivas. Sin embargo, las capacitaciones no incluyeron un plan de asesoría, monitoreo y evaluación, por lo que no existieron indicadores de evaluación de resultados de las capacitaciones ni del desarrollo de las actividades promocionales, preventivas y de atención en las intervenciones desarrolladas.

El entrenamiento y las capacitaciones no fueron sistemáticos. Así, en 1997, solo se había llegado a capacitar a trabajadores pertenecientes a quince de las treinta y dos DISAS que existían en ese año a nivel nacional. Una de las razones que limitaron el desarrollo e implementación del Plan Operativo de Salud Mental con respecto al maltrato infantil fue la falta de presupuesto destinado desde el nivel central a las regiones, por un lado, y por otro, la limitada voluntad política de las autoridades regionales de salud para desarrollar estrategias de intervención frente al maltrato.

Los cuatro componentes de la intervención integral en casos de maltrato infantil, a su vez, requieren de una intervención psicosocial con un enfoque familiar, que según las Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la violencia familiar y el

maltrato infantil del Ministerio de Salud son responsabilidad de este sector en sus diferentes niveles de atención.²⁸

Aunque en los componentes de promoción y prevención los diversos sectores del Estado peruano tienen responsabilidades compartidas y posiblemente de igual peso, el sector Salud tiene una responsabilidad central en los componentes de atención y rehabilitación.

Sin embargo, esta normatividad sectorial, en la práctica, ha generado situaciones de protagonismo institucional, que es uno de los principales problemas que interfieren con el logro de la intervención integral. Es decir, aunque el sector Salud tenga una responsabilidad central en la atención y rehabilitación, el enfrentamiento del problema compromete necesariamente a diversos sectores.

Por motivos metodológicos, y considerando el marco del Diploma Internacional de Derechos humanos y Salud, el presente trabajo se limitará a analizar la respuesta del Estado peruano y, más específicamente, del sector Salud frente a la atención y rehabilitación de casos de maltrato infantil, y deja para futuros estudios el reto de analizar la respuesta del Estado peruano respecto a la prevención del maltrato y promoción del buen trato a niños y adolescentes.

3.3. Los diferentes tipos de establecimientos de salud frente al maltrato infantil

378

En el primer nivel de atención,²⁹ los responsables de salud mental³⁰ asumieron la asistencia de los casos detectados después de una capacitación en evaluación, consejería, orientación y apoyo e intervención en crisis. Como se puede apreciar en el cuadro n.º 2, relativo a la evolución de la demanda de atención por violencia familiar y el maltrato infantil, se percibe un incremento sostenido entre los años 1997 y 2001.

Cuadro n.º 2 Evolución de la demanda de atención de violencia familiar en el I nivel de atención Ministerio de Salud - Perú 2002³¹

Años	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Atenciones	4.889	11.710	30.386	68.381	77.355	88.118

Fuente: Área de Salud Mental MINSA.

²⁸ Resolución Ministerial 455-2001 SA/BM del 27 de julio del 2001.

²⁹ Puestos y centros de salud.

³⁰ Psicólogos, enfermeras, obstétricas, asistentes sociales, médicos y en algunos distritos personal técnico de enfermería.

³¹ Este diagrama ilustra el conjunto de atendidos tanto en maltrato infantil (población menor de 18 años) como en violencia familiar (población adulta).

El segundo nivel de atención³² atendió los casos de maltrato infantil a través de los MAMIS en los hospitales en que estos existían, y en su defecto, a través de los departamentos de psicología y psiquiatría. En el tercer y cuarto niveles de atención³³ de Lima, se brindó atención especializada y de rehabilitación a víctimas del maltrato infantil en hospitales tales como el Instituto de Salud del Niño, donde funciona un MAMIS, y en otros tales como el Programa de Atención al Abuso Sexual Infantil del Instituto Especializado de Salud Mental HD-HN, el Víctor Larco Herrera o el Hermilio Valdizán a través de sus departamentos de psiquiatría infantil.

3.4. Los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud: ¿cuál es el modelo?

Entre 1994 y 1995, la propuesta que da origen al MAMIS significó un abordaje novedoso de las prácticas de atención, que incluyó en su formulación las siguientes premisas:

Atención integral: La atención debía brindarse al niño o adolescente y a su familia.

Atención multidisciplinaria: La complejidad del fenómeno del maltrato contra niños y adolescentes exigía una atención multidisciplinaria en la que se contemplaba el apoyo biomédico, de salud mental y social para las víctimas.³⁴

Trabajo en equipo: La atención requería un trabajo en equipo a fin de poder coordinar las diferentes acciones necesarias para llevar a cabo una protección inmediata a la víctima del maltrato. El trabajo en equipo también suponía la evaluación y reajuste regular de las estrategias de intervención; además, evitaba la doble victimización de niños y adolescentes víctimas del maltrato, ya que podían estar sometidos a la duplicidad de exámenes innecesarios y, finalmente, el trabajo en equipo facilitaba el indispensable autocuidado del personal de salud para evitar el Síndrome del Agotamiento Profesional (SAP).

Entrenamiento y capacitación: La estrategia incluía desarrollar jornadas informativas de sensibilización al conjunto del personal de salud, en especial, al personal del servicio de Emergencias, que pertenecen tanto al servicio de Consultorios Externos como al personal de los servicios de Hospitalización. Asimismo, la estrategia incluía también una capacitación del equipo integrante del MAMIS (marco conceptual del maltrato, indicadores, evaluación, plan de atención); quienes, a su vez, debían replicar

³² Hospitales generales.

³³ Hospitales especializados (Instituto Especializado de Salud del Niño, ex Hospital del Niño; Hospital V. Larco Herrera; H. Hermilio Valdizán e Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi de Lima).

³⁴ Existió un apoyo legal destinado básicamente a orientar al equipo del MAMIS respecto a las medidas y procedimientos de protección para las víctimas. En algunos hospitales, como Cayetano Heredia, la Dirección del Hospital brindó el apoyo legal a través de la abogada de la dirección. En otros MAMIS, el apoyo legal se consiguió a través de interconsultas y coordinaciones con otros sectores (abogados de las DEMUNA).

la experiencia de capacitación en diagnóstico e intervención oportuna al resto del establecimiento de salud y, especialmente, en los servicios que atendían a niños y adolescentes.

Intervención según niveles de complejidad: Se estableció que debían delimitarse los niveles de abordaje según el grado de complejidad de los establecimientos de salud (hospitales, centros y puestos de salud).

Intervención en red: El MAMIS se convertía en uno de los actores o instancias integrantes de una red de servicios complementarios e intersectoriales (Policía Nacional, Fiscalía, DEMUNA y defensorías, escuelas, organizaciones sociales de la comunidad, etc.).

4. El maltrato infantil: salud pública y derechos humanos

4.1. El maltrato infantil y los derechos humanos

El maltrato infantil puede ser abordado por varios enfoques, entre los cuales se encuentran el enfoque de salud pública y el de derechos humanos. Dentro del ámbito de los derechos humanos, el maltrato infantil puede ser analizado como una violación tanto al derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato como una violación del derecho a la integridad física y psicológica, recogido en tratados internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificado por el Perú en 1990,³⁵ además de las normas constitucionales e infraconstitucionales en el Perú. El presente trabajo se avocará a analizar el maltrato infantil como un problema de violación del derecho a la salud por dos motivos que se señalan a continuación:

- El derecho a la salud en el ámbito interamericano ha sido justicializado sobre la base del derecho a la vida, vida digna, o integridad física, debido a las limitaciones de justiciabilidad de los DESC.³⁶ No existen casos de derecho a la salud que hayan llegado a la Corte Interamericana, y a luz de las dificultades, el presente trabajo tiene como objetivo contribuir a la justiciabilidad del derecho a la salud, como tal.
- Los mecanismos coercitivos para la aplicación de las normas internacionales son débiles. En el mejor de los casos, existen mecanismos de informes periódicos,

³⁵ El 26 de enero de 1990, el Estado peruano suscribió la Convención sobre los Derechos del Niño y, la ratificó mediante la Resolución Legislativa 25278 publicada el 04 de agosto de 1990. Posteriormente, la enmienda al artículo 43, párrafo 2 de la citada Convención fue ratificada por Resolución Legislativa 27196, publicada el 07 de noviembre de 1999, y Decreto Supremo 061-99-RE, publicado el 18 de noviembre de 1999.

³⁶ Es el caso de temas como VIH/Sida, problemas ambientales y niños en situación de calle.

como sucede con la CDN y el PIDCP. Es, por lo tanto, importante invertir esfuerzos en la creación de un sistema de evaluación del cumplimiento de los DESC, y el presente trabajo monográfico pretende contribuir en este sentido.

En el presente apartado se analizará el maltrato infantil como una violación de los derechos humanos y se subdividirá en a) la normatividad relativa al derecho a la vida, integridad física y desarrollo integral y b) la normatividad referente al derecho a la salud, como parte de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC).

4.2. Derecho a la vida, integridad física, y desarrollo integral

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), ratificado por el Perú, contiene artículos referentes al derecho a la vida (art. 6) y su correlato vida digna (artículos 7 y 8). Esto es importante porque para defender los derechos civiles y políticos existen mecanismos jurídicos en el Derecho Internacional y en el Derecho Interno que permiten una mejor aplicación de estos derechos en comparación con los DESC.

El Estado peruano ha ratificado en 1990³⁷ la Convención sobre los Derechos del Niño, y ha asumido varios compromisos en términos del derecho a la integridad física, salud y desarrollo integral del niño.

Según el artículo 27 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), de la cual el Estado peruano es parte, todo niño tiene derecho a «un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social». Además, en su artículo 4 también explicita obligaciones de los Estados de adoptar «todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional».

Específicamente, respecto al maltrato infantil, la CDN, en su artículo 19, obliga al Estado a proteger a los niños de todas las formas de malos tratos perpetradas por los padres o cualquier otra persona responsable de su cuidado y establecer medidas preventivas y de tratamiento al respecto, así como a «adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de maltrato». El mismo artículo explicita los contenidos mínimos³⁸ para

³⁷ El 26 de enero de 1990 el Estado peruano suscribió la Convención sobre los Derechos del Niño y la ratificó mediante la Resolución Legislativa 25278 publicada el 04 de agosto de 1990. Posteriormente, la enmienda al artículo 43, párrafo 2 de la citada Convención fue ratificada por Resolución Legislativa 27196, publicada el 07 de noviembre de 1999, y Decreto Supremo N.º 061-99-RE, publicado el 18 de noviembre de 1999.

³⁸ En el Derecho Constitucional, los derechos fundamentales contienen el contenido esencial y el contenido accidental. El contenido mínimo al cuál el trabajo se refiere equivale al contenido esencial.

la implementación de tales medidas de protección de los derechos del niño. Estos son: «procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial».

En el Derecho Interno en el Perú, existen normas de Derecho Civil y Penal en materia de derecho a la salud, integridad física y maltrato infantil. Así tenemos que:

- El derecho a la vida, identidad, integridad moral, psíquica y física, al libre desarrollo y bienestar está reconocido por la Constitución Peruana en su artículo 2.
- El derecho a la integridad personal del niño, está definida en el artículo 4 del Código de los niños y adolescentes. «El niño y el adolescente tienen derecho a que se respete su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. No podrán ser sometidos a tortura, ni a trato cruel o degradante».
- En el ámbito del Derecho Civil los artículos 74, 75 y 248 del Código de los niños y adolescentes, definen los deberes y obligaciones de los padres que ejercen la Patria Potestad, los casos en que se podría dar la suspensión de la Patria Potestad³⁹ y las posibles causas de declaración de estado de abandono por el Juez especializado. En materia de Derecho Penal, se prevén sanciones por lesiones y por delitos sexuales contra niños.

382

4.3. Derecho a la salud y los derechos económicos, sociales y culturales

El derecho a la salud se encuentra protegido por una serie de tratados internacionales de los que el Perú es parte. Así, el artículo 12 inciso 1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece que toda persona tiene derecho al «disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental»; y el artículo 10 de la Convención Americana sobre derechos humanos establece el compromiso del Estado de adoptar medidas inmediatas para lograr de manera progresiva la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas y sociales. Sin embargo, se observa que el derecho a la salud no es respetado por la mayoría de los países latinoamericanos. Algunas cuestiones que dificultan la vigencia del derecho a la salud son: a) el hecho de que el PIDESC solo establece, en su parte IV, un sistema de informes sin prever mecanismos de comunicación de violaciones; b) la dificultad de definir contenidos concretos justiciables de las obligaciones de los Estados en materia de derechos económicos, sociales y culturales. La falta de una definición más concreta de estos contenidos se debe, por un lado, a la ambigüedad de los textos que formulan el derecho a la salud y, por otro, a la falta de práctica institucional de interpretación de los instrumentos ante la ausencia de adecuados mecanismos de aplicación.

³⁹ En la práctica se observa que la suspensión de la Patria Potestad no se aplica.

La forma de redacción de las cláusulas del PIDESC fue ampliamente discutida durante la fase de elaboración de dicho instrumento. La discusión se dio entre aquellos que consideraban que debía definirse con la mayor precisión posible cada derecho, sus límites y las obligaciones del Estado al respecto, y quienes, por el contrario, sostenían que era necesario redactar cláusulas cortas de carácter general en atención a la naturaleza del documento, y delegar la definición del contenido concreto de los derechos a la legislación nacional. También se discutió el mecanismo de aplicación y se optó por el sistema de informes periódicos, que fue coherente con la idea de que los derechos económicos, sociales y culturales son meros derechos programáticos y que, por lo tanto, no puede someterse a los Estados a un sistema de implementación del tipo contencioso. Estas discusiones se repitieron en los trabajos de preparación del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado y firmado en San Salvador en la XVIII Asamblea General de la OEA del 17 de noviembre de 1988.⁴⁰ Sin embargo, desde la creación, en el año 1985, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, como órgano de aplicación, han comenzado a ser producidos por las Naciones Unidas una serie de documentos que contribuyen a esclarecer el sentido de algunos derechos y sus correspondientes obligaciones para los Estados. Desde su segunda sesión en 1988, el Comité ha asumido la práctica de emitir observaciones generales, y estas suman, a la fecha, un total de catorce que procuran definir con mayor precisión las principales obligaciones de los Estados en relación con el Pacto y la sustancia de los derechos económicos, sociales y culturales, con el fin de darles un contenido comparable al de los derechos civiles y políticos. Dichas observaciones generales dictadas por el Comité equivalen a su jurisprudencia en relación con el contenido del PIDESC, del cual este es el único órgano de aplicación.

En el ámbito del Perú, el derecho a la salud es reconocido por la Constitución Política del Perú de 1993 en su artículo 7, donde se afirma que «todos tienen el derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa». Sin embargo, con la Constitución del 1993, desaparece la obligación del Estado de prestar servicios de salud, se especifica solo la obligación del Estado de determinar, normar, supervisar, diseñar y conducir una política nacional de salud equitativa (art. 9). Además, se permite la privatización del área de promoción de salud, servicios públicos e infraestructura (art. 58).⁴¹

⁴⁰ CANÇADO TRINDADE, A. «La Protección Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales». *Estudios de Derechos humanos I*. San José, 1994, pp. 39-62; en especial, p. 50.

⁴¹ La Constitución del 1993, redactada y aprobada durante el gobierno autoritario de Fujimori, ha generado un cambio en la visión del papel del Estado en todos los sectores sociales, principalmente. Específicamente en el área de Salud, con la Constitución del 1993, disminuye la responsabilidad del Estado en garantizar el derecho de todos a la salud. El Estado según este cambio deja de tener un rol protector y pasa a tener un rol liberal de supervisar una política de salud. Los términos «calidad» y «gratuidad» y «ampliación de cobertura» son eliminados del texto constitucional en el año 1993. Mientras que la Constitución de 1979 era

Afortunadamente, la Constitución en su cuarta disposición final y transitoria dispone que «las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú». Es decir, la Constitución debe ser interpretada a la luz de la normatividad internacional respecto a los derechos humanos.

5. Obligaciones de los Estados en materia de derecho a la salud y maltrato infantil en el Perú

Se analizarán brevemente algunas obligaciones genéricas de los estados en relación con la totalidad de los derechos económicos, sociales y culturales y los aspectos de estas obligaciones que resultan más claramente justiciables, a partir de las Observaciones Generales y los Principios de Limburgo⁴² y de Maastricht,⁴³ que han clarificado el sentido de estas obligaciones de los Estados en numerosos aspectos. Estos principios no constituyen una fuente jurídica autónoma, obligatoria para los Estados, sino que proveen la mejor guía para la comprensión de los deberes jurídicos contraídos desde la ratificación del PIDESC. Sin pretender agotar la posible enumeración de obligaciones de los Estados, consideraremos las siguientes:

a) la obligación de garantizar niveles esenciales de los derechos;

384

visionaria y tendía a la inclusión de sectores de la población marginados, a través de mención expresa a una ampliación de cobertura y una tendencia a la gratuidad, el texto vigente actualmente, de forma expresa y deliberada, busca una visión más influenciada por el liberalismo económico. El razonamiento por detrás de este nuevo enfoque era pragmático. De forma resumida, el Estado, para resolver su problema de i) escasez de recursos financieros y ii) una demanda fuerte por parte de la población de una mayor presencia del Estado, que se mezclaba con una falta de participación de la comunidad en la promoción de la salud a nivel local pasa a buscar una política de salud que promueve una mayor participación ciudadana a través de la creación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en 1993, donde la comunidad fiscalizaría localmente el derecho a la salud y asumiría responsabilidades, en la medida de sus capacidades para promover la salud. Sin embargo, en la práctica, el resultado es que el Estado ha reducido sus responsabilidades frente al área de Salud y, como muchas de las comunidades más pobres no disponen de ningún tipo de recurso, muchas comunidades quedaron desatendidas.

⁴² *Principios de Limburgo sobre la Implementación del PIDESC*, documento preparado por un grupo de expertos reunidos en Limburgo (Holanda) en 1986 y que fue adoptado por las Naciones Unidas.

⁴³ En 1997, otro grupo de expertos elaboró los denominados *Principios de Maastricht sobre violaciones a los derechos económicos, sociales y culturales* que, a pesar de no haber sido adoptados formalmente por un órgano de Naciones Unidas, han sido empleados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*el Comité*) para evaluar los informes estatales y para desarrollar las observaciones generales al Pacto.

- b) la obligación de adoptar medidas inmediatas; y
- c) la obligación de progresividad y prohibición de regresividad.

Aunque no se abordará directamente otra obligación genérica de los Estados en la materia, la de no discriminar (art.2.2., PIDESC), mencionaremos algunas medidas que los Estados deben adoptar de manera inmediata y que se vinculan con esa obligación.

El presente apartado se dividirá en tres partes. La primera enfocará la obligación de los Estados de garantizar niveles esenciales de los derechos. Ese análisis normativo genérico será aplicado a la obligación de los Estados frente al maltrato infantil. En este análisis se procederá a la conceptualización de esta obligación y, en seguida, se procederá a realizar un breve balance de su cumplimiento por parte del Estado peruano frente a la atención y rehabilitación en casos de maltrato infantil. La misma metodología será aplicada para las otras dos obligaciones de los Estados: la de adoptar medidas inmediatas y la obligación de progresividad, que constituirán la segunda y tercera partes del presente apartado respectivamente.

La parte que se refiere al Perú buscará analizar la estrategia vigente de atención al maltrato infantil, denominada Módulo de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS) a la luz de los tres tipos de obligaciones asumidas por los Estados. Frente a la magnitud del problema del maltrato infantil en el país y a los compromisos internacionales y nacionales asumidos por el Perú a través de la Convención sobre los Derechos del Niño, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Resolución Ministerial 455-2001 SA/BM del 27 de julio del 2001, que define normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil del Ministerio de Salud, se buscará en este apartado hacer un breve balance de la respuesta del sector Salud frente a ese problema de salud pública.

5.1. Obligación de garantizar niveles esenciales de los derechos

5.1.1. Análisis legislativo

Es obligación del Estado garantizar los niveles esenciales de los derechos consagrados en el PIDESC para toda la población, hecho que permitirá garantizar una vida digna. Se trata de una obligación mínima de los Estados de asegurar la satisfacción de, por lo menos, los niveles esenciales de cada uno de los derechos (Principios de Limburgo: Principio 25; Principios de Maastricht: Principio 9, OG n.º 3, punto 10). Se trata del punto de partida en relación con los pasos que deben darse hacia su plena efectividad.

Desde los años ochenta, se desarrollan enfoques distintos pero complementarios que ayudan a la mejor comprensión de los DESC: el enfoque del contenido mínimo esencial (*minimum core content*) y el enfoque del umbral mínimo (*minimum*

threshold).⁴⁴ Ambos enfoques apuntan hacia la determinación del significado y nivel mínimo de cada derecho humano consagrado en el PIDESC: el primero lo hace desde una perspectiva teórica; mientras que el segundo, desde una perspectiva práctica y un método cuantitativo.

El enfoque del contenido mínimo esencial busca demostrar que cada derecho tiene un núcleo, una sustancia central que no debe ser violada; es decir, busca identificar la razón de ser del derecho de forma cualitativa. El contenido mínimo esencial es una noción abstracta de lo que constituye la esencia del derecho y no se cuantifica.

El enfoque del umbral mínimo tiene el propósito más concreto y práctico de ayudar a formular directrices de política para las medidas que el Estado debe tomar en cumplimiento del PIDESC y para esto establece puntos de referencia, metas o estándares cuantitativos que permitan determinar el piso mínimo de bienestar o de satisfacción de necesidades que es prerequisite del logro progresivo de los DESC.

El contenido mínimo esencial de cada derecho aspira a tener aplicación universal para salvaguardar al derecho de cualquier tipo de limitación en el tiempo, mientras que el umbral mínimo puede aplicarse más fácilmente y tener mayor utilidad en el ámbito nacional de acuerdo con las condiciones y circunstancias de cada Estado. Al establecer umbrales específicos por cada derecho a nivel nacional, cada país debería establecer estándares cuantitativos que pudiera lograr de manera realista en diferentes plazos.

386

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales considera que esta obligación surge del art. 2.1. del Pacto, que establece que los Estados «se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de los recursos disponibles, para lograr progresivamente por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto». En algunos casos, implicará adoptar medidas que conlleven alguna acción positiva cuando el grado de satisfacción del derecho se encuentre en niveles que no alcancen los mínimos exigibles. En otros casos, tan solo requerirá conservar la situación, no retroceder.

Esta obligación rige incluso en periodos de limitaciones graves de recursos, producidas por procesos de ajuste, de recesión económica o por otros factores. En estas situaciones, el Estado debe fijar un orden de prioridades en la utilización de los recursos públicos, e identificar a los grupos vulnerables que serán beneficiados a fin de efectuar un eficaz aprovechamiento de la totalidad de los recursos de que disponga. Además, el Comité señala que «un Estado en el que un número importante de individuos está privado de alimentos esenciales, de atención primaria de salud esencial, de abrigo y vivienda básicos o de las formas más básicas de enseñanza, prima facie no

⁴⁴ SANDOVAL TERAN, Areli. *Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Una revisión del contenido esencial de cada derecho y de las obligaciones del Estado*. México: Ed. DECA Equipo Pueblo AC, Asociación Latinoamericana de Organizaciones de Promoción (ALOP) y el Instituto Nacional de Solidaridad (INDESOL), 2001, p. 16.

está cumpliendo con sus obligaciones. Si el Pacto se ha de interpretar de tal manera que no establezca una obligación mínima, carecería en gran medida de su razón de ser» (OG n.º 3, punto 10 y Principios de Maastricht, Principio 9).

Es posible aplicar un umbral mínimo para la realización de los DESC mediante umbrales específicos por país que se pueden medir a través de indicadores o estadísticas de nutrición-desnutrición, mortalidad infantil, morbilidad infantil, entre otros. Sin embargo, estos estándares fijados nacionalmente deberían someterse al Comité de DESC que ofrecería orientación al Estado para elevarlos en caso necesario. También sería factible que el Comité de las Naciones Unidas para los DESC registrara las diferentes metas o estándares establecidos por país y, mediante una comparación, estableciera un umbral mínimo internacional. Sin embargo, se corre el riesgo de que se convierta en el mínimo común denominador, hecho que puede generar una situación en la cual los países no se esfuercen por encima de este estándar internacional.

Cabe señalar que en un seminario de Naciones Unidas realizado el año 1993, en Ginebra, se decidió que antes de proceder a la identificación de la manera más apropiada para evaluar el logro progresivo de los derechos, que involucran o no el uso de indicadores estadísticos, sería necesario establecer el contenido mínimo esencial de dichos derechos. A la vez, si bien la tarea de interpretación del Comité puede fijar los contenidos esenciales que identifiquen a ciertos derechos, resulta claro que tal propósito no puede alcanzarse solo con enunciar conceptos jurídicos plasmados en un texto. La adopción de algún sistema de indicadores pudiera servir como parámetro. El comité se ha referido expresamente a la necesidad de utilizar indicadores y bases de referencia del derecho a la salud (OG n.º 14, puntos 57 y 58).

En conclusión, los dos enfoques —del contenido mínimo esencial y del umbral mínimo— son complementarios, dado que el desarrollo de uno permite la evolución del otro. Se resalta que al establecer los umbrales mínimos de DESC de acuerdo con la particular situación geográfica, política, socioeconómica de cada Estado. Estos deben tener en cuenta los contenidos mínimos esenciales de estos derechos.

El Comité ha intentado definir los elementos esenciales del derecho a la salud, de acuerdo con la Observación General n.º 14 (2000), con relación al artículo 12 del PIDESC. El derecho a la salud contiene los siguientes elementos esenciales:

i) **Disponibilidad.** Cada Estado debe contar con un número suficiente de programas, así como de centros de atención, establecimientos, bienes y servicios públicos de salud. Estos servicios incluirán los factores determinantes básicos, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas; hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud; personal médico y profesional capacitado y bien remunerado (tomando en cuenta las condiciones del país); además de los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

ii) **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos sin discriminación alguna. La accesibilidad contiene cuatro dimensiones superpuestas:

- No-discriminación. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna.
- Accesibilidad física. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial, de grupos vulnerables o marginados como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidad y las personas con VIH/Sida. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia y potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, inclusive en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.
- Accesibilidad económica (asequibilidad). Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente excluidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
- Acceso a la información. Este comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Sin embargo, el acceso a la información no debe infringir el hecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

iii) **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, y, al mismo tiempo, deben ser sensibles a los requisitos del género y ciclo de vida, así como, deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas que se traten.

iv) **Calidad.**⁴⁵ Los establecimientos, bienes y servicios de salud, además de ser aceptables desde el enfoque cultural, deberán ser de buena calidad y también adecuados desde el punto de vista científico y médico. Para ello se requiere, entre otras cosas,

⁴⁵ Comité Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General n.º14, párr. 12.

de personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

El Estado solo puede atribuir su falta de cumplimiento de obligaciones mínimas a la falta de recursos disponibles si logra demostrar que ha realizado todo el esfuerzo a su alcance para utilizar la totalidad de los recursos que están a su disposición a fin de satisfacer, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas (Principios de Limburgo, Principios 25 a 28; Principios de Maastricht, Principio 10). Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, el Estado tendrá que justificar, de todas maneras, que se ha hecho todo lo posible por utilizar los recursos que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas. Sin embargo, el Comité indica que un Estado parte del PIDESC no puede nunca, en ninguna circunstancia, justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas que se estimen inderogables, tales como las señaladas en el punto 43 de la OG n.º 14. En estas obligaciones básicas, figuran, como mínimo; a) garantizar la atención primaria básica de la salud; b) garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial para grupos vulnerables o marginados; c) facilitar medicamentos esenciales de la OMS; d) velar por la distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud, y e) adoptar y aplicar sobre la base de pruebas epidemiológicas un plan de acción.

Incluso en periodos de limitaciones graves de recursos, causados por motivos económicos o por otros factores, el Estado debe proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la adopción de programas de relativo bajo costo. Es decir, no solo existe un mínimo esencial de protección de cada uno de los derechos, sino también de un sector de la población que representa el mínimo de ciudadanos que debe recibir, inclusive durante la crisis, la protección del Estado en relación con sus derechos económicos y sociales. Los niños y adolescentes son considerados miembros vulnerables de la sociedad que ameritan una protección especial de sus derechos.

5.1.2. Obligación de los Estados frente al maltrato infantil: conceptualización

En términos generales, el derecho a la salud contiene los siguientes elementos: disponibilidad, accesibilidad (no-discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad y acceso a la información), aceptabilidad y calidad de los servicios de salud.⁴⁶ Al ser aplicados a la atención y rehabilitación de casos de maltrato infantil, el contenido esencial mínimo del derecho a la salud frente al maltrato infantil debe considerar lo siguiente: «todo niño, niña o adolescente víctima de maltrato infantil tiene el derecho a ser atendido de forma gratuita y cercana a su hogar por personal de salud e interdisciplinario adecuado técnicamente y culturalmente para brindar este servicio con calidad y calidez».

⁴⁶ Observación General n.º 14 (2000) del Comité Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El umbral mínimo, por otro lado, es más específico y concreto. En este sentido, podría incluir los siguientes componentes:

- (1) todo caso de maltrato debe ser atendido por un servicio de salud o social de acuerdo a su nivel de gravedad;
- (2) todos los casos graves de maltrato infantil deben recibir atención y rehabilitación en hospitales del Perú, en los Módulos de Atención al Maltrato Infantil; y
- (3) el sistema de tamizaje de maltrato infantil debe estar funcionando dentro de los hospitales, es decir, que ningún caso de maltrato puede pasar desapercibido por los hospitales.

5.1.3. Breve balance del cumplimiento de esta obligación por parte del Estado peruano frente a la atención y rehabilitación en casos de maltrato infantil

El umbral mínimo respecto a los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS), según los elementos mínimos esenciales del derecho a la salud, podría ser detallado de la siguiente forma:

- **Disponibilidad.** Existencia de un número suficiente de Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS) en el país para atender la magnitud del problema. Los módulos deben contar con un espacio físico adecuado y deben incluir un equipo multidisciplinario, capacitado y bien remunerado tomando en cuenta las condiciones del país, así como los recursos económicos y humanos esenciales para desarrollar adecuadamente sus funciones.

- **Accesibilidad.** Los MAMIS deben ser accesibles a todos los niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil, sin discriminación alguna. La accesibilidad contiene cuatro dimensiones superpuestas:

- No-discriminación. Los MAMIS deben ser accesibles de hecho y de derecho a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna;
- Accesibilidad física. Los MAMIS deben estar al alcance geográfico de todas las posibles víctimas de maltrato infantil, en especial los niños y adolescentes que viven en zonas de mayor exclusión geográfica, como zonas de selva y zonas rurales. La accesibilidad implica que este servicio se encuentre a una distancia geográfica razonable y que no implique costos excesivos de transporte para la población.
- Accesibilidad económica (asequibilidad). Los MAMIS deberán estar al alcance de todos. Los pagos por el servicio deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluido los grupos socialmente excluidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. Considerando que la población del servicio son los niños y adolescentes y que en muchos casos, los propios padres son responsables por el maltrato, el servicio deberá ser gratuito.

- **Acceso a la información.** los niños y adolescentes víctimas de maltrato atendidos por los MAMIS tienen el derecho de solicitar y recibir información sobre el seguimiento de su atención. La confidencialidad no debe ser infringida, especialmente considerando que en la mayoría de los casos los padres, responsables o miembros del entorno familiar son responsables del maltrato.
- **Aceptabilidad.** Los MAMIS deberán ser respetuosos de la ética médica y ser respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos indígenas y las comunidades campesinas; a la vez sensibles a los requisitos de género de las niños y adolescentes y de la edad de las víctimas. Los MAMIS deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas atendidas tanto directamente (niños y adolescentes) como indirectamente (sus familias).
- **Calidad.**⁴⁷ Además de aceptables desde el enfoque cultural, los MAMIS deberán ser adecuados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico y equipo multidisciplinario capacitado, condiciones físicas adecuadas y, sobre todo, un buen trato por parte de los prestadores del servicio a la población beneficiaria del mismo.

5.1.3.1. Levantamiento del estado del arte de la atención al maltrato infantil brindado por el sector Salud en el país a través de los MAMIS

En esta parte se procederá a analizar la situación actual de los MAMIS, diagnosticando el estado de la cuestión (una suerte de «fotografía» de la situación de los MAMIS) a enero de 2005.

391

5.1.3.1.1. Disponibilidad

Desde la implementación de los MAMIS en 1995, hasta la fecha, se encuentran funcionando doce MAMIS de un total de veintidós iniciales. Existe una evidente concentración de los módulos operativos en Lima, pues la mayor desactivación ha ocurrido con los del interior del país. De los doce MAMIS que operan en la actualidad, nueve se encuentran en Lima y solo tres en provincias (Apurímac, Chiclayo y Cajamarca). Asimismo, del total de MAMIS desactivados, solo dos dejaron de funcionar en Lima,⁴⁸ mientras que nueve dejaron de hacerlo en el interior. El promedio de años de funcionamiento de los MAMIS inaugurados en regiones y que posteriormente se desactivaron fue entre uno y cinco años⁴⁹ (con un promedio de duración de

⁴⁷ *Ibidem.*

⁴⁸ El MAMIS del Hospital Nacional Cayetano Heredia fue desactivado en 2004, en tanto que el del Centro de Salud Cantogrande en San Juan de Lurigancho fue desactivado en 1997, con menos de un año de duración.

⁴⁹ MAMIS que funcionaron menos de un año: Hospital Regional de Chimbote y Hospital La Caleta (Chimbote); MAMIS que funcionaron un año: Hospital Goyeneche y Hospital Honorio Delgado (Arequipa), Hospital Daniel A. (Cerro de Pasco); MAMIS que funcionó dos años: Hospital Regional de Pucallpa; MAMIS que funcionaron cuatro o más años: Hospital Regional del Cusco, Hospital Hipólito Unanue de Tacna y Hospital de Yarinacocha de Pucallpa.

dos años). Los MAMIS que tuvieron una mayor sostenibilidad fueron los del Hospital de Yarinacocha (dos años), Cusco (cuatro años) y Tacna (cinco años).

La mayoría de los MAMIS de provincias/regiones fue organizada con el mínimo de profesionales necesarios para conformar el equipo interdisciplinario (médico, psicólogo y enfermera) con la proyección de incorporar más personal a medida que se desarrollara la atención (serumistas⁵⁰ y otros); en cambio, los equipos de los MAMIS de Lima cuentan con ocho profesionales que coordinan entre sí, incluyendo los serumistas y practicantes.⁵¹ Sin embargo, se observa que el promedio de profesionales que componen cada equipo MAMIS es de cinco profesionales, lo que puede ser considerado el «equipo mínimo» para el funcionamiento de un módulo. Los que se encuentran actualmente operativos cuentan con equipos fluctuantes con un mayor número de profesionales (entre cinco y ocho).⁵²

Cuadro N.º 3

	NOMBRE DEL MAMIS	LOCALIDAD	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
1)	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE	Lima	Director adjunto Psiquiatra Pediatra Ginecóloga Asistente social Enfermera Psicóloga Abogado Secretaria
2)	HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA	Lima	Psiquiatra Psicóloga Asistente social
3)	INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO	Lima	Psiquiatra Psicóloga Asistente social Médico especialista Secretaria
4)	HOSPITAL CAYETANO HEREDIA	Lima	Pediatra Ginecóloga Asistente social Enfermera Psicóloga Abogado Secretaria

⁵⁰ Los egresados de las facultades de medicina que realizan el Servicio Rural Urbano Marginal son conocidos como «serumistas».

⁵¹ Caso del MAMIS del Hospital Cayetano Heredia y el del Hospital Hipólito Unanue de Lima (hasta el 2004).

⁵² Caso del MAMIS del Hospital Regional del Cusco en sus dos primeros años de funcionamiento y del Hospital Cayetano Heredia y el del Hospital Hipólito Unanue de Lima (hasta el 2004).

	NOMBRE DEL MAMIS	LOCALIDAD	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
5)	C.M.I. JUAN PABLO II	Lima	No constituido. Atiende Psicología y deriva a otros servicios.
6)	HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE	Cañete, Lima	Pediatra Médico gineco-obstetra Psicólogo Obstétricos Asistente social
7)	HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN	Callao	Inactivo. Atención por emergencia. Equipo conformado para asistir al presente evento (pediatra, psicóloga y asistente social).
8)	HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA	Lima	Psicología Asistente Social
9)	HOSPITAL II JOSE AUGUSTO TELLO - CHOSICA	Chosica, Lima	Pediatra Ginecóloga Psicóloga Asistente social Enfermera Abogado Secretaria
10)	HGDV Abancay	Apurimac	Equipo mínimo
11)	HOSPITAL LA MERCED	Chiclayo	Psiquiatra Pediatra Psicóloga Asistente social (parcial)
12)	HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA	Cajamarca	Ginecólogo Pediatra Asistente Social Nutricionista Psicóloga Enfermera Técnica de enfermería

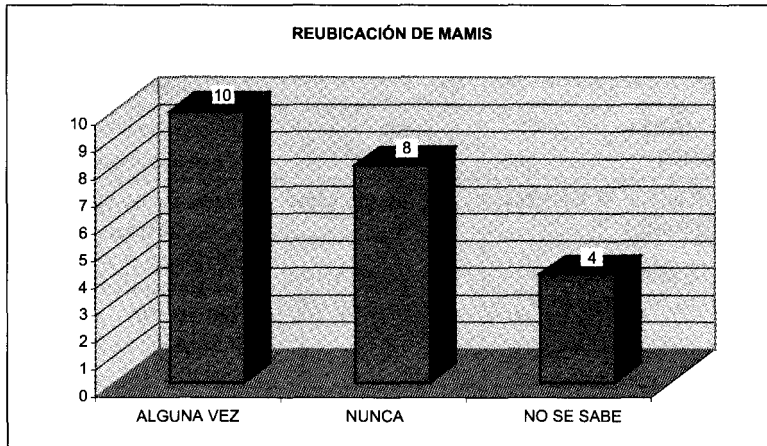
Los MAMIS cuentan con un espacio físico adecuado⁵³ de acuerdo con la percepción de los responsables⁵⁴ y cuentan además, en su mayoría, con un ambiente propio. Solamente

⁵³ Se observa un tamaño promedio de 25m² por MAMIS tanto en los operativos como los que fueron desactivados. Este promedio fue calculado sobre la base de la información brindada por cinco MAMIS respecto al tamaño aproximado del servicio: Chiclayo (20m²), Apurimac (50m²), Cerro de Pasco (28m²), Cusco (12m²), Hospital Honorio Delgado en Arequipa (16m²).

⁵⁴ Producto de la aplicación de instrumentos cualitativos (observación participante en grupos de trabajo, resúmenes de conclusiones, discusiones y plenarias elaborados por grupos de trabajo) y cuantitativos (tabulación de un *checklist*) aplicados a los participantes de la I Reunión Técnica Nacional de Responsables de los MAMIS, realizada en Lima en octubre del 2004; en

dos de los MAMIS que están actualmente funcionando (en Chiclayo y el del Hospital Rezola, en Cañete) no cuentan con ambiente propio.⁵⁵ Además, desde setiembre del 2004, el MAMIS del Hospital Cayetano Heredia ha sido desactivado, por lo que el espacio propio con el que contaba antes de esta fecha está actualmente ocupado por otros servicios. Sin embargo, en la mayoría de los módulos ha habido cambios de local, como se observa en el gráfico n.º 1.

Gráfico n.º1



394

5.1.3.1.2. Accesibilidad

La accesibilidad física está estrechamente vinculada con la disponibilidad del servicio. Existen solo doce MAMIS operativos actualmente en el Perú, de los cuales nueve se encuentran en Lima. Cabe señalar, además, que los tres MAMIS operativos en otras provincias se encuentran en las capitales; es decir, los niños y adolescentes de las zonas rurales o geográficamente excluidas se encuentran a distancias demasiado grandes, y no razonables, de un módulo.

El servicio brindado por el MAMIS no es gratuito, dado que el maltrato infantil y la salud mental no son cubiertos por el Sistema Integral de Salud (SIS).

dicho evento, participaron tanto los responsables de los módulos actualmente operativos como los delegados de hospitales en donde funcionaron los que fueron desactivados.

⁵⁵ Debido a una construcción en el hospital, por el momento, el MAMIS del Hospital Rezola, en Cañete, viene funcionando en el Servicio de Psicología.

Gráfico n.º 2

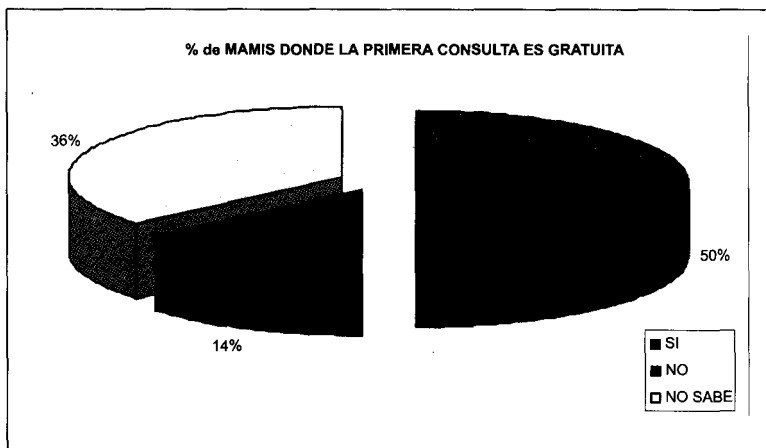
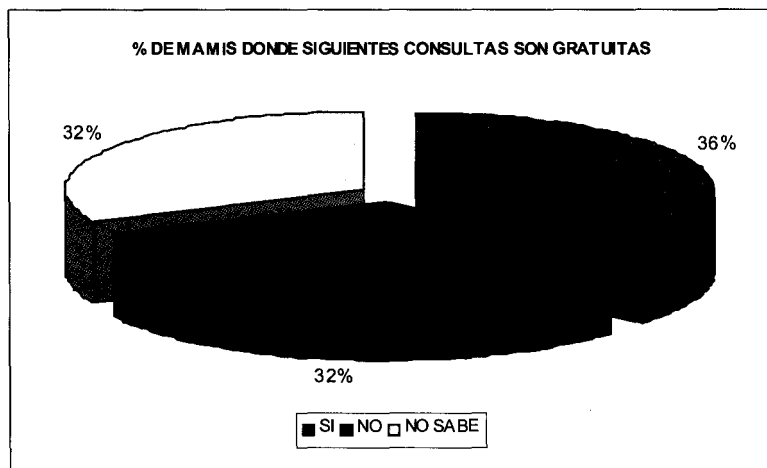


Gráfico n.º 3

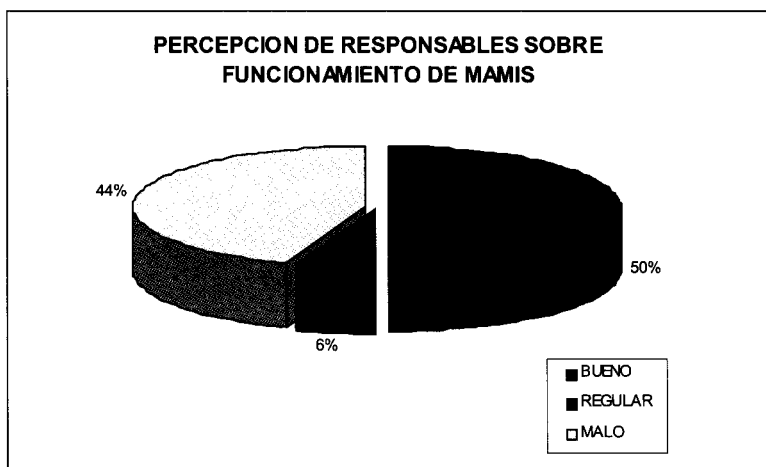


5.1.3.1.3. Aceptabilidad y calidad

No existen insumos suficientes para evaluar de forma contundente la aceptabilidad y la calidad del servicio. Los datos que se tienen dicen más de la percepción de los responsables⁵⁶ que de la calidad del funcionamiento. Aproximadamente la mitad de los responsables de los MAMIS tienen la percepción de que el servicio funciona de manera mala o regular, mientras que la otra mitad estima que el funcionamiento es bueno. Además, la calidad del servicio también se ve afectada por la alta rotación del personal de salud.

⁵⁶ Aplicación de instrumentos cualitativos en la I.º Reunión Técnica Nacional de Responsables de los MAMIS, anteriormente referida.

Gráfico n.º 4



5.1.3.2. Breve balance del cumplimiento de esta obligación por parte del Estado peruano

Contrastando la magnitud del maltrato infantil en el Perú (un 41% a nivel nacional según el ENDES 2000) con el actual funcionamiento de apenas doce MAMIS en el Perú (y a su fuerte concentración en Lima), se observa que la disponibilidad del servicio que brinda el sector Salud es insuficiente para atender a la demanda. La accesibilidad igualmente sigue siendo un problema central. La accesibilidad geográfica o física está minada por la escasa presencia del servicio en el país y por su concentración en Lima o en la capital de otros tres departamentos (Apurímac, Lambayeque y Cajamarca).

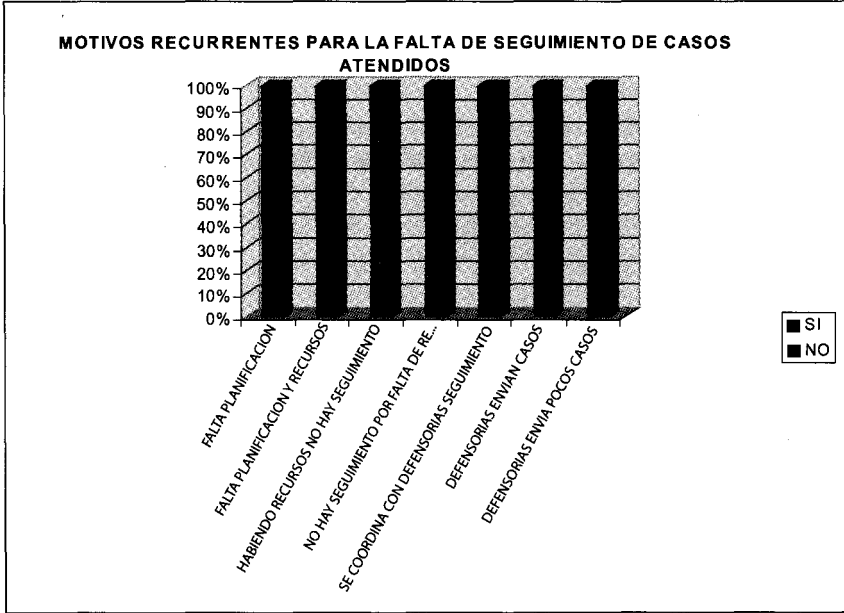
El 62% de los niños, y adolescentes atendidos por los MAMIS abandonan el tratamiento.⁵⁷ Entre los motivos recurrentes está la inaccesibilidad económica que representa un obstáculo al goce pleno del derecho a la salud de los niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil.

Un motivo que explicaría la alta deserción puede ser la falta de estrategias de seguimiento en los procedimientos de intervención de los MAMIS. En el gráfico n.º 5 se ilustran los motivos que los operadores de salud atribuyen a la debilidad del seguimiento de la población afectada por el maltrato. Según el cuadro, el principal motivo sería la falta de planificación o la insuficiencia del Plan de Trabajo establecido para la intervención en maltrato infantil. Es decir, más que un problema de recursos logísticos o materiales, la falta de seguimiento es una debilidad de la estrategia.

⁵⁷ Se trata de una apreciación de los responsables de los MAMIS en la aplicación de instrumentos cualitativos en la Iª Reunión Técnica Nacional de Responsables de los MAMIS, anteriormente referida.

Los costos de pasaje y de la consulta fueron las causas principales del abandono del tratamiento, identificados por los responsables de los MAMIS.

Gráfico n.º 5



Ningún niño o adolescente debería pagar una consulta o atención en maltrato infantil. El hecho de que el 14% de las primeras consultas en los MAMIS no sean gratuitas y de que un tercio de las siguientes consultas tampoco lo sean constituye una barrera económica que, además, representa una violación del derecho del niño o adolescente víctima de maltrato infantil a la atención especializada y a un costo razonable. El costo razonable para niños y adolescentes es exclusivamente la gratuidad, considerando que esta población menor de 18 años no tiene recursos propios y añadiendo a esto el hecho de que muchas veces sus propios padres o responsables son los responsables de la violencia. Cualquier cobro sería considerado excesivo, inclusive el propio costo de transporte hasta el hospital más cercano es un cobro excesivo si tomamos en cuenta las características de la población.

Aunque no exista una discriminación de derecho, sí existe una discriminación de hecho en acceder a los servicios de atención y recuperación de maltrato infantil debido a las limitaciones en la disponibilidad y accesibilidad económica y geográfica del servicio. Es decir, los niños y adolescentes más pobres y que residen fuera de Lima, o en una de las tres capitales de regiones donde existen MAMIS, operativos, son discriminados de hecho.

El Estado peruano no está cumpliendo con su obligación de garantizar niveles elementales del derecho a una vida digna para los niños y adolescentes peruanos, especialmente en las regiones más excluidas del país, donde los niveles de violencia contra los niños son todavía mayores.

5.2. Obligaciones de adoptar medidas inmediatas

5.2.1. Análisis legislativo

Los Estados deben adoptar medidas legislativas, administrativas, judiciales, económicas y educativas inmediatas para hacer efectivos los derechos reconocidos. El artículo 2.1 del PIDESC establece que los Estados «se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de los recursos disponibles, para lograr progresivamente por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto».

Si bien el logro de la plena efectividad de los derechos puede ser realizada progresivamente, existen obligaciones con «efecto inmediato», según el Comité, entre las cuales se pueden señalar las siguientes: a) garantizar que los derechos pertinentes se ejercerán sin discriminación (art. 2.2 PIDESC); y b) adoptar medidas (art. 2.1., párr.1, PIDESC), compromiso que no queda condicionado ni limitado por ninguna otra consideración (OG n.º 3, punto 1).

Cuando el Pacto habla de «adoptar medidas», si bien reconoce que la total efectividad de los derechos puede ser alcanzada de forma paulatina, impone a los Estados la obligación de implementar, en un plazo razonablemente breve a partir de su ratificación, actos concretos, deliberados y orientados lo más claramente posible hacia la satisfacción de la totalidad de las obligaciones (OG n.º 3, punto 2). El principio no es solamente reclamativo: significa que el Estado tiene marcado un claro rumbo y debe comenzar a «dar pasos», que deben apuntar hacia la meta establecida y marchar hacia esta tan rápido como le sea posible. En todo caso, le correspondería justificar por qué no ha marchado, por qué ha ido hacia otro lado o retrocedido, o por qué no ha marchado más rápido. «La carga de demostrar que está haciendo un progreso medible hacia la plena realización de los derechos en cuestión es del Estado» (Principios de Maastricht, Principio 8).⁵⁸

Los Principios de Limburgo afirman que un Estado viola el Pacto, por ejemplo, a) cuando no logra remover a la mayor brevedad posible y cuando debe hacerlo, todos los obstáculos que impidan la realización inmediata de un derecho; b) cuando no logra, intencionalmente, satisfacer una norma internacional mínima de realización, generalmente aceptada y para cuya realización está capacitado; c) cuando adopta una limitación a un derecho reconocido en el Pacto; y d) cuando retrasa deliberadamente la realización progresiva de un derecho. Los Principios de Maastricht, por su parte, distinguen entre violaciones por acción y violaciones por omisión. Una lista no exhaustiva de estas violaciones se detalla a continuación:

i) Violaciones por acción: a) la derogación o suspensión de la legislación necesaria para el goce continuo de un DESC del que ya se goza; b) la denegación activa de

⁵⁸ Se trata de la aplicación en el ámbito internacional, del concepto del Derecho Interno denominado «inversión de la carga de la prueba».

esos derechos a un grupo o individuos particulares, a través de una discriminación de derecho o de hecho; c) el apoyo activo a medidas adoptadas por terceros que sean inconsistentes con los DESC; d) la adopción de legislación o de políticas manifiestamente incompatibles con obligaciones legales existentes relativas a estos derechos, salvo que su propósito y efecto sean el de aumentar la igualdad y mejorar la realización de los DESC para los grupos más vulnerables; e) la adopción de cualquier medida deliberadamente regresiva que reduzca el alcance en el que se garantiza el derecho; f) la obstrucción o detención calculada de la realización progresiva de un derecho protegido por el Pacto, salvo que el Estado actúe a partir de una limitación permitida por el Pacto debido a la falta de recursos disponibles o a razones de fuerza mayor; g) la reducción o la desviación de gasto público específico, cuando esa reducción o desviación resulte en la privación del goce de tales derechos y no sea acompañada por medidas adecuadas para asegurar derechos mínimos de subsistencia para todos (Principios de Maastricht, Principio 14).

ii) Violaciones por omisión: a) la no adopción de medidas apropiadas según lo requerido por el Pacto; b) la falta de sanción o de legislación o la no puesta en efecto de políticas designadas para implementar las provisiones del Pacto; c) la ausencia de regulación de las actividades de individuos o de grupos destinada a la prevención de violaciones de DESC por ellos; d) la no utilización del máximo de los recursos disponibles para la plena realización del Pacto; e) la falta de supervisión de la realización de los DESC, incluyendo el desarrollo y la aplicación de criterios y de indicadores para evaluar el cumplimiento; f) la no implementación sin demora de un derecho que el Pacto exige sea provisto inmediatamente; g) la no consecución de estándares mínimos internacionales de cumplimiento generalmente aceptados, cuya consecución esté dentro de las posibilidades del Estado; h) la no toma en consideración por parte del Estado de sus obligaciones internacionales en materia de DESC al entrar en acuerdos bilaterales y multilaterales con otros Estados, con organizaciones internacionales o con empresas multinacionales (Principios de Maastricht, Principio 15).

El tipo de medidas que el Estado adopte queda a su elección: el Pacto delega al Estado la determinación de cuáles son «los medios apropiados» (art. 2.1).⁵⁹ Sin embargo, los Estados, en sus informes, están obligados a fundamentar la elección de las medidas y corresponde al Comité «determinar en definitiva si se han adoptado o no todas las medidas apropiadas» (OG n.º 3, punto 4). Algunas de estas medidas que se deben adoptar son:

i) Adecuación del marco legal: entre las medidas inmediatas que el Estado debe adoptar sin poder justificar su omisión en la falta de recursos, podemos mencionar la derogación de aquellas normas jurídicas que resultan manifiestamente contrarias a

⁵⁹ En el mismo sentido, los Principios de Maastricht reconocen que «(l)os Estados gozan de un margen de discrecionalidad para la elección de las medidas de implementación de sus respectivas obligaciones» (Principio 8).

sus obligaciones. Además, está la obligación de eliminar cualquier discriminación de iure o de facto, debiendo derogar o eliminar sin demora cualquier norma, regulación o práctica discriminatoria (incluyendo acciones positivas y acciones por omisión) que afecten el goce de los derechos económicos, sociales y culturales (Principios de Limburgo, Principio 37; Principios de Maastricht, Principios 11, 12 y 14 b). Además de derogar normas, deben proveer en forma inmediata recursos judiciales efectivos contra cualquier forma de discriminación en relación con los derechos económicos, sociales y culturales (Principios de Limburgo, Principio 35; Principios de Maastricht, Principio 22). El Estado tiene la obligación de sancionar normas que protejan a los grupos de personas que son vulnerables o susceptibles de discriminación económica, social y cultural. Los Principios de Maastricht mencionan dentro de las personas y los grupos susceptibles de sufrir un daño desproporcionado por la violación de derechos económicos, sociales y culturales a los grupos de bajos ingresos, las mujeres, los grupos indígenas o tribales, la población de territorios ocupados, los que buscan asilo, los refugiados y las personas desplazadas internamente, las minorías, los ancianos, los niños, los campesinos sin tierras, las personas discapacitadas y las personas sin techo (Principios de Maastricht, Principio 20).

ii) Acceso a la información, vigilancia efectiva y formulación de planes de acción: los Estados tienen la obligación de realizar una vigilancia efectiva o supervisión sobre el grado de efectividad de los DESC. La producción de información, según el Comité, es un presupuesto para esa vigilancia y ha impuesto a los Estados el deber de brindar información y garantizar el acceso a ella en diversas materias. Además, el Comité ha determinado la obligación de formular un plan de acción o una estrategia para avanzar en el grado de realización de los derechos (OG n.º 1, puntos 3 y 4).

400

El Comité establece, más específicamente, con respecto al derecho a la salud, que los Estados deben garantizar de manera inmediata que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación y que, además, se adopten medidas deliberadas y concretas dirigidas a la plena realización del artículo 12 del Pacto (OG n.º 14, punto 30). La prohibición de discriminación no está supeditada ni a una implementación gradual ni a la disponibilidad de recursos y se aplica plena e inmediatamente.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados partes: las obligaciones de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligaciones de facilitar, proporcionar y promover.

La obligación de respetar exige que los estados se abstengan de toda medida que impida a la población el goce del derecho a la salud. En otras palabras, los Estados deben abstenerse de limitar el acceso igualitario de todas las personas (incluidos los presos o detenidos, las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales) a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos. Asimismo, los Estados deben abstenerse de denegar o limitar el acceso al uso de anticonceptivos u otros medios para mantener la salud sexual y genésica; y abstenerse de censurar, ocultar o

desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la salud sexual y la información al respecto, así como de impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud. (OG n.º 14, puntos 11 y 12 iv). Los Estados deben abstenerse, asimismo, de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo, mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado; utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano; o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva, por ejemplo, durante conflictos armados, en violación del Derecho Internacional Humanitario.

La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Es decir, el Estado tiene la obligación de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igualitario a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; y de velar por que la privatización del sector Salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud. El Estado también debe crear mecanismos judiciales, administrativos o políticos para garantizar que una persona cuyos derechos han sido violados pueda tener defensa (OG n.º 14, punto 35).

Por último, la obligación de cumplir requiere que los estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud. Esta obligación requiere, en particular, que los Estados reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia, mediante la aplicación de leyes y adopten una política nacional de salud vinculada a un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Una vez que se elaboran una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública, estos deben ser periódicamente revisados sobre la base de un proceso participativo y transparente, y deben prever métodos, indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados, con lo que se prestará especial atención a los grupos vulnerables en el diseño y en la ejecución del plan (OG n.º 14 punto 43 f, y punto 53).

401

5.2.2. Obligación de los Estados frente al maltrato infantil: conceptualización

El artículo 2.1 del PIDESC establece que los Estados «se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de los recursos disponibles para lograr progresivamente por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto».

Entre las medidas inmediatas se encuentran las legislativas, administrativas, judiciales, económicas y educativas. Aplicando esta obligación a la atención al maltrato infantil; «El Estado peruano tiene la obligación de adoptar inmediatamente medidas legislativas, administrativas y económicas oportunas para garantizar que los niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil puedan progresivamente gozar plenamente de su derecho a la atención al maltrato infantil».

Es difícil evaluar si el Estado peruano está cumpliendo esta obligación debido a su difícil medición. El Estado peruano viene adoptando una serie de medidas administrativas, legislativas y de políticas sectoriales y nacionales para lograr la atención en hospitales de niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil.

5.2.3. Breve balance del cumplimiento de esta obligación por parte del Estado peruano frente a la atención y rehabilitación en casos de maltrato infantil

5.2.3.1. Medidas administrativas

- La inclusión de una estrategia de capacitación a nivel nacional para operadores de salud a fin de mejorar la atención de niños y adolescentes víctimas del maltrato es una experiencia que fue recogida en anteriores planes operativos regionales de salud (1998-1999), además del desarrollo de acciones de capacitación más sistemáticas con algunas DISAS desde el ámbito central y hacia las regiones.⁶⁰

- Fortalecimiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia tanto intra como extrasectoriales en las políticas de salud orientadas a responder a la problemática del maltrato infantil; experiencia que fue recogida en planes operativos regionales de salud (2002-2003). Dicho fortalecimiento permitió la puesta en marcha, por primera vez en el país, de un sistema de atención al maltrato infantil que poseía un conjunto de componentes: equipos de maltrato infantil en los hospitales, sensibilización y capacitación al personal de salud, el inicio de un registro sistemático de casos de maltrato infantil y, especialmente, la creación de un modelo de atención que redundaba en un incremento significativo del número de casos de niños, adolescentes y familias atendidos. Asimismo, se promovió el fortalecimiento de acciones intersectoriales contra el maltrato infantil a través de un flujo, todavía incipiente, de referencia y contrarreferencia de casos.

- Detección del maltrato y en las atenciones que se brindaban a niños y adolescentes víctimas de la violencia. Así, las estadísticas ilustraron que durante el año 2001 se realizaron 95,632 tamizajes de maltrato infantil y violencia familiar,⁶¹ entre los que se identificó un 50% de niños y adolescentes, tal y como ilustra el cuadro n.º 4.

⁶⁰ Las acciones de capacitación incluyeron, entre otras, las siguientes iniciativas: se capacitó y entrenó al personal de salud para el diagnóstico y la atención inicial; se validó una visión interdisciplinaria para los profesionales de salud que atendían casos de maltrato (información con respecto a derechos ciudadanos); se formuló una primera ficha estandarizada de atención; se sistematizó una primera casuística y un registro de casos; se validó una estrategia de intervención interdisciplinaria; se delimitaron roles y competencias profesionales en los equipos interdisciplinarios; se identificaron necesidades específicas para el personal de salud que atiende casos de maltrato y que inducen la aparición del Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP); se establecieron coordinaciones intersectoriales que fortalecieron y potenciaron redes de intervención contra el maltrato infantil en las áreas territoriales de acción de los establecimientos de salud; se formularon directorios intersectoriales de instituciones complementarias para la referencia y contrarreferencia de casos.

⁶¹ Si bien no está consignado de manera explícita en el cuadro, la categoría *Violencia Familiar* se refiere a las personas adultas que han sido atendidas por haber sufrido maltrato al interior de

Cuadro n.º 4
Ministerio de Salud Perú - 2002

TAMIZAJE	TOTAL	NIÑOS	ADOLESCENTES	ADULTOS
Total	95.632	19.697	28.343	48.592
Porcentaje	100	20	30	50

Fuente: área de Salud Mental (MINSa)

En algunas regiones, existió el compromiso y la voluntad política de las regiones de salud para desarrollar la atención integral para víctimas del maltrato, por lo que brindaron el apoyo logístico y los recursos humanos necesarios para la sostenibilidad de los MAMIS.

5.2.3.2. Medidas legislativas

- La primera emisión de normas específicas para la atención del maltrato Infantil y la violencia familiar realizada por el Ministerio de Salud (RM.455-2001 SA/BM), el cual dio origen al instrumento Manual de Normas y Procedimientos para la atención de víctimas de Maltrato infantil y Violencia Familiar en el año 2001 y que recoge la experiencia de los MAMIS como modelo de atención para los hospitales del país.

- En el año 1996, frente a la deserción de víctimas del maltrato, se establecieron criterios para lograr la gratuidad de las primeras atenciones, en coordinación con los servicios sociales de los establecimientos de salud. Posteriormente, y con la promulgación de la Ley 26260, se estableció la gratuidad obligatoria para la atención de víctimas del maltrato infantil.

403

5.3. Obligación de progresividad y prohibición de regresividad

5.3.1. Análisis legislativo

Por último, y como ejemplo específico de estándares de justiciabilidad en materia de los DESC, nos referiremos a la obligación de progresividad establecida por el PIDESC, centrándonos sobre la correlativa prohibición de regresividad que importa dicha obligación.

El Estado tiene el deber de encaminarse hacia la plena efectividad de los derechos. Viola la idea de progresividad la inacción del Estado, su irrazonable demora y la adopción de medidas que impliquen retroceso de tales derechos. Se prohíbe que el Estado implemente políticas regresivas. En este sentido, la progresividad implica que los Estados fijen de manera inmediata estrategias y metas para lograr la vigencia plena

la familia. En su gran mayoría suelen ser mujeres mayores de edad y en edad reproductiva (90%), pero también se atiende en menor proporción a adultos mayores y varones.

del derecho a la salud, con un sistema verificable de indicadores que permitan una supervisión desde los sectores sociales.⁶²

El art. 2.1 del PIDESC establece que «cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que se disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos».

La noción de progresividad abarca dos sentidos complementarios: por un lado, el reconocimiento de que la satisfacción plena de los derechos establecidos en el Pacto supone una cierta gradualidad. En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales expresa en su OG n.º 3, punto 9 que:

(el) concepto de realización progresiva constituye un reconocimiento del hecho de que la plena realización de los derechos económicos, sociales y culturales generalmente no podrá lograrse en un periodo corto de tiempo. En este sentido, la obligación difiere significativamente de la contenida en el artículo 2 del PIDCP, que supone una obligación inmediata de respetar y asegurar todos los derechos relevantes. Sin embargo el hecho de que el Pacto prevea que la realización requiere un cierto tiempo, o en otras palabras, sea progresiva, no debe ser malinterpretada en el sentido de privar a la obligación de todo contenido significativo. Se trata por un lado de un mecanismo necesariamente flexible, que refleja las realidades del mundo real y las dificultades que representa para todo país el aseguramiento de la plena realización de los derechos económicos, sociales y culturales.

Por otro lado, la frase debe ser leída a la luz del objetivo general, que constituye la *raison d'être* del Pacto, es decir, el establecimiento de obligaciones claras a los Estados Partes al respecto de la plena realización de los derechos en cuestión. Por ende, impone la obligación de moverse tan rápida y efectivamente como sea posible hacia la meta.

De allí que la noción de progresividad implique un segundo sentido, es decir, el de progreso, consistente en la obligación estatal de mejorar las condiciones de goce y ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales. El Comité recalca al respecto que las medidas que el Estado debe adoptar para la plena efectividad de los derechos reconocidos «deben ser deliberadas, concretas y orientadas hacia el cumplimiento de las obligaciones reconocidas en el Pacto» (OG n.º 3, punto 2).

De esta obligación estatal de implementación progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales, pueden extraerse algunas obligaciones concretas, pasibles

⁶² La obligación de progresividad de los DESC y de no-regresividad debe ser analizado a la luz del principio de justicia retributiva. Es decir, se puede «regredir» en el cumplimiento de un DESC de una persona o grupo de personas cuando el propósito y efecto sean el de aumentar la igualdad y mejorar la realización de los derechos económicos, sociales y culturales para los grupos más vulnerables, entre los cuales están los niños, niñas y adolescentes.

de ser sometidas a revisión judicial en caso de incumplimiento. La obligación mínima asumida por el Estado al respecto es la obligación de no regresividad; es decir, la prohibición de adoptar políticas y medidas y, por ende, de sancionar normas jurídicas que empeoren la situación de los derechos económicos, sociales y culturales de los que gozaba la población al momento de adoptado el tratado internacional respectivo, o bien en cada mejora «progresiva». Dado que el Estado se obliga a mejorar la situación de estos derechos, simultáneamente asume la prohibición de reducir los niveles de protección de los derechos vigentes, o, en su caso, de derogar los derechos ya existentes.⁶³ La obligación asumida por el Estado es ampliatoria, de modo que la derogación o reducción de los derechos vigentes contradice claramente el compromiso internacional asumido. En palabras del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en la citada OG N.º 3, «más aún, cualquier medida deliberadamente regresiva al respecto requerirá la más cuidadosa consideración y deberá ser justificada plenamente por referencia a la totalidad de los derechos previstos en el Pacto y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que se dispone» (punto 9). En el mismo sentido, los Principios de Maastricht consideran violatorias de los derechos económicos, sociales y culturales «la derogación o suspensión de la legislación necesaria para el goce continuo de un derecho económico, social y cultural del que ya se goza» (Principio 14 a), «la adopción de legislación o de políticas manifiestamente incompatibles con obligaciones legales preexistentes relativas a esos derechos, salvo que su propósito y efecto sean el de aumentar la igualdad y mejorar la realización de los derechos económicos, sociales y culturales para los grupos más vulnerables» (Principio 14 d) y «la adopción de cualquier medida deliberadamente regresiva que reduzca el alcance en el que se garantiza el derecho» (Principio 14 e).

Desde algunas posiciones teóricas, todas las obligaciones vinculadas con los derechos económicos, sociales y culturales tienden a entenderse como simples directivas de política pública dirigidas a los poderes políticos, de modo que —de acuerdo con estas visiones— las posibilidades de revisión judicial de las medidas tomadas sobre la materia son escasas. Como viene afirmándose en este trabajo, creemos que se trata de una posición no solo incorrecta sino, además, lesiva de la potencialidad de estos derechos que pretenden defenderse.

Aplicada al derecho a la salud, se observa que la reglamentación propuesta por el legislador o por el Poder Ejecutivo no puede empeorar la situación de reglamentación del derecho vigente.

⁶³ En sentido similar, FABRE, C. *Social Rights under the Constitution. Government and Decent Life*. Oxford, 2000, pp. 53-55; quien, sin embargo, considera que la prohibición solo alcanza las medidas que empeoren la situación del derecho con el efecto de llevar a su titular debajo del umbral mínimo necesario para llevar una «vida decente».

5.3.2. Obligación de los Estados frente al maltrato infantil: conceptualización y breve balance del cumplimiento de esta obligación por parte del Estado peruano frente a la atención y rehabilitación en casos de maltrato infantil

Para poder estudiar la obligación del Estado peruano de no-regresividad y de progresividad del derecho a la salud relativo al maltrato infantil, se requiere: i) conceptualizar y establecer la progresividad y la prohibición de regresividad respecto al maltrato infantil; ii) definir la forma de medir esa evolución y los cortes estadísticos adecuados; iii) conocer el estado del arte de la progresividad y no-regresividad de la atención al maltrato infantil brindado por el sector Salud en el país a través de los MAMIS; y, por último, iv) realizar un breve balance del cumplimiento de esta obligación por parte del Estado peruano.

5.3.2.1. Conceptualización de la progresividad y la «prohibición de regresividad» respecto al maltrato infantil

El derecho a la salud es un derecho y no una utopía de la humanidad. Sin embargo, en la práctica, es claro y comprensible que los Estados no pueden «con un toque de magia» cambiar la situación del derecho a la salud de la población de la noche a la mañana; especialmente, si se considera la magnitud del problema del maltrato infantil en el Perú. ¿Significaría eso que la norma internacional resulta inaplicable, quedando como un simple deseo del legislador?

406

La **progresividad** implica que los Estados fijen de manera **inmediata** estrategias y metas para lograr progresivamente la efectividad (vigencia) plena del derecho a la salud, con un sistema verificable de indicadores que permitan una supervisión desde los sectores sociales (art. 2.1 del PIDESC).

La interpretación rigurosa del PIDESC y de los principios de Limburgo y Maastricht nos llevarían a la siguiente definición de progresividad aplicada al maltrato infantil en el Perú: es obligación del Estado peruano implementar **inmediatamente** estrategias de atención y rehabilitación de niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil en el sector Salud para lograr cambios progresivos en los indicadores de maltrato infantil en el ámbito nacional (ejemplo: ENDES), incluyendo la creación de un sistema verificable de indicadores.

Por su parte, la definición de «prohibición de regresividad» aplicada al maltrato infantil podría ser la siguiente: «Es obligación del Estado peruano garantizar que los indicadores de maltrato infantil en el Perú no empeoren en el tiempo».

Sin embargo, no se puede atribuir exclusivamente al Estado la responsabilidad de mejorar la calidad de vida y, por ende, la salud de toda la población. Tampoco se puede llegar a la conclusión simplista y errada de que cualquier empeoramiento en los indicadores nacionales con respecto al maltrato infantil se debe a un incumplimiento del Estado de sus obligaciones. Hay muchos otros factores y actores que influyen positiva y negativamente en estos indicadores. Sin embargo, la escasa disponibilidad de información sobre el tema constituye en sí misma un incumplimiento del

Estado peruano de crear indicadores que puedan medir en el tiempo la progresividad del goce pleno del derecho a la salud de la niñez peruana.

El ENDES 2000 es la primera y única fuente oficial de información a nivel nacional disponible por el momento, la cual permite realizar una «fotografía» del problema del maltrato infantil en el Perú, pero que es insuficiente para verificar la progresividad. La encuesta ENDES 2004 Continua, que será lanzada en breve, en su capítulo séptimo, referido a la violencia intrafamiliar, no contiene información sobre violencia contra niños y adolescentes, concentrándose exclusivamente a la violencia contra la mujer como cónyuge.

Señalada la imposibilidad de verificar la evolución de los indicadores de maltrato infantil a lo largo del tiempo debido a la ausencia de producción de indicadores periódicos sobre el tema, buscaremos datos que sí pueden, de alguna forma, dar cuenta de la progresividad de las políticas públicas nacionales existentes frente al maltrato infantil, entre los cuales figuran las siguientes:

- Cambios en políticas públicas y normatividad frente al problema del maltrato infantil y violencia familiar.
- Estadísticas e información cuantitativa de atención al maltrato infantil en los MAMIS y en Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú.

5.3.2.2. Progresividad en las políticas públicas y normatividad frente al problema del maltrato infantil y violencia familiar

407

5.3.2.2.1. Progresos

- En la mayoría de hospitales en los que se implementaron los MAMIS, el incremento de la casuística anual superó el 300% de casos atendidos en los primeros dos y tres años de funcionamiento.
- En el año 1996, frente a la deserción de víctimas del maltrato, se establecieron criterios para lograr la gratuidad de las primeras atenciones de salud, en coordinación con los servicios sociales de los establecimientos de salud. Posteriormente, y con la promulgación de la Ley 26260, se estableció la gratuidad obligatoria para la atención de víctimas del maltrato infantil. Sin embargo, se observa que esta gratuidad entra en conflicto con las políticas sectoriales de productividad y autosostenimiento económico.
- El personal de los MAMIS participó activamente en redes intersectoriales contra el maltrato infantil cuando estas existían en algunos conos o zonas, y ello les facilitó las coordinaciones en la medida en que se estandarizaron procedimientos de intervención y un mejor conocimiento operativo de las competencias que les correspondía a cada uno de los sectores involucrados en la atención de los casos de maltrato (fiscales, policía, jueces, ONG, educación, DEMUNA, etc.). Esta relación personal y profesional, llevada a cabo gracias a las coordinaciones intersectoriales y las acciones conjuntas en talleres interinstitucionales, facilitó luego la referencia y contrareferencia de casos.

- El tratamiento integral del niño, que incluye la evaluación médica, de salud mental, y otros complementarios según el caso, así como la intervención terapéutica con la familia para evitar las recidivas y mejorar la dinámica de las interacciones familiares.
- El incremento de atención de niños y adolescentes víctimas de maltrato en hospitales del país, a con un abordaje especializado⁶⁴ para niños o adolescentes víctimas del abuso sexual y con una atención orientada a evitar la doble victimización o la victimización secundaria⁶⁵ de niños y adolescentes.
- Una mayor conciencia del personal de salud respecto de la magnitud del problema de la violencia como un problema de salud pública y su responsabilidad como sector que debe desarrollar políticas de atención. Eso ha generado cambios en la actitud del personal de salud. Es decir, el personal de salud reconoce la importancia de un abordaje interdisciplinario y en equipo para evitar la doble victimización de niños y adolescentes afectados por la violencia. Además, reconoce también su importancia en la prevención y enfrentamiento el síndrome del agotamiento profesional en operadores que intervienen en la atención de víctimas de violencia.
- El personal de salud ha iniciado la coordinación intersectorial, estableciendo alianzas con instancias públicas (Fiscalía, Policía Nacional, Centro de Emergencia Mujer, Escuela, etc.) y privadas (ONG, OSB, parroquias, etc.) para desarrollar una atención eficaz y reparativa con víctimas de violencia. Ese trabajo coordinado posibilitó la desmitificación y el abandono de prejuicios del personal de salud en torno a las acciones legales en las estrategias de intervención frente a la violencia.
- Formación de redes contra el maltrato en zonas del país donde los MAMIS alcanzaron sostenibilidad. Tal es el caso de algunos MAMIS de Lima en el Cono Norte y Cono Este, así como el fortalecimiento de otras redes existentes en otros distritos tales

⁶⁴ Se trata de una apreciación de los responsables de los MAMIS, sin embargo, inexisten indicadores que permitan afirmar de forma contundente que efectivamente se trata de un abordaje especializado.

⁶⁵ Landrove (1990) distinguió entre victimización «primaria», producida por el contacto directo con el hecho violento, y la «secundaria», que se origina en las relaciones de la víctima de este hecho violento, con el sistema jurídico y el aparato del Estado. Considerándose a esta última variable, generadora de consecuencias psicológicas similares a las detectadas para los «Trastornos por Estrés Postraumático» (Doble victimización: la intervención «terapéutica» como alternativa. María Elena Iglesias López, CESIP, 2003). Este término alude a procedimientos de atención que no toman en cuenta la importancia de priorizar la contención emocional y la protección de la víctima, antes que la obtención de información y/o el desarrollo de procedimientos innecesarios que pueden ser racionalizados para evitar situaciones maltrantes, tales la duplicidad de entrevistas, los largos tiempos de espera entre una y otra entrevista, la falta de empatía y baja calidad de atención del personal de salud que brinda la atención. El concepto de revictimización, a su vez, alude a la tendencia de la víctima a ponerse en situaciones riesgosas o establecer relaciones en las que nuevamente sufre un abuso. Esta tendencia precisamente a consecuencia de la experiencia vivida y forma parte de la dinámica psíquica del maltrato.

como el Cono Sur y en provincias de Lima, como Cañete. La existencia de estas redes ha facilitado la referencia y contrarreferencia de casos, ha difundido la existencia de servicios especializados y ha promovido la movilización social contra el maltrato infantil en la comunidad. También se ha logrado la incorporación del tema del maltrato infantil como un grave problema de Salud pública en algunas universidades.

- El funcionamiento de los MAMIS ha generado el fortalecimiento de una demanda informada de atención de parte de la población hacia los servicios de salud y el reconocimiento de los efectos favorables de la intervención en los pacientes, los familiares y la comunidad.

- Con relación a instrumentos de evaluación, además de la ficha de registro que se utilizaba en los MAMIS,⁶⁶ el Ministerio de Salud, elaboró una ficha de tamizaje del maltrato infantil para ser aplicada en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención.⁶⁷

- Algunos MAMIS resolvieron creativamente la limitación de recursos humanos, incorporando a practicantes y profesionales de SERUM a fin de complementar las labores que debían llevar a cabo.

5.3.2.2. Retrocesos

- Actualmente, en el año 2005, todavía —como hemos señalado en apartados anteriores del presente trabajo» se siguen cobrando las consultas en varios MAMIS. Es decir, la Ley 26260, que estableció en 1996 la gratuidad obligatoria no se cumple, posiblemente debido a la política sectorial de productividad y autosostenimiento económico.

- A pesar de que el nivel central desarrolló, desde 1997, un plan de capacitaciones en maltrato infantil y violencia familiar, en casi la mitad de las DISAS del país este estuvo principalmente orientado hacia los establecimientos de primer y segundo nivel (centros y puestos de salud), mas no fue monitoreado con indicadores de resultados y no logró articularse —a través del fortalecimiento de mecanismos de referencia y contrarreferencia— con la estrategia de los MAMIS que funcionaban en los hospitales (tercer nivel de atención); aspecto que hubiera permitido que el nivel central pudiera hacer un mayor seguimiento, monitoreo y reajuste de los módulos, de tal manera que se promoviera su sostenibilidad.

- Un equipo voluntario y sin recursos propios, como el que constituía el personal del MAMIS, podía experimentar serias limitaciones para el funcionamiento adecuado. Se observó que los profesionales más motivados habían desplegado un enorme esfuerzo

⁶⁶ Aplicación que no fue monitoreada ni evaluada a nivel nacional, por lo que no es posible inferir la eficacia de la aplicación de este instrumento.

⁶⁷ Se elaboró una ficha de tamizaje para la detección del maltrato infantil. En dicha ficha estaban descritos indicadores para los cuatro tipos de maltrato: físico, psicológico, por negligencia o descuido y abuso sexual. La aplicación de esta ficha tampoco fue monitoreada ni evaluada a nivel nacional.

y apelado a su creatividad para lograr llevar a cabo los objetivos, pero, debido a estas condiciones de trabajo, no era fácil que los MAMIS pudieran brindar la atención integral que se esperaba de ellos.⁶⁸

- Se observó que, en algunos casos, los departamentos de psicología o psiquiatría, de servicio social o el área legal no asumían como tarea propia la atención de casos de maltrato infantil que eran derivados a sus servicios y esperaban que la atención integral fuera desarrollada exclusivamente por los equipos de los MAMIS.

- Las coordinaciones para la referencia y contrarreferencia de casos dentro y fuera del hospital se desarrollaban de una manera muy variada y que esta dependía de cada uno de los MAMIS y de la receptividad de sus interlocutores sin que existieran planes anticipados o directivas normativas más precisas del MINSA para establecer el circuito de referencia y contrarreferencia de casos. También se detectó que no se había desarrollado un plan de seguimiento desde el nivel central ni desde los niveles operativos locales en cada hospital, lo que garantizaría la rehabilitación del niño. Esto se debía, por un lado, a que el personal de los MAMIS se había concentrado en la atención inmediata, y, por otro, a la carencia de recursos y de personal especializado en rehabilitación.

- Aunque se había avanzado notablemente en el registro de casos gracias a la existencia de los MAMIS,⁶⁹ se observaba que, si bien entregaban sus consolidados a la Oficina de Estadística del hospital, estos no aparecían en los consolidados de la Oficina Central de Estadística del nivel central (Ministerio de Salud). Por otra parte, el CTMI del MINSA carecía de recursos para centralizar, procesar y consolidar periódicamente la información y devolverla sistematizada a los MAMIS y a la Oficina central de Estadística del MINSA. En consecuencia, se carecía de una centralización de información casuística de los MAMIS a nivel nacional y de manera sistemática y regular; y la información a nivel nacional solo se consolidaba coyunturalmente cuando era solicitada por las autoridades de salud u otras instancias.

- Otra dificultad detectada fue el hecho de que algunos médicos fueron involucrados en los procesos atendidos y debieron asistir a citaciones e, incluso, interrogatorios judiciales en los que fueron tratados como si fueran los transgresores. Además, no contaron con respaldo legal y debieron financiar con sus propios medios a un abogado que les brindase asesoría. Los abogados de los hospitales, en la mayor parte de los casos, estaban dedicados únicamente a atender problemas institucionales (o los referidos a la dirección del hospital) y no a aquellos que tuvieran que ver con el personal del hospital.

⁶⁸ Estas observaciones y evaluaciones son producto de una primera evaluación de los MAMIS de carácter cualitativo, fue llevada a cabo por UNICEF en 1998.

⁶⁹ Dado que anteriormente no se registraba en absoluto la estadística de maltrato infantil en los hospitales del país.

- Estos mismos informes mencionados señalaron que entre todos los casos detectados a través del tamizaje en los establecimientos de salud del país solo el 20% llegaba a ser atendido. Una de las razones que manifestó el personal de salud encuestado en estos reportes, para explicar la diferencia entre el tamizaje y la atención, era que las víctimas de la violencia no acudían a los servicios para recibir la atención. Asimismo, los mismos reportes indicaron que existiría un subregistro de información respecto a la cantidad de niños y adolescentes que eran tamizados, puesto que los operadores no siempre utilizaban la ficha de tamizaje en la atención regular. Se puede señalar, entonces, que, debido a que no ha existido una capacitación sistemática y regular a los operadores, particularmente en las DISAS de regiones para la instrumentación del tamizaje en maltrato y violencia, y dado que tampoco ha existido un plan de monitoreo y evaluación respecto al sistema de tamizaje en maltrato infantil, no se pueden evaluar con más precisión estas informaciones.

5.3.2.2.3. Balance de los progresos y retrocesos en las normas y políticas públicas

Contrastando los progresos y retrocesos de la legislación en la implementación de las normas y en las políticas públicas nacionales y regionales frente al maltrato infantil y violencia familiar, se puede observar el siguiente panorama poco alentador:

- La falta de normatividad del MINSA con respecto a los MAMIS, así como el débil o escaso monitoreo y supervisión del nivel central fueron otros de los factores que contribuyeron a la desactivación. Se observa que el reporte de casuística en más de un tercio de los MAMIS operativos solo se hace a solicitud de las autoridades (sea la Dirección del Hospital o el MINSA a nivel central). La falta de apoyo de las direcciones hospitalarias y direcciones regionales de salud afectaron la sostenibilidad operativa y logística, puesto que no se fortalecieron las condiciones necesarias de atención (recursos humanos y recursos materiales) a medida que crecía la demanda poblacional.
- Se percibe una debilidad de las políticas nacionales de salud para desarrollar un modelo de intervención integral⁷⁰ frente al maltrato infantil, con inclusión de sus cuatro componentes: promoción, prevención, atención y rehabilitación. Es igualmente escaso y débil el rol normativo del nivel central frente a la problemática del maltrato infantil, hecho que no permite reajustar, modificar y mejorar las estrategias de intervención. La misma debilidad de los sistemas de monitoreo y evaluación de las políticas nacionales se observa en las políticas regionales de salud.

⁷⁰ Para que esto sea posible es necesaria una propuesta intersectorial que cuente con el aval formal desde las direcciones de cada uno de los sectores. Caso contrario, la tarea siempre va a rebasar la capacidad del sector Salud. Este sector (salud) es de todas maneras el actor central en esta problemática; quizás, podría normarse su papel de impulsor y movilizador de la estrategia de redes intersectoriales.

5.3.2.3. Progresividad y estadísticas de atención al maltrato infantil en los MAMIS y en Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú

5.3.2.3.1. Definición de los cortes estadísticos

Aplicada al maltrato infantil, la progresividad significa la obligación del Estado peruano de garantizar que la cobertura del sector Salud se amplíe gradualmente con respecto a la atención en maltrato infantil, y, de este modo, mantener un servicio especializado y de calidad; es decir, que el Estado no puede retroceder en el ofrecimiento de servicios. Con respecto a los MAMIS, el Estado está prohibido de cerrar o desactivar módulos, con excepción de aquellos en los que se hayan realizado estudios epidemiológicos y que justifiquen tal medida.

En primer lugar, se hace necesario definir a partir de qué año se comenzará el análisis; es decir, el año que será considerado como el año cero para evaluar la progresividad. Las primeras estrategias de intervención frente al maltrato infantil en los servicios de salud del país se producen a partir del desarrollo de la estrategia de los Módulos de Atención en Maltrato Infantil (MAMIS). Esta estrategia se implementa como parte de las políticas de protección a la infancia promovidas por el Estado peruano a partir de la década de los noventa. En 1990, el gobierno peruano suscribió la Convención Internacional de los Derechos del Niño, y en 1992 se decretó el Código del Niño y el Adolescente, que entró en vigencia en 1993. A través del Código, se establecen las obligaciones y responsabilidades de las instancias públicas para la implementación de medidas de protección para niños y adolescentes.

412

El marco legal permitió y facilitó la creación de diversas instancias de protección, tales como las Defensorías del Niño y el Adolescente, y estableció el compromiso de instancias de la sociedad civil y del Estado en la formulación e implementación de políticas de atención. El desarrollo de estas políticas evidenció la necesidad de contar con una información sistemática con relación a la magnitud de la problemática del maltrato infantil en el país. El Ministerio de Salud, hasta el año 1994, no contaba con una información nacional y centralizada sobre la demanda de atención de víctimas del maltrato en los servicios de salud. Asimismo, tampoco existían políticas específicas de atención al maltrato infantil en los servicios de salud ni se contaba con personal entrenado y capacitado para realizar las detecciones e intervenciones oportunas.

A fines de 1994, y a través del entonces denominado Subprograma Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud, se creó el Comité Técnico del Maltrato Infantil (CTMI), instancia que convoca a un conjunto de profesionales de salud de diversos hospitales de Lima y a UNICEF a fin de desarrollar una evaluación preliminar sobre el problema del maltrato y la atención que se brindaba en los servicios de salud.⁷¹ En esa ocasión, se determinó que no existía un registro estadístico de atención en los hospitales y el

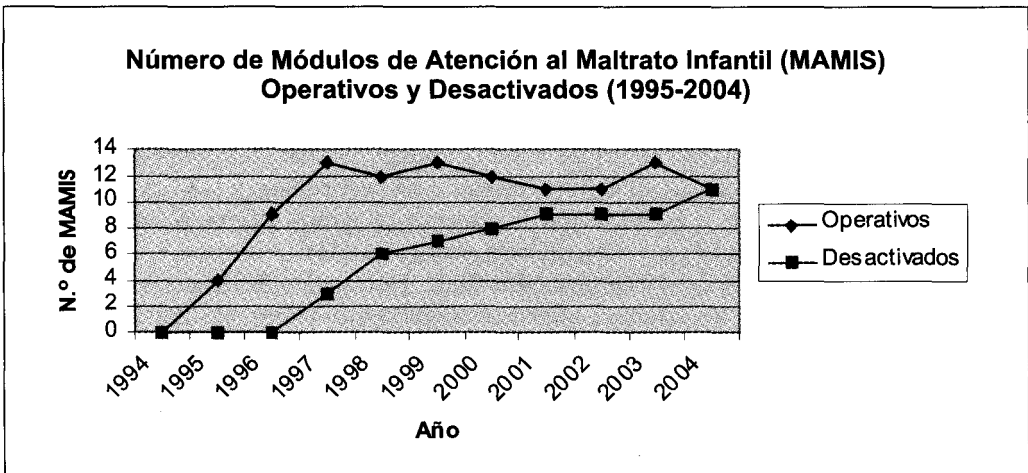
⁷¹ EGUIGUREN, Cristina. «Nuevo enfoque en la atención del maltrato infantil: MAMIS». En *Archivos peruanos de psiquiatría y salud mental*, vol. 2. n.º 1, 1998, pp. 87-92.

personal de salud mostraba enormes resistencias para la atención de niños y adolescentes víctimas de maltratos. Si se diagnosticaban casos de este tipo, se registraban solamente con el diagnóstico secundario, aun si el motivo principal de emergencia o consulta había sido el maltrato.⁷² Ni siquiera el maltrato aparecía consignado en el relato de la historia clínica. Además, por un lado, los profesionales de salud no estaban capacitados para diagnosticarlo y desarrollar una atención oportuna; y por otro, existía en el personal de salud un gran temor de las posibles implicancias legales de brindar atención a víctimas de maltrato y se temían las posibles represalias que pudieran ejercer los agresores de la víctima.

Es a raíz de estas constataciones y de la voluntad política de las autoridades del PNSM de desarrollar una estrategia de intervención que se impulsa la creación de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS) mediante un convenio marco firmado entre UNICEF y el PNSM en 1994. En este convenio, UNICEF brindó el apoyo financiero y la asesoría técnica necesarios para la implementación de los MAMIS por medio de su apoyo al Comité Técnico del Maltrato Infantil (CTMI) del MINSA, entidad encargada de la implementación de la estrategia.

Fue a partir del año 1995 que los MAMIS empezaron a ser implementados en el país. De esta manera, se elige ese año como el año cero para el efecto del presente estudio, que cubrirá el periodo 1995-2004. El gráfico n.º 6 permite visualizar el funcionamiento de los MAMIS a lo largo de este lapso, hecho que demuestra la tendencia a la desactivación del servicio.

Gráfico n.º 6



⁷² Así, muchos casos de víctimas del maltrato eran registradas con diagnósticos de politraumatismos, quemaduras, fracturas y otras lesiones; intoxicaciones, depresión, etc.

Para evaluar el cumplimiento de la obligación del Estado de progresividad y de su correlativa no-regresividad, se hace necesario establecer cortes en el tiempo. Se ha determinado que el período de tres años es razonable para analizar la progresividad y no-regresividad. Ese período coincidiría con el promedio de la frecuencia de presentación de informes requeridos por la mayoría de los tratados de derechos humanos celebrados bajo los auspicios de las Naciones Unidas.⁷³ Considerados los períodos de gobierno en los países de la región (4 a 6 años), la secuencia de tres años permite aprovechar periodos de gestión del ejecutivo y de las legislaturas, y esto mejora la posibilidad de registrar variaciones de políticas y de legislación.⁷⁴

Para efectos del presente estudio, considerando la secuencia de tres años, los cortes estadísticos serán en los años 1998, 2001 y 2004, considerando como año inicial a 1995 y para fines estadísticos el año 1994, cuando todavía no existía la estrategia MAMIS.

5.3.2.3.1.1. Corte 1998

Durante 1995, el MINSA convocó a representantes de los principales hospitales de Lima Metropolitana y se elaboraron pautas básicas de atención, así como un cronograma de implementación de los MAMIS. La implementación de los MAMIS fue un proceso largo y difícil que supuso un año de coordinaciones.⁷⁵

Al final del año 1995, se habían inaugurado los primeros MAMIS en cuatro hospitales de Lima (Hospital Hipólito Unanue, Instituto de Salud del Niño, Hospital Cayetano Heredia, Hospital Nacional Víctor Larco Herrera). El procedimiento de implementación de los módulos en los hospitales nacionales incluyó algunas acciones

⁷³ PIDESC y PIDCP establecen un año para la presentación del informe inicial; la Convención para la Eliminación de la Discriminación Racial prevé la presentación del informe inicial al año de la entrada en vigor y los siguientes cada dos años; la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer dispone un informe inicial al año de la entrada en vigor del tratado y los subsiguientes cada cuatro años; y la Convención sobre los Derechos del Niño enuncia la obligación de presentar un primer informe a los dos años de la entrada en vigor del tratado y los subsiguientes cada cinco años.

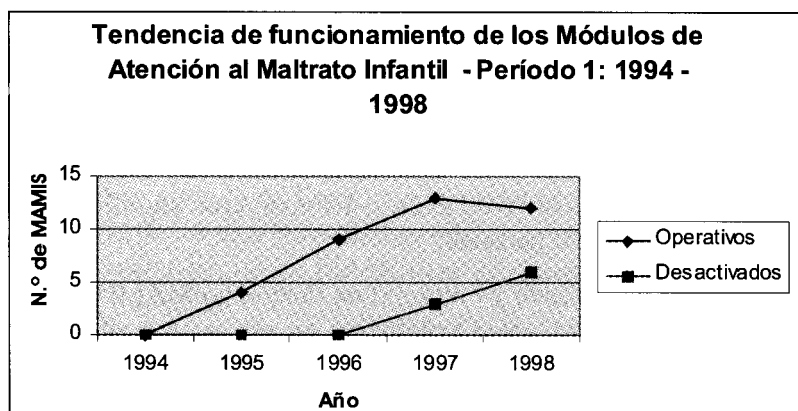
⁷⁴ OEA CP/CAJP-2226/04 del 17 de diciembre 2004. Documento de avance sobre las normas para la confección de los informes periódicos previstos en el artículo 19º del Protocolo de San Salvador, presentado por la Misión Permanente de la República Argentina ante la Presidencia de la Comisión de Asuntos Jurídicos y Políticos de la OEA.

⁷⁵ Entre las razones de las dificultades de implementación de los MAMIS se encuentran las siguientes: ausencia de estadísticas hospitalarias y/o estudios nacionales que permitan determinar la magnitud del maltrato y sustentar —ante las direcciones de los hospitales— la necesidad de crear una unidad especializada de atención como la del MAMIS; el subregistro encubierto de casos, que no permitía identificar la real incidencia de población víctima de maltrato que acudía a ser atendida al hospital (y que generalmente era registrada con diagnósticos tales como traumatismos, quemaduras u otros); la desinformación y el desinterés de las autoridades de los hospitales; la resistencia del personal de los establecimientos de salud; la falta de protocolos de atención para el maltrato; y la falta de un marco normativo del MINSA respecto a los procedimientos de atención para el maltrato infantil.

básicas: a) acuerdo y compromiso de la Dirección del hospital;⁷⁶ b) designación de un espacio físico apropiado para el funcionamiento del MAMIS en el establecimiento de salud,⁷⁷ c) el MINSA, a nivel central, capacitaría en diagnóstico e intervención oportuna al equipo de profesionales que integran el MAMIS; d) el MINSA, en coordinación con el equipo del MAMIS, desarrollaría una jornada de sensibilización al conjunto del personal; y e) UNICEF brindaría asesoría técnica y apoyaría la implementación del MAMIS.

Entre 1996 y 1998, el MINSA dirigió sus principales esfuerzos a potenciar los MAMIS de Lima e implementar otros en diferentes departamentos del país. En este periodo, se inauguraron catorce nuevos MAMIS, de los cuales, cuatro fueron en Lima⁷⁸ y siete en ciudades de otras regiones que incluían diez hospitales del país: Tacna, Chiclayo, Cusco, Chimbote, Pucallpa, Arequipa, y Cajamarca.⁷⁹ El gráfico n.o 7 señala la evolución de los MAMIS durante el primer periodo 1995 -1998:

Gráfico n.º 7



⁷⁶ El acuerdo y compromiso de que la dirección nombre mediante R.D. al equipo integrante del MAMIS. Es necesario mencionar que el personal de salud asignado para el funcionamiento del módulo se organizaba con un coordinador a cargo. El conjunto de los integrantes del MAMIS trabajaba regularmente en el servicio que le correspondía. De acuerdo a un cronograma de turnos, y en su horario de trabajo, el coordinador designaba rotativamente a un encargado por día para recibir los casos de maltrato que se detectaban en los servicios del establecimiento de salud. Los diferentes servicios del establecimiento (consultorio externo, hospitalización, etc.) realizaban las interconsultas correspondientes de los casos de maltrato al equipo del MAMIS.

⁷⁷ Se consideró de gran importancia, y como requerimiento básico, la existencia de un espacio físico que pudiera tener el equipamiento necesario para atender a niños y adolescentes y que tuviera la visibilidad necesaria para facilitar la accesibilidad no solo de los otros servicios del mismo hospital (referencias) sino, también, para la comunidad (accesibilidad). Dicho espacio, además, debía tener dimensiones apropiadas para recibir a los niños y a sus familiares.

⁷⁸ En Lima: Hospital Alcides Carrión del Callao (1996), Hospital María Auxiliadora (1996), el Servicio Básico de Salud Juan Pablo II de Villa El Salvador (1996) y el Centro de Salud Cantogrande en San Juan de Lurigancho (1996).

⁷⁹ Hospital Hipólito Unanue en Tacna (1996), Hospital Regional de Cusco (1997), Hospital Goyeneche en Arequipa (1997), Hospital Honorio Delgado en Arequipa (1997), Hospital Regional

Los MAMIS fueron una experiencia de intervención que no logró articularse en sus inicios con un sistema de referencia y contrarreferencia entre hospitales y otros establecimientos tales como centros o puestos de salud pertenecientes a las redes primarias de atención. Ello, entre otras razones, debido a que no se implementaron políticas nacionales de salud mental en las regiones del país.

En provincias, la implementación de los MAMIS siguió, inicialmente, estrategias semejantes a las empleadas en Lima, pero luego se establecieron algunas precisiones que debía realizar el equipo del hospital del departamento, tales como a) diagnóstico de los recursos interinstitucionales para el abordaje del maltrato infantil en la región;⁸⁰ b) cabildeo de la estrategia con las autoridades regionales de salud;⁸¹ c) determinación de la intervención según niveles de complejidad (hospital regional, centros y puestos de salud);⁸² y d) diagnóstico respecto a la ocurrencia del fenómeno del maltrato infantil en el departamento, entre otras.

Se señaló además que la sensibilización y la capacitación del personal de salud con relación a la problemática del maltrato fueron asumidas con gran intensidad en una primera fase de la formación de los MAMIS (1995-1998); las cuales fueron de gran utilidad para difundir su existencia y para lograr el incremento de la casuística. Sin embargo, en el transcurso del tiempo, los equipos de los módulos fueron percibidos al interior del hospital como los únicos responsables de brindar la atención y, dado que se incrementó el número de casos atendidos, finalmente, y con el tiempo, los MAMIS se concentraron más en la atención y disminuyeron significativamente sus actividades de sensibilización al personal.

416

Hacia 1998, se habían inaugurado ya un total de dieciocho MAMIS. Sin embargo, pese a los múltiples esfuerzos antes señalados, en ese mismo año, apenas doce MAMIS seguían operativos, mientras que seis módulos habían sido desactivados, como se puede observar en el gráfico n.º 8:

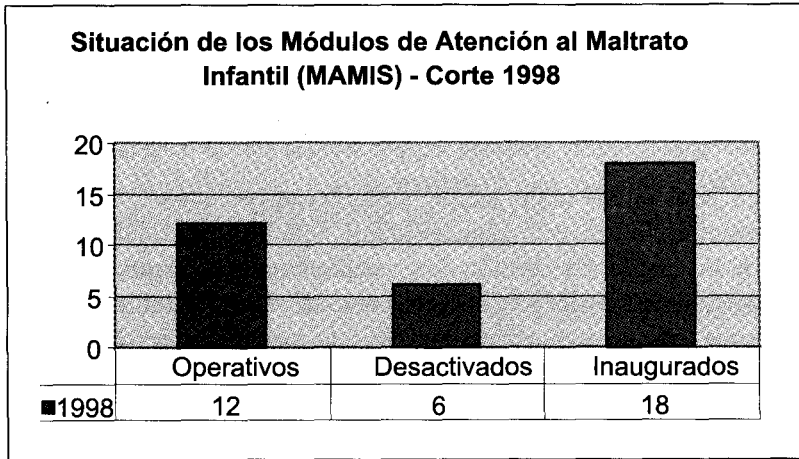
de Chimbote Guzmán Barrón (1997), Hospital la Caleta en Chimbote (1997), Hospital Regional de Pucallpa (1997), Hospital Yarinacocha en Pucallpa (1997), Hospital La Merced en Chiclayo (1998), Hospital Regional de Cajamarca (1998).

⁸⁰ Para ello, el equipo que conformaría el MAMIS debía coordinar con otras instituciones del departamento —involucradas en el abordaje del maltrato infantil— a fin de fortalecer la estrategia de implementación y la sostenibilidad.

⁸¹ Esta estrategia estaba destinada a fortalecer la sostenibilidad de las políticas regionales de salud contra el maltrato infantil, sensibilizando a las autoridades en términos de los derechos de protección a la infancia, y en la asignación de un presupuesto de las direcciones de hospital para garantizar la sostenibilidad de los MAMIS, puesto que el apoyo de UNICEF era única y exclusivamente para la implementación y la capacitación.

⁸² Para lo cual, el equipo que integraría el MAMIS debería establecer criterios de referencia y contrarreferencia de casos con la red de establecimientos de salud, a fin de facilitar las referencias intrasectoriales.

Gráfico n.º 8



De los seis MAMIS desactivados durante este periodo (1995-1998), apenas uno estaba en Lima y cinco en otras regiones del Perú (dos en Arequipa, dos en Chimbote y uno en Pucallpa).⁸³ Esos datos señalan que las acciones inmediatas y el deseo del Ministerio de Salud de implementar la estrategia en otras regiones del país no fueron acompañados de un seguimiento y apoyo para lograr su continuidad. Además, cabe señalar que el corto periodo de funcionamiento de estos módulos. Los seis MAMIS desactivados tuvieron un promedio de duración de un año. La continuidad y el fortalecimiento de la estrategia de los MAMIS en hospitales de las regiones dependieron de tres factores principales:

417

a) La promoción y el fortalecimiento de una demanda organizada de la comunidad hacia los servicios de salud

A pesar de la alta incidencia y subsistencia del maltrato infantil en nuestro país, la población no acudía a los servicios de salud para recibir la atención necesaria. Una de las razones que explicaban esta baja demanda era la desinformación; es decir, el desconocimiento de la población de la existencia de servicios especializados que pudieran brindar atención a niños y adolescentes víctimas de los malos tratos, por un lado, y la desconfianza de la población hacia la atención que brindaban los servicios, por otro.

Por ello, un aspecto fundamental para el desarrollo de la estrategia contra el maltrato infantil en las regiones fue la coordinación del MAMIS con las redes o instituciones públicas y privadas que intervenían en la problemática del maltrato a fin de difundir los servicios que ofrecía el MAMIS y promover acciones preventivas y de detección

⁸³ Los seis MAMIS desactivados durante el período 1995-1998 son los siguientes: Hospital Honorio Delgado y Hospital Goyeneche (DISA AREQUIPA), Hospital Eleazar Guzmán Barrón y Hospital La Caleta en Chimbote (DISA ANCASH), Hospital Regional de Pucallpa (DISA UCAYALI) y en Lima, el Centro de Salud Cantogrande en S. Juan de Lurigancho.

de casos en la comunidad tanto a nivel público (educación, PNP, fiscalía, DEMUNA), privado (ONG, iglesias) y comunitario (defensorías comunitarias). Estas coordinaciones se desarrollaron principalmente en las capitales de los departamentos, pero funcionaron, principalmente, a nivel extrasectorial. Intrasectorialmente, no funcionaban las referencias y contrareferencias entre los hospitales donde existían MAMIS y los puestos y centros de salud.

Los MAMIS ubicados en las regiones que cumplieron con sus objetivos y funciones, logrando su sostenibilidad, fueron especialmente aquellos que establecieron redes de intervención con instancias intersectoriales complementarias. Estos tuvieron un plan de trabajo que incluía la sensibilización del personal del hospital y los que difundieron sus actividades extrahospitalariamente. De esta manera, se fortalecieron mecanismos de referencia y contrareferencia principalmente extrasectoriales en las capitales de regiones.

b) El seguimiento y monitoreo del nivel central

La falta de seguimiento y monitoreo del nivel central al conjunto de los MAMIS implementados en hospitales regionales de los departamentos del país debilitó su funcionamiento. En cambio, en los MAMIS implementados en el departamento de Lima, se desarrolló un sistema de monitoreo por medio de reuniones de evaluación de su funcionamiento, así como de resolución de problemas operativos.⁸⁴

418

Los MAMIS de provincias desarrollaron sus actividades sin tener oportunidades semejantes para contrastar sus estrategias entre sí e intercambiar modalidades de resolución de problemas orgánico-administrativos, además de reforzar la capacitación y el registro de casuística.⁸⁵ Debido a ello, por falta de asesoría continua, monitoreo y, en muchas ocasiones, por falta de apoyo de las autoridades regionales, el personal de los MAMIS se sintió desmoralizado y con muchas dificultades para enfrentar el desgaste emocional (como el producido por el Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP) y las limitaciones de un trabajo exigente y muchas veces poco reconocido).

c) El desarrollo de políticas regionales de salud respecto a la problemática de la violencia y el maltrato infantil

En algunas regiones, el desinterés, tanto de las direcciones hospitalarias como regionales, trajo como consecuencia enormes dificultades operativas y logísticas para que los MAMIS pudieran desarrollar sus actividades, hecho que traería luego como resul-

⁸⁴ Este monitoreo desarrollado por el nivel central en Lima se produjo hasta el año 2001.

⁸⁵ Uno de los problemas más evidentes de la falta de supervisión y monitoreo de nivel central fue la desorientación que experimentaron los MAMIS de departamento con respecto a los sistemas de registro. En algunos casos, los MAMIS informaron la casuística a través del sistema regular de Estadística de las Direcciones Generales de Salud. En otros casos, llevaron registros paralelos e informaron directamente al nivel central cuando la información de la casuística fue requerida, encontrándose información contradictoria entre la del MAMIS y la informada por las Direcciones Generales de Salud (DISA).

tado, según se verá más adelante, la desactivación de algunos MAMIS. Este contexto trajo como consecuencia que los MAMIS desarrollaran un trabajo focalizado con la población que acudía a los hospitales. De ahí que las referencias y contrarreferencias de establecimientos de menor complejidad a los hospitales donde existían MAMIS fueran extremadamente limitadas o inexistentes.

La preocupación política de las regiones de salud para implementar estrategias de intervención frente a la problemática de la violencia y el maltrato infantil fue heterogénea y tuvo efectos en la sostenibilidad de los MAMIS:

- (1) falta de apoyo legal para las víctimas y sus familiares. Tanto en el caso de abuso sexual como de maltrato moderado y severo, la falta de orientación legal y servicios de defensa judicial fue una carencia significativa;⁸⁶
- (2) alta tasa de deserción de las víctimas del maltrato para desarrollar la continuidad del tratamiento.⁸⁷
- (3) desinformación técnica y teórica del personal de salud sobre el diagnóstico del maltrato y el plan de atención;
- (4) mitos y prejuicios del personal de salud —en especial, el personal médico— con respecto a las implicancias legales que podrían resultar como consecuencia del diagnóstico de casos de maltrato.
- (5) ausencia de recursos humanos capacitados para procesos de rehabilitación de víctimas del maltrato y para el tratamiento a agresores;
- (6) dificultades de ajuste en el trabajo de equipo interdisciplinario de los MAMIS por rivalidades respecto de los papeles y competencias entre los diversos profesionales (psicología, medicina, trabajo social, etc.).
- (7) alta rotación del personal asistencial que integraba los equipos de los MAMIS, hecho que ocasionaba una sobrecarga de labores en el personal que quedaba a cargo y el concomitante desgaste emocional que ello implicaba; y, finalmente,
- (8) falta de apoyo logístico y material para que el MAMIS pudiera desarrollar adecuadamente sus actividades, particularmente en el seguimiento y monitoreo de los casos.

⁸⁶ En 1996, no existían aún instancias tales como los Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano (MIMDES), con los que actualmente se puede coordinar para que brinden asesoría legal; en 1996 y en años siguientes, se contó con el apoyo de algunas ONG, las que brindaron asesoría legal a los casos de maltrato infantil.

⁸⁷ En algunos hospitales se llegó al 90%. En otros hospitales, la deserción llegó al 15 y 20%. En el primer caso, razones económicas fueron las principales causas. Esta situación pudo ser aliviada en 1996 con la promulgación de la Ley 26260, que estableció la gratuidad de la atención para víctimas de la violencia.

5.3.2.3.1.2. Corte 2001

En el año 2001, el Ministerio de Salud convocó a los responsables de los MAMIS de Lima a fin de desarrollar un diagnóstico situacional sobre sus debilidades estratégicas y operativas. Los resultados más importantes fueron los siguientes:

a) Falta de normatividad orgánica con relación a la inserción de los MAMIS en la estructura hospitalaria

Al no existir una normatividad que estableciera y determinara la ubicación orgánica de los MAMIS en la estructura hospitalaria, estos dependían de diversas instancias; de manera tal que, en algunos hospitales, los MAMIS dependían directamente de las direcciones hospitalarias y, en otros, de departamentos finales (como el Departamento de Pediatría).⁸⁸ Sin embargo, con el transcurso de los años, el PNSM del MINSA⁸⁹ sugirió que fueran las direcciones de los hospitales quienes determinaran la ubicación orgánica y administrativa de los MAMIS.⁹⁰ La falta de normatividad con relación a este aspecto hacía que la sostenibilidad operativa y presupuestal de los MAMIS dependiera de la voluntad política del director del hospital. Algunos directores de hospitales obstaculizaban el funcionamiento de los MAMIS, aduciendo diversas razones, entre las cuales se pueden mencionar la cantidad de exoneraciones emitidas para brindar atención gratuita a víctimas de la violencia (que incidía en el rubro de ingresos económicos propios que los hospitales obtienen por las prestaciones de salud) o la falta de espacio en la infraestructura hospitalaria como para destinar uno específico para el funcionamiento del MAMIS.

420

b) Ausencia de lineamientos nacionales de política de salud en maltrato infantil

La ausencia de un lineamiento nacional de políticas de salud con respecto al maltrato infantil, específicamente, no permitió desarrollar planes locales y regionales de intervención de manera estandarizada con el objetivo de formalizar políticas públicas regionales y nacionales de salud contra este tipo de maltrato. De tal manera, los MAMIS funcionaron a partir de planes operativos locales elaborados por los propios equipos profesionales que los integraban, los que reportaban sus resultados a las instancias orgánicas de las que dependían los MAMIS.

⁸⁸ Inicialmente, los MAMIS dependían directamente de la dirección hospitalaria, como ocurre actualmente con muchos de ellos.

⁸⁹ Actualmente, Área de Salud Mental que depende de la Dirección de Promoción del Ministerio de Salud.

⁹⁰ En la actualidad, existe un documento de trabajo del MINSA que tiene la finalidad de mejorar la organización de los servicios de salud, determinando claramente las categorías de establecimientos de cada nivel de atención, sus características, funciones generales y capacidades resolutivas. Sería conveniente determinar las funciones y características de los MAMIS según este documento de trabajo (MINSA. *Documento de trabajo. Categorías de establecimientos del MINSA*. Lima: MINSA, 2004.

c) Falta de presupuestos específicos para la intervención

Los MAMIS operaban con el presupuesto destinado por las direcciones hospitalarias o por los departamentos a los que estaban suscritos (Departamentos de Pediatría). El hecho de no contar, por un lado, con una normatividad orgánica, y por otro, con lineamientos nacionales del sector, hacía que los MAMIS no contaran con planes operativos estandarizados, hecho que generaba dificultades para que las direcciones hospitalarias asignaran presupuestos. De esta manera, las asignaciones resultaban inorgánicas, irregulares, insuficientes y sujetas a la voluntad política de las autoridades de quienes dependían.

d) Falta de un monitoreo a nivel central y las dificultades de agencia de los propios equipos de intervención

Como consecuencia de la falta de monitoreo se observaron problemas con respecto al registro de casos y reporte de actividades. De esta manera, los datos resultaban contradictorios y superpuestos entre las diferentes instancias que proporcionaban insumos cuantitativos acerca de la incidencia del maltrato (MAMIS, departamentos de estadística y de epidemiología de los establecimientos de salud, etc.). Asimismo, se observó que no se había producido una evaluación de los instrumentos de intervención y de las estrategias desarrolladas (indicadores, identificación de factores de riesgo y protección, marco conceptual de los diferentes grados de maltrato y las diferentes estrategias de intervención; estrategias de prevención secundaria y de rehabilitación en el modelo de abordaje del maltrato infantil; evaluación de impacto y de resultados en la población atendida, síndrome de agotamiento profesional en el personal de salud, entre otros), por lo que se planteaba como necesaria la elaboración de un sistema de evaluación a través de la formulación de indicadores sensibles y pertinentes a los MAMIS, tanto en lo que se refería a los resultados de las intervenciones con la población afectada⁹¹ como a procesos⁹² e instrumentos de tamizaje, diagnóstico y evaluación.

Durante el período comprendido entre 1999 y 2001, la situación de los MAMIS empeoró paulatinamente. Solo se inauguró un módulo en Pasco⁹³ en el año 1999, el que fue desactivado al año siguiente. Otros dos MAMIS fueron desactivados también en otras regiones del país, como los de Pucallpa⁹⁴ (1999) y Tacna⁹⁵ (2001); este último, por motivo del terremoto, y nunca volvió a funcionar. Al 2001, un total de veinte módulos habían sido instalados o inaugurados desde el 1995; sin embargo, poco más de la mitad de ellos (once) seguían operativos. Como se puede apreciar en el gráfico n.º 9.

⁹¹ Con respecto a la atención —diagnóstico, evaluación, rehabilitación, criterios de alta, etc.— y al seguimiento de casos.

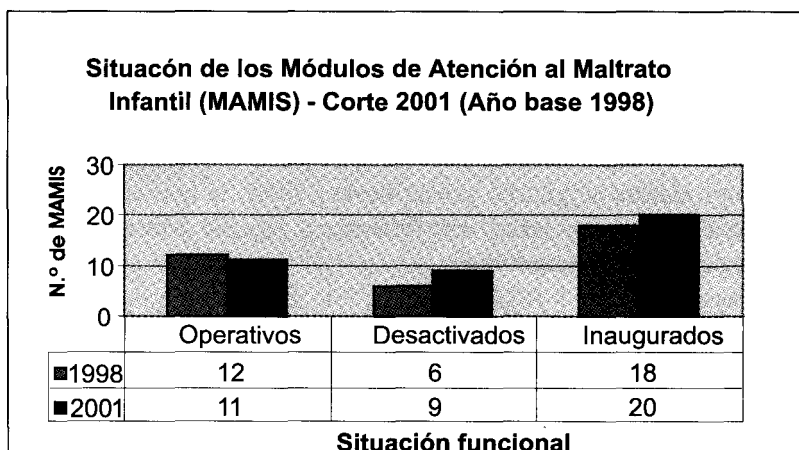
⁹² Flujogramas, planes y cronogramas de intervención, interconsultas y derivaciones a servicios complementarios intra y extrahospitalarios.

⁹³ Hospital Daniel A. Carrión, Pasco – DISA PASCO

⁹⁴ Hospital Yarinococha, Pucallpa – DISA UCAYALI

⁹⁵ Hospital de apoyo departamental Hipólito Unanue, Tacna – DISA TACNA.

Gráfico n.º 9



La desactivación de los MAMIS no se basaba en estudios de demanda. Al contrario, como efecto del desarrollo de políticas nacionales de salud mental, se incrementó el registro de la población atendida por maltrato y violencia familiar en el conjunto de los establecimientos de salud del país. Ese incremento podrá ser observado con los gráficos n.ºs 10 y 11:⁹⁶

422

Gráfico n.º 10

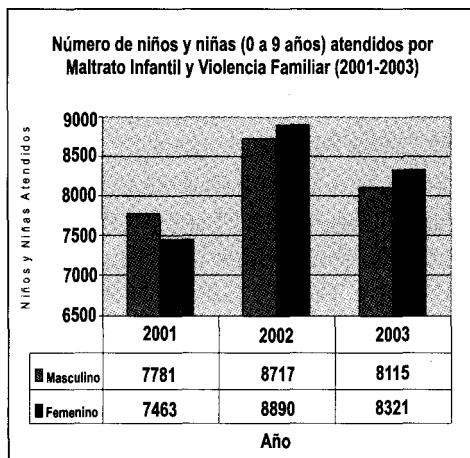
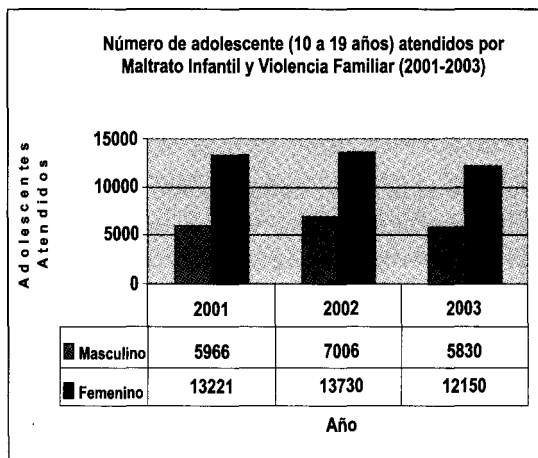


Gráfico n.º 11



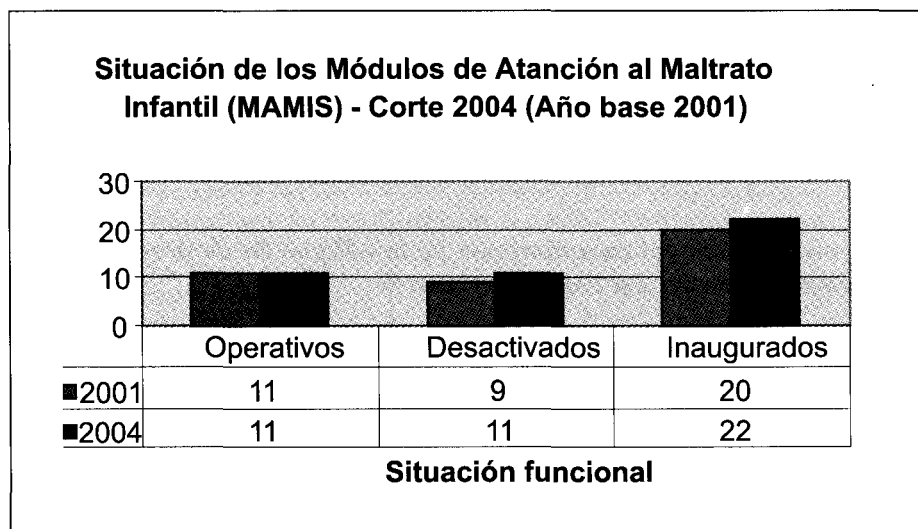
Fuente: Área de Salud Mental (MINSa)

⁹⁶ En los diagramas se observa la distribución de los atendidos según sexo, no encontrándose diferencias significativas en los primeros 9 años de edad. A partir de los 10 años, la demanda de mujeres es significativamente mayor en una proporción de 2 a 1.

5.3.2.3.1.3. Corte 2004

Durante el período comprendido entre los años 2002 y 2004, la situación de los MAMIS siguió en descenso. Se instalaron dos módulos en el año 2003, en Cañete, Lima⁹⁷ y en Abancay.⁹⁸ Al 2004, habían instalado un total de veintidós MAMIS, de los cuales, apenas poco más de la mitad (doce) seguían operativos, mientras que diez habían sido desactivados. Como se aprecia en e el siguiente gráfico:

Gráfico n.º12



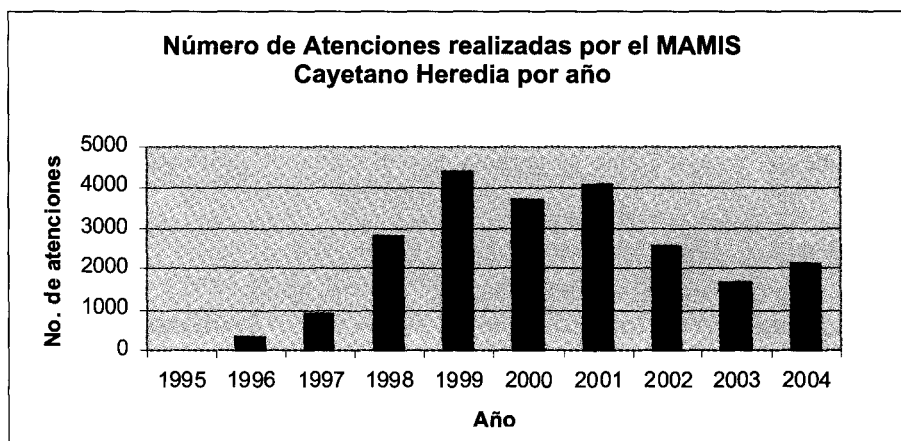
Sin embargo, el retroceso más notorio de este período ocurrió en octubre del 2004 con la desactivación del MAMIS del Hospital Cayetano Heredia⁹⁹ luego de prácticamente una década de funcionamiento. Este módulo realizaba un promedio de tres mil atenciones anuales y el mismo año de su desactivación había registrado más de dos mil atenciones solamente en la primera mitad del año. La magnitud de la población desatendida con la desactivación del MAMIS del Hospital Nacional Cayetano Heredia se puede observar con el diagrama del gráfico n.º 13:

⁹⁷ Hospital Rezola Cañete, Lima.

⁹⁸ Hospital Guillermo Díaz de la Vega (HGDV), Abancay – DISA APURIMAC

⁹⁹ El MAMIS del Hospital Cayetano Heredia ha vuelto a entrar en funcionamiento en 2005, y se ha nombrado un nuevo equipo. En el Hospital siempre dijeron que era una reorganización y no un cierre del servicio.

Gráfico n.º 13



5.3.2.4. Breve balance del cumplimiento de la obligación de progresividad y no-regresividad por parte del del Estado peruano¹⁰⁰

Pese a la proliferación de progresos paulatinos a lo largo de una década de estrategia, como se pudo observar en el presente apartado, se constata un retroceso en la atención al maltrato infantil. La falta de asignaciones presupuestales específicas para la sostenibilidad de los MAMIS, así como en la falta de lineamientos de política para facilitar su organicidad,¹⁰¹ de modo que se garantice su funcionamiento operativo y su fortalecimiento a través de un sistema regular de monitoreo y evaluación, afectaron tanto la calidad y eficacia de la atención brindada a niños y adolescentes como la operatividad y eficiencia del equipo interdisciplinario.

El principal retroceso o «regresividad» se expresa en la población desatendida como consecuencia directa de la desactivación de los MAMIS. Los equipos que conformaron estos módulos no lograron sostener su funcionamiento, por lo que gradualmente fueron desactivándose sin que se desarrollaran medidas de contingencia alternativas para garantizar la atención especializada para víctimas del maltrato infantil en los servicios de salud.

A esta «regresividad» se asuma las tendencias mercantilistas de algunas autoridades de salud que privilegian la obtención de recursos propios a través de las prestaciones de

¹⁰⁰ Varias de las apreciaciones del balance son el resultado de entrevistas y encuestas aplicadas tanto a los actuales responsables de los MAMIS operativos como al personal que proviene del conjunto de hospitales donde funcionaron los módulos durante la I Reunión Técnica Nacional de MAMIS, realizada en octubre del 2004.

¹⁰¹ Si bien, desde su implementación, todos los MAMIS fueron instalados a través de un acuerdo con la dirección de los hospitales, los MAMIS que fueron desactivados más rápidamente tuvieron dos características: la dirección no facilitó ni brindó facilidades para su operatividad en el caso de los dos módulos desactivados en Lima; y, en regiones, los que fueron desactivados no tenían ninguna relación con los departamentos asociados a la salud mental (psicología y psiquiatría) o con el responsable de salud mental de la Dirección Regional de Salud.

6. Cuadro Sinóptico

	A) LA OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR NIVELES ESENCIALES DE LOS DERECHOS	B) LA OBLIGACIÓN DE ADOPTAR MEDIDAS INMEDIATAS	C) LA OBLIGACIÓN DE PROGRESIVIDAD Y PROHIBICIÓN DE REGRESIVIDAD
Análisis legislativo - Derecho a la salud	Obligación mínima de los Estados de asegurar la satisfacción de por lo menos los niveles esenciales de cada uno de los derechos, y fijar de esta forma el punto de partida en relación con los pasos que deben darse hacia su plena efectividad. Esta obligación rige aun en periodos de limitaciones graves de recursos, causadas por procesos de ajuste, de recesión económica o por otros factores. En estas situaciones, el Estado debe fijar un orden de prioridades en la utilización de los recursos públicos, identificando a los grupos vulnerables que serán beneficiados a fin de efectuar un eficaz aprovechamiento de la totalidad de los recursos de que disponga. Los elementos esenciales del derecho a la salud son los siguientes: i) disponibilidad, ii) accesibilidad (No-discriminación, accesibilidad física, económica y acceso a la información); iii) aceptabilidad, y iv) calidad	Los Estados deben adoptar medidas legislativas, administrativas, judiciales, económicas y educativas inmediatas para hacer efectivos los derechos reconocidos. El artículo 2.1. del PIDESC establece que los estados «se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de los recursos disponibles, para lograr progresivamente por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto».	El Estado tiene el deber de encaminarse hacia la plena efectividad de los derechos. Viola la idea de progresividad la inacción del Estado, su irrazonable demora y/o la adopción de medidas que impliquen retroceso de tales derechos. Se prohíbe que el Estado implemente políticas regresivas. En este sentido, la progresividad implica que los Estados fijen de manera inmediata estrategias y metas para lograr la vigencia plena del derecho a la salud, con un sistema verificable de indicadores que permitan una supervisión desde los sectores sociales
Obligación de los Estados frente al maltrato infantil - conceptualización	Todo niño o adolescente víctima de maltrato infantil tiene el derecho a ser atendido de forma gratuita y cercana a su hogar por el personal de salud e interdisciplinario adecuado técnicamente y culturalmente para brindar este servicio con calidad y calidez. El umbral mínimo: —todo caso de maltrato debe ser atendido por un servicio de salud o social de acuerdo a su nivel de gravedad— todos los casos graves de maltrato infantil reciban atención y rehabilitación en hospitales del Perú, en los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud - sistema de tamizaje de maltrato infantil esté funcionando dentro de los hospitales, es decir, que ningún caso de maltrato puede pasar desapercibido por los hospitales.	El Estado peruano tiene la obligación de adoptar inmediatamente medidas legislativas, administrativas y económicas oportunas para garantizar que los niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil puedan progresivamente gozar plenamente de su derecho a la atención a su caso y que se tomen: 1) Medidas administrativas; 2) Medidas legislativas.	Es obligación del Estado peruano implementar inmediatamente estrategias de atención y rehabilitación de niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil en el sector Salud para lograr cambios progresivos en los indicadores de maltrato infantil a nivel nacional (ejemplo: ENDES), incluyendo la creación de un sistema verificable de indicadores. Por su parte, la definición de «prohibición de regresividad» aplicada al maltrato infantil podría ser la siguiente: «Es obligación del Estado peruano garantizar que los indicadores de maltrato infantil en el Perú no empeoren en el tiempo».
El cumplimiento de esta obligación por parte del Estado peruano	i) Disponibilidad: desde la implementación de los MAMIS en 1995, hasta la fecha, se encuentran funcionando doce MAMIS de un total de veintidós iniciales. Existe una evidente concentración de los módulos operativos en Lima, pues nueve de ellos se encuentran allí. ii) Accesibilidad. La accesibilidad física está estrechamente vinculada con la disponibilidad del servicio. De los tres MAMIS operativos en otras provincias todas se encuentran en las capitales; es decir, los niños y adolescentes de las zonas rurales o geográficamente excluidas se encuentran a distancias	1) Medidas Administrativas:- Capacitación a nivel nacional para operadores de salud— Fortalecimiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia tanto intra como extrasectoriales— Detección del maltrato y en las atenciones que se brindaban a niños y adolescentes víctimas de la violencia. 2) Medidas legislativas: normas específicas para la atención del Maltrato Infantil y la Violencia	Se constata un retroceso en la atención al maltrato infantil. La falta de asignaciones presupuestales específicas para la sostenibilidad de los MAMIS, así como en la falta de lineamientos de política para facilitar su organicidad, de modo que se garantice su funcionamiento operativo y su fortalecimiento a través de un sistema regular de monitoreo y evaluación, afectaron tanto la calidad y eficacia de la atención brindada a niños y adolescentes como la operatividad

	A) LA OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR NIVELES ESENCIALES DE LOS DERECHOS	B) LA OBLIGACIÓN DE ADOPTAR MEDIDAS INMEDIATAS	C) LA OBLIGACIÓN DE PROGRESIVIDAD Y PROHIBICIÓN DE REGRESIVIDAD
frente a la atención y rehabilitación en casos de maltrato infantil	demasiado grandes, y no razonables, de un módulo. Además, el servicio brindado por el MAMIS no es gratuito, dado que el maltrato infantil y la salud mental no son cubiertos por el Sistema Integral de Salud (SIS). iii) Aceptabilidad y iv) Calidad: Aproximadamente la mitad de los responsables de los MAMIS tienen la percepción de que el servicio funciona de manera mala o regular, mientras que la otra mitad considera que el funcionamiento es bueno. Además, la calidad del servicio también se ve afectada por la alta rotación del personal de salud.	Familiar realizada por el Ministerio de Salud (RM.455-2001 SA/BM), el cual dio origen al instrumento Manual de Normas y Procedimientos para la atención de víctimas de Maltrato infantil y Violencia Familiar en el año 2001 - En el año 1996, frente a la deserción de víctimas del maltrato, se establecieron criterios para lograr la gratuidad de las primeras atenciones, en coordinación con los servicios sociales de los establecimientos de salud. Posteriormente, y con la promulgación de la Ley 26260, se estableció la gratuidad obligatoria para la atención de víctimas del maltrato infantil.	y eficiencia del equipo interdisciplinario. El principal retroceso o «regresividad» se expresa en la población desatendida como consecuencia directa de la desactivación de los MAMIS. Los equipos que conformaron estos módulos no lograron sostener su funcionamiento, por lo que gradualmente fueron desactivándose sin que se desarrollaran medidas de contingencia alternativas para garantizar la atención especializada para víctimas del maltrato infantil en los servicios de salud. A esta «regresividad» se asuma las tendencias mercantilistas de algunas autoridades de salud que privilegian la obtención de recursos propios a través de las prestaciones de salud en detrimento del cumplimiento de los marcos normativos vigentes con relación a la gratuidad de la atención en la problemática del maltrato infantil y la violencia.

salud en detrimento del cumplimiento de los marcos normativos vigentes con relación a la gratuidad de la atención en la problemática del maltrato infantil y la violencia.¹⁰²

7. Consideraciones finales

El Estado peruano, pese a los esfuerzos iniciales, no está cumpliendo las obligaciones en materia de derechos humanos de progresividad y no regresividad respecto al derecho a la salud. Las respuestas son insuficientes frente a la magnitud del problema.

La respuesta del sector Salud respecto de la atención y rehabilitación de casos de maltrato infantil en el Perú, a través de la estrategia de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS), refleja este incumplimiento por parte del Estado peruano. La falta de disponibilidad del servicio, sumada a su inaccesibilidad geográfica y económica, refleja una situación en que los casos atendidos por los MAMIS son prácticamente irrelevantes en términos cuantitativos frente al 41% de la población de niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato físico.

¹⁰² Un ejemplo ilustrativo de esta situación es la desactivación del MAMIS de Cayetano Heredia en octubre–noviembre del 2004.

Por lo tanto, una proporción importante de la población peruana, la niñez, se ve afectada en su derecho «al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» debido a la insuficiente respuesta del Estado peruano y, en especial, al sector Salud en lo que se refiere a la atención y rehabilitación de casos de maltrato.

Es desalentador y hasta absurdo pensar que se haga necesario «justificar» con estadísticas la magnitud tanto del problema como de la desatención por parte del Estado, en general, y del sector Salud, en particular, frente al maltrato infantil. Parece que seguimos en la lógica «mercantilista» del razonamiento sobre la base del análisis costo-beneficio que preponderan en el sector Salud y de la «autosostenibilidad» del servicio, aun cuando se trata de niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil. Debería bastar ver un niño llorando para cambiar las políticas de este país.

Sí el Estado peruano se preocupara por su niñez y adolescencia seguramente no sería necesario invocar tantas leyes, compromisos internacionales, palabras complicadas y datos cuantitativos para poder demostrar lo que es tan claro: esa realidad que nos grita cada vez que estamos frente a un niño o adolescente víctima de la violencia de los adultos y de la sociedad.

Bibliografía

Estadísticas

427

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES 2000), INEI-USAID-UNICEF.

MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO HUMANO

Casuística de los casos atendidos por las defensorías del niño, niña y adolescente en el Perú (2002-2003).

Maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. Una aproximación desde los casos atendidos en los Centros de Emergencia Mujer. Lima: PNLVFS, 2004.

Niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia familiar y sexual atendidos en los Centros de Emergencia Mujer entre enero y agosto del 2002. Informe. Lima: PNLVFS - MIMDES, 2002.

MINISTERIO DE SALUD

Registros administrativos de la casuística del MINSA. Dirección de Promoción de la Salud. MINSA: Lima, 1998.

Estadísticas de salud mental. MINSA: Lima, 2001, 2002 y 2003.

Estudios, publicaciones y análisis de casos

BICE

Violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes. Propuestas de intervención. Uruguay, 2002.

Violencia sexual infantil. Prevención e intervención en crisis. Uruguay, 2002.

CEDRO

ORDÓÑEZ, Dwight. *Niños de la calle y sus familias en Lima: una realidad en 852 variables.* Lima: CEDRO, 1995.

PONCE G., Silvia. *Estudio epidemiológico sobre maltrato infantil en población escolarizada de Lima metropolitana y Callao,* Lima: CEDRO, 1995.

TRUJILLO F., Delia. *Un estudio de opinión y percepción del maltrato infantil en líderes y pobladores de 22 comunidades urbano-marginales,* Lima: CEDRO, 1994.

CENTRO GUAMÁN POMA DE AYALA

Violencia en el Cuzco. Cuzco: Centro Guamán Poma, 2001.

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y PUBLICACIONES

Abuso sexual infantil en Comas. Cuántos, quiénes y cómo. Lima, 1997.

Abuso sexual infantil en Comas. Lima, 1998.

Conocimientos y actitudes sobre sexualidad y abuso sexual infantil. Encuesta distrital. M. E. Iglesias L., Lima, 1999.

Estrategia de intervención en Red. Una respuesta integral frente a la violencia. Folleto. M. E. Iglesias L., Lima, 2002.

Promoción y fortalecimiento de redes locales para la intervención en situaciones de violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes. Materiales para la formación. Folleto. M. E. Iglesias L., Lima, 2004.

DÍAZ, Felipe

La Iglesia rompiendo el silencio...frente al abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. Lima: Movimiento Juntos por la Niñez, 2005.

EGUIGUREN, Cristina

«Nuevo enfoque en la atención del maltrato infantil: MAMIS». En *Archivos peruanos de psiquiatría y salud mental.* Vol. 2, n.º 1, 1998, pp. 87 - 92.

GUEZMES, A., N. PALOMINO Y M. RAMOS

Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú. OMS- CMP Flora Tristán - UPCH: Lima, 2002.

IDL Y OTROS

Violencia familiar en la región andina. Un análisis comparado de la legislación. Lima, 2004.

MORENO, T. C.

Patrones y pautas de crianza en la región andina. Convenio ASOCIACIÓN AFECTO - SAVE THE CHILDREN UK: Bogotá, 2000.

SAVE THE CHILDREN - SUECIA, NOTICIAS ALIADAS Y Pilar DUGHI

Diagnóstico sobre la situación de niñas, niños y adolescentes en 21 países de América Latina. Suecia-Lima: Save The Children, 2003.

SAVE THE CHILDREN

Niños con discapacidad y abuso sexual. Estudio Exploratorio en Perú y Paraguay. Lima: SAVE THE CHILDREN, 2004.

Buentrato: Estudio de opinión. Lima: SAVE THE CHILDREN.

El castigo físico y psicológico: una pauta que queremos cambiar. Lima: SAVE THE CHILDREN, 2002.

Poniendo fin al castigo físico contra la niñez. Lima: SAVE THE CHILDREN, 2004.

UNICEF - Pilar DUGHI Y Mariana MUZZI

Informe final: Módulos de Atención al Maltrato Infantil. MAMIS. Documento Interno. Lima, 2004.

URBANO, Enrique (comp.)

Poder y violencia en los Andes. Cuzco: Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas-Cusco, 1991.

WORLD VISION

Investigación exploratoria: dinámica del maltrato y del buentrato en las familias de las comunidades asociadas a World Vision en el Perú. Consultoría Yacuy Camuy, 2005.

Manuales y guías

ACCIÓN POR LOS NIÑOS

Cartilla de capacitación sobre abuso y explotación sexual infantil para los COMUDENAS. Documento de Trabajo, 2004.

Cartilla de capacitación sobre abuso y explotación sexual infantil para la Policía Nacional. Documento de Trabajo, 2004.

Manual de prevención del abuso y explotación sexual infantil con y desde las niñas, niños y adolescentes, 2004.

Alto a las contravenciones. Campaña nacional contra las contravenciones.

Cartilla temática «Abuso sexual y prostitución infantil», 2004.

Cartilla temática «El abuso y maltrato infantil», 2003.

Manual de Defensoría Municipal del Niño y Adolescente (DEMUNA).

Manual de Gestión de DEMUNA, 2004.

Manual de Gestión de COMUDENA, 2004.

¡No permitas que la violencia viva en tu casa! Serie: Manuales, 2000.

Manual de intervención sobre el abuso y la explotación sexual y para las defensorías municipales del niño y el adolescente (DEMUNA) y los comités municipales por los derechos del niño y adolescente (COMUDENA). Lima, 2003.

Prevención del abuso y explotación sexual infantil con y desde las niñas, niños y adolescentes. Manual para alcaldes y regidores del programa de municipios escolares. Lima, 2004.

ASOCIACIÓN AFECTO

Abuso sexual hacia los niños y las niñas: preguntas y respuestas. Maggie Escarpín. Bogotá, 2003.

BASE EDUCATIVA Y COMUNITARIA DE APOYO (BECA)

La explotación sexual infantil en Paraguay. Ana Moreno. Asunción: BECA, 2001.

ACDI. *Guía práctica para la intervención comunitaria en casos de violencia doméstica*.

Manual para la prevención del abuso sexual de niñas y niños.

430

BICE - BECA

Manual para la Intervención en casos de abuso sexual de niñas, niños y adolescentes. Angélica Roa y Margarita Rehnfeldt.

BICE

Violencia sexual infantil. Prevención e intervención en crisis. Manual de capacitación. Uruguay: BICE, 2000.

CALANDRIA

Con palo no vale. Manual de prevención del maltrato infantil para padres y madres. Lima: CALANDRIA.

CEDAPP

El buen trato en la escuela. Guía para el fortalecimiento de los recursos emocionales de estudiantes y docentes. Carpeta. Lima: CEDAPP, 1999.

Toño y Ana te dicen: cómo estar alerta frente a la violencia sexual. Cuadri folio. Lima, 2004.

CEDRO

Manual para la prevención e intervención del maltrato infantil en las escuelas. Adriana Merino y Patricia Bracamonte.

CESIP

Educamos para la vida. Guía para la prevención del abuso sexual infantil desde las escuelas.

Intervención terapéutica: manual de reflexiones y procedimientos para la atención de casos de maltrato y abuso sexual infantil y adolescente. M. E. Iglesias L., Lima, 2001.

Módulo de promoción de la prevención comunitaria del abuso sexual infantil. M. E. Iglesias L., Lima, 1998.

Abuso sexual de niños y niñas. Algunas recomendaciones para proteger a nuestros hijos e hijas. Lima, 2003.

Algunas ideas para que te protejas del abuso sexual, n.ºs 1 y 2. Lima, 2003.

Historias que se deben contar, n.ºs I y II. M. E. Iglesias L. Lima, 1997.

Compasión internacional Perú: manual de prevención al maltrato infantil (recopilación). Lima, 2003.

FNUAP

Hablemos de lo que no se habla. La cartilla. Bogotá, 2002.

MANITAS UNIDAS

Maltrato y abuso sexual infantil. Huancayo, Perú.

MANUELA RAMOS Y SAVE THE CHILDREN

Previniendo el abuso sexual. Guía para docentes de educación primaria.

Mi cuerpo es mi territorio. Pautas de Prevención del abuso sexual hacia los niños y las niñas. Susana Galdós Silva.

431

MIMDES

Conociendo el servicio de las defensorías.

Conociendo sobre promoción de los derechos.

MINED

Guía de formación de defensorías escolares.

RÄDDA BARNEN/ACCIÓN POR LOS NIÑOS

No permitas que la violencia viva en tu casa.

RED LOCAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA COTIDIANA EN ATE

Por una vida sin violencia. Lima.

SAVE THE CHILDREN - REINO UNIDO

Descubriendo la crianza positiva (2 módulos). Leonor Isaza Merchán, Bogotá, 2003.

Manual básico para el diagnóstico y tratamiento del maltrato infantil. Isabel Cuadros Ferré. Bogotá, 2002.

Manual de desarrollo de conductas de autoprotección (3 módulos). Maggie Escartín, Bogotá, 2003.

Tratamiento psicoterapéutico del maltrato infantil. Isabel Cuadros Ferré. Bogotá, 2002.

Podemos solucionarlo. Confianza en la crianza de los hijos. Bogotá, 2003.

UNICEF - PROMUDEH

Ayudando a nuestros niños. Una guía para el apoyo de madres y padres de niñas(os) que han sido abusadas sexualmente.

El maltrato infantil.

UNICEF

Guía de formación de defensorías comunitarias.

ANEXOS

ANEXO I: ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN EN MALTRATO INFANTIL

El procedimiento de la atención y rehabilitación tiene los siguientes objetivos:

- Cese de la situación de violencia
- Proteger a la víctima
- Evitar la progresión del daño a través de la intervención terapéutica
- Modificar y transformar los mecanismos violentos de interacción familiar
- Sancionar los comportamientos violentos de los agresores
- Apoyar la rehabilitación de los agresores

El procedimiento de atención y rehabilitación se desarrolla a través de las siguientes etapas:

- Confirmación de la situación del maltrato a través de la evaluación y recopilación de información
- Diseño de una estrategia de intervención
- Seguimiento de la estrategia
- Cierre o alta una vez terminado el proceso de rehabilitación

433

Descripción del procedimiento:

a) Determinación de si el niño está en una situación de emergencia a través de los siguientes criterios:

- Ingestión de una sustancia tóxica
- Convulsión cerebral por caída o golpe o por causas no determinadas
- Deambulación en la calle
- Indicadores de agresión sexual
- Indicadores de depresión
- Indicadores de lesiones físicas graves tales como quemaduras por fuego o corriente eléctrica.
- Niños menores de dos años con neumonías o enfermedades gastrointestinales recurrentes.
- Niños que llegan por un motivo de atención diferente y comunican al personal de salud, de una u otra forma, que están siendo víctimas de maltrato.
- Antecedentes de maltrato y/o violencia familiar con alto riesgo de amenaza para la integridad física o psíquica del niño.

Si se determina que se está ante una situación de emergencia, se notifica a la fiscalía mientras se procede a la evaluación del niño.

b) Evaluación. En todos los casos (sean o no de emergencia), el niño es evaluado por el equipo interdisciplinario (médico, psicóloga y trabajadora social), el que realiza el diagnóstico del maltrato, el tipo de maltrato y el plan de trabajo a seguir. Para la elaboración del plan de trabajo, se entrevistan a referentes familiares del niño. En el caso de niños cuyos padres viven fuera de la ciudad, se entrevista a los adultos a cargo, y en el caso de niños trabajadores (que hacen servicio doméstico) a los empleadores. El plan de trabajo incluye evaluaciones complementarias en casos de abuso sexual a través del programa de consejería para VIH/SIDA y el descarte de enfermedades de transmisión sexual (ETS); o gastroenterología o neumología en casos de intento de suicidio por ingesta o aspiración de tóxicos, entre otros.

c) Elaboración del expediente. Incluye los tres informes: el informe médico, el psicológico y el de trabajo social. Según el tipo de maltrato (leve, moderado o severo), el expediente es transferido a Asesoría Jurídica, quien notifica a la Fiscalía.¹⁰³ En casos de emergencia, se adjuntan además informes especializados (neurología, traumatología u otros).

d) Inicio del tratamiento psicoterapéutico. De manera paralela, se inicia el tratamiento directamente a través de las psicólogas que integran el MAMIS o a través del departamento de psicología y/o psiquiatría del hospital. En el caso del Hospital Cayetano Heredia y el Hipólito Unanue, lo hacen las mismas psicólogas que integran el MAMIS. En otros hospitales, como el María Auxiliadora, se hace a través de la derivación del niño al departamento de psicología y/o psiquiatría del hospital.

e) Algunas características de la intervención terapéutica. En todos los casos, la terapia es individual y familiar. En el Hospital Cayetano Heredia, se incluyen técnicas complementarias, tales como el psicoballet y los talleres de expresión corporal para niños y adultos. En el caso del Hospital Hipólito Unanue, se han trabajado grupos de ayuda mutua en torno a problemáticas específicas tales como los grupos de madres adolescentes víctimas de abuso sexual y que han tenido un hijo a consecuencia de una violación.

f) La duración de la terapia es variable. Entre seis meses y un año o más, dependiendo del tipo e intensidad del maltrato, así como de las condiciones reparativas del medio familiar que permiten determinar el cese del maltrato y pronosticar el riesgo de su recurrencia.

¹⁰³ El tiempo de elaboración del expediente es variable según el hospital: en el Hipólito Unanue, la evaluación psicológica incluye cinco entrevistas que se desarrollan durante tres días. En promedio, la elaboración del expediente, en casos que no son de emergencia, se realiza en cinco días o más. En casos de emergencia, la elaboración del expediente es en entre uno y dos días.

g) Medidas de protección y seguridad. Además de la notificación a las autoridades competentes cuando está en riesgo la integridad física o psíquica del niño, se realizan otras medidas complementarias, como la de mantener la identidad del niño o adolescente atendido en reserva, mantener la privacidad de los procedimientos de atención; la no consignación de datos confidenciales en la historia clínica cuando se trata de casos de abuso sexual, y la escucha y aceptación de la opinión del niño con respecto a las visitas que desea o no recibir, etc.

h) Seguimiento. En algunos MAMIS, los casos que son dados de alta continúan en seguimiento durante un tiempo variable (entre dos y tres meses) a través de consultas espaciadas o visitas domiciliarias. No todos los MAMIS incluyen un sistema de seguimiento luego del alta.

i) Instrumentos utilizados en los procedimientos. En el MAMIS del Hospital Hipólito Unanue se han utilizado los siguientes:

- Ficha de evaluación: que registra datos básicos y los procedimientos de atención que se llevarán a cabo según el caso.
- Libro de registro: en el que se consignan datos por fecha, N.º de historia clínica, N.º de foliado, datos de filiación del atendido, datos de filiación del acompañante, diagnóstico presuntivo, así como servicios en los que se ha recibido atención (emergencia, hospitalización), notificación a fiscalía y observaciones.
- Libro de registro de padres: filiación de padres/acompañantes/tutores, así como el diagnóstico presuntivo de la víctima del maltrato.
- Interconsultas: documento que permite consignar diagnóstico presuntivo y derivación desde cualquier servicio del hospital hacia el MAMIS y que son registrados en la historia clínica del atendido.
- Informes: se elaboran a solicitud de la fiscalía, consignándose en la historia clínica del hospital el número de expediente en el que se ha incluido el informe remitido por el hospital.

ANEXO 2: LEGISLACIÓN EN EL PERÚ

MARCO NORMATIVO GENERAL	CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ	
	Código Civil (1984)	Código Penal: Decreto Legislativo 635
	Código Procesal Civil: Decreto Legislativo 768, promulgado el 29 de Febrero de 1992, publicado el 4/03/92 y vigente desde el 1/01/93	Código de Procedimientos Penales
	Ley 27048: «Ley que modifica varios artículos del Código Civil referidos a la Declaración de Paternidad y Maternidad» (publicada el 6/01/99).	Ley 26770, publicada el 15/04/97, que deroga la excepción a la penalidad en caso de delito contra la libertad sexual, si el violador contraía nupcias con la adolescente mayor de 16 años.
		Decreto Legislativo 896, publicado el 24/05/98, modifica el artículo 173° de Código Penal, estableciendo penas de prisión que van de 20 años a cadena perpetua, para los delitos contra la libertad sexual de menores de edad (violación de niños/ niñas y adolescentes hasta los 14 años de edad).
		Ley 27115: «Ley que establece la acción penal pública en los delitos contra la libertad sexual», publicada el 17 de Mayo de 1999.
Convención Sobre los Derechos del Niño (Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989 y ratificada por el Estado peruano, mediante Resolución Legislativa 25278, del 3 de agosto de 1990).		

MARCO NORMATIVO ESPECÍFICO	Código de los Niños y Adolescentes	Decreto Ley 26102 Código de los Niños y Adolescentes, promulgado el 24/12/92, publicado el 29/12/92, vigente desde el 28/06/93.	Decreto Legislativo 899: Ley Contra el Pandillaje Pernicioso, publicado el 28 de Mayo de 1998 (incorpora el artículo 148°-A y modifica el Código de los Niños y Adolescentes, arts. 213, 215, 226, 249 y 250).		Ley 27055: Ley que modifica diversos artículos del Código de los Niños y Adolescentes y del Código de Procedimientos Penales, referidos a los derechos de las víctimas de violencia sexual (publicada el 24/01/99).		Decreto Supremo 004-99-JUS: Texto Único Ordenado del Código de los Niños y Adolescentes (Publicado el 8/04/99).
	Defensorías de Niños y Adolescentes	Resolución Vice-Ministerial 033-97-PROMUDEH: Reglamento Nacional del Servicio de Defensoría de la Oficina de Defensoría de la Gerencia de Promoción de la Niñez y la Adolescencia.	Resolución Vice-Ministerial 004-98-PROMUDEH: Aprueba la Directiva N° 001-98-PROMUDEH-GPNA-OD sobre Normas para el Registro de las Defensorías del Niño y el Adolescente.	Resolución Vice-Ministerial 005-98-PROMUDEH: Modifica el inciso (c) del artículo 6 del Reglamento del Servicio de Defensoría del Niño y el Adolescente.	Ley 27007: Ley que faculta a las Defensorías del Niño y del Adolescente a Realizar Conciliaciones Extrajudiciales con Título de Ejecución del 21/11/98.	Decreto Supremo 008-99-JUS: Modifican disposición complementaria, transitoria y final del Reglamento de la Ley de Conciliación (Publicado el 25/04/99).	Decreto Supremo 006-99-PROMUDEH: Aprueban Reglamento de la Ley que faculta a las Defensorías del Niño y del Adolescente a realizar Conciliaciones Extrajudiciales con Título de Ejecución - Ley 27007 (publicado el 20/05/99).

MARCO NORMATIVO ESPECÍFICO	Ley de protección frente a la violencia intrafamiliar	Ley 26260: Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar del 11/03/97.	Ley 26763: Ley que modifica la Ley 26260 de Protección Frente a la Violencia Familiar, del 25/03/97.	Decreto Supremo 006-97-JUS del 25 de Junio de 1997: Texto Único Ordenado de la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar.	Decreto Supremo 006-97-JUS del 25 de Junio de 1997: Texto Único Ordenado de la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar.	Ley 27016: Ley que modifica el artículo 29° del Texto Único Ordenado de la Ley 26260, Ley de protección frente a la violencia familiar (publicada el 20/12/98).
	Conciliación	Ley 26872: Ley de Conciliación (publicada el 13/11/97).	Decreto Supremo 001-98-JUS: «Aprueban el Reglamento de la Ley de Conciliación» (publicado el 14/01/98).			
	Otras leyes y normas aplicables	Ley 26518 Ley del Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y el Adolescente y sus modificatorias: Leyes 26596 y 26621.	Decreto Legislativo 866: Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano, del 25/10/96.	Ley 26875: «Modifican el artículo 67° de la Ley Orgánica de Municipalidades - Ley 23853» (12/11/97), referida a las funciones de las Municipalidades en materia de defensa y promoción de los derechos del niño y del adolescente.	Ley 26981: «Ley de Procedimiento Administrativo de Adopción de Menores de Edad Declarados Judicialmente en Abandono». (Del 01/10/98).	Decreto Supremo 015-98-PCM: «Aprueban el Reglamento de Inscripciones del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil».