

PARTICIPACIÓN DEL SECTOR SALUD EN EL COMBATE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO: ANTECEDENTES Y RETOS PARA MÉXICO

Blanca Rico Galindo
Directora del Programa *Mujer y Salud*,
SSA, México

I. Introducción

Las organizaciones de mujeres, que han logrado algunos de los cambios más trascendentes en las estructuras sociales del mundo occidental en las últimas décadas, han llegado a la conclusión de que no es mucho más lo que se puede avanzar en cuanto a empoderar a las mujeres y conseguir mejores condiciones de vida y el ejercicio de sus derechos, si no se atienden dos problemas a los que constantemente se enfrenta su trabajo, no importa a qué nivel lo realicen: lo mismo en comunidades de base, con mujeres de escasos recursos, en áreas rurales o urbanas, en el nivel doméstico, institucional o legislativo. Estos dos problemas están íntimamente relacionados entre sí: uno es la violencia de género y el otro la participación responsable y solidaria de los varones en la vida familiar, en el trabajo doméstico y en los asuntos reproductivos y de crianza de los y las menores.

La violencia en general se ha convertido en uno de los problemas sociales de mayor impacto en el desarrollo de las sociedades modernas, y está ligada a una de las formas más insidiosas y frecuentes de violencia: la violencia de género. La violencia de género tiene distintas expresiones, entre las cuales la violencia doméstica, la violación, y el abuso sexual a niñas y niños, son las de mayor incidencia. Múltiples estudios han demostrado cómo la violencia doméstica se reproduce en las familias de generación en generación, y cómo los delincuentes son generalmente personas que han vivido en el seno de familias violentas.

La violencia doméstica, es decir, aquella que ocurre en los hogares, se reproduce y cobija bajo la doble moral: es reprobada socialmente, pero al mismo tiempo es justificada en los hechos por muchas personas y comunidades. Esta violencia generalmente se ejerce dentro de las cuatro o más paredes que conforman la vivienda, en el ámbito privado y tratando de ocultarla. Por eso el tema se ha abordado como “el costo del silencio” y muchos de los mensajes de las campañas señalan la importancia de que se hable y se denuncie el problema.

Pero la violencia de género ocurre también en otros lugares:

1. En el lugar de trabajo, a través del rechazo a las mujeres por su condición de género; de pagarles un peor salario en iguales condiciones que sus colegas varones, o a través del acoso sexual.
2. En los medios de comunicación, donde las mujeres son presentadas con frecuencia como carentes de inteligencia, banales, dependientes, interesadas, tanto en anuncios comerciales como en mucha de la programación.
3. En las instituciones oficiales y de servicios, como el ejército o los servicios de salud donde se ha documentado ampliamente el maltrato que sufren durante la atención del parto, o el innecesariamente elevado número de cesáreas que se practican, la esterilización forzada, la

violencia racial (que aunque también es practicada contra los hombres es más frecuente y más grave contra las mujeres).¹

La violencia contra las mujeres tiene sus raíces en las condiciones sociales. El poder de los hombres sobre las mujeres, y las condiciones de desventaja tanto sociales como económicas de éstas, aunadas a otros factores como el alcoholismo, la inadecuada legislación, la escasez de instalaciones públicas de atención, son algunos de los problemas que subyacen a la elevada frecuencia de este fenómeno. Esta elevada frecuencia y lo poco que se ha hecho durante décadas para combatirla, hablan elocuentemente de que hasta muy recientemente fue considerada como "natural".

El poder que la sociedad le ha asignado al varón sobre la mujer ha permitido la existencia de un doble estándar que sanciona la violencia dependiendo de si la agresión se lleva a cabo dentro o fuera del hogar. Esto ha colocado a las mujeres en una situación de máxima vulnerabilidad. La violencia dentro del hogar es considerada un asunto privado, en el cual la sociedad sólo debe intervenir en situaciones extremas. Esta idea la han "comprado" la mayoría de las y los prestadores de servicios de salud, que presentan una gran resistencia a involucrarse. Por fortuna, esta "disculpa" ya no funciona, pues está ampliamente aceptado tanto por la academia como en muchas instituciones nacionales e internacionales, y por una parte importante de la sociedad civil, e incluso cada vez por más instrumentos legales, que la opresión de las mujeres es atribuible a factores culturales y no biológicos; a estructuras sociales y no a diferencias fisiológicas entre hombres y mujeres; y a concepciones dicotomizadas de masculinidad y femineidad construidas socialmente.¹ En suma, ya no se puede defender que la violencia de género sea "natural", y ya no pueden evadir su responsabilidad los distintos sectores que tienen un papel que jugar en su combate.

Las formas más avanzadas para defender a las mujeres violentadas y, en general para defender los derechos de las mujeres, están utilizando el marco de los derechos humanos cada vez con más éxito. Los derechos humanos proveen a individuos y grupos de un lenguaje y un discurso que les permite reclamar o abogar por ciertos derechos; además, proporcionan medios por los cuales es posible exigir su cumplimiento a través de una variedad de foros distintos: el ombudsman, las comisiones de derechos humanos estatales, nacionales, internacionales, y los distintos tribunales; por último, los derechos humanos pueden ser usados como una herramienta para exigirle cuentas a las instituciones gubernamentales tanto política como social y legalmente cuando utilizan o aplican leyes, políticas o prácticas que no cumplen con los principios de estos derechos.²

Por ser la violencia doméstica una de las formas más frecuentes de violencia de género, en adelante se hablará de violencia doméstica, aunque muchos de los señalamientos valgan para cualquier tipo de violencia de género.

Existen distintas formas de clasificar la violencia doméstica. Sus expresiones más frecuentes son el abandono, la violencia física, la violencia emocional o psicológica y la violencia sexual.³ La violencia doméstica y el derecho a una vida libre de violencia y discriminación han sido reconocidos como problema prioritario hasta muy recientemente.⁴ De hecho, el proceso para su pleno reconocimiento inició apenas a mediados de los 80s.¹ Puesto que estos derechos son tan recientes, y todavía existe la aceptación de este fenómeno como parte "inherente" al ser humano en muchos núcleos sociales, la violencia doméstica ha sido poco estudiada y por ello la información es escasa.

La región de América Latina y el Caribe ha sido reconocida por el Banco Mundial como una de las más violentas del mundo. En 1990 tuvo una tasa de 22,9 homicidios por 100,000 habitantes; más del doble del promedio mundial, que fue de 10,7. Para 1994 esta tasa subió a 28,4, lo que significó un aumento de más de 44% en 10 años. México en ese informe, reporta una tasa de 17,8 homicidios por 100,000 habitantes, es decir, muy por arriba de la media mundial.⁵

En México contamos cada vez con mayor información aunque esta es todavía escasa, proviene de fuentes que utilizan metodología distinta para recabarla, y por lo tanto no permite hacer

comparaciones o una evaluación en el tiempo respecto a la magnitud del problema. Sin embargo, toda la información disponible da cuenta de que se trata de un problema de grandes dimensiones y de gran impacto social y económico.

Por ejemplo, en el DIF (institución gubernamental para el desarrollo de la familia), en ocho años (1989 – 1997) se registró un incremento de denuncias de violencia familiar de más del doble, de 6,289 a 14,819. La institución reporta que en 1995 recibió 13,000 denuncias tan solo de maltrato infantil, de las cuales 11,000 fueron comprobadas.

Según una encuesta realizada por COVAC (Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres, A.C.) en nueve ciudades del país, los miembros de la familia que con mayor frecuencia son maltratados física y emocionalmente son los niños y niñas en 82%, y la madre en 26%.⁶

En contraste, las estadísticas del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), señalan que entre 88 y 90% de las víctimas de violencia doméstica en el DF son mujeres.⁷

Entre 30 y 60% de las mujeres sufren algún tipo de abuso por parte de sus parejas, según diversos estudio realizados en distintas localidades del país, como puede observarse en la tabla 1.

Tabla 1. Violencia en mujeres perpetrada por la pareja

Localidad	Porcentaje de mujeres agredidas*	Referencia
Jalisco	44	Ramírez y Uribe ⁸
Jalisco (Guadalajara)	30	Rodríguez y Becerra ⁹
Jalisco (Guadalajara)	43	Ramírez y Vargas ¹⁰
Cd. Nezahualcóyotl	33	Valdez y Shrader ¹¹
Distrito Federal	50	Moreno ¹²
Distrito Federal	38.4	Natera, Tiburcio y Villatoro ¹³
Monterrey	46	Granados y Madrigal ¹³
México (nacional)	45 (abuso) 18 (psic. y sexual) 16 (física y psic.)	Buvinic y cols. ¹⁴

*Nota: los estudios no son comparables, pero en todos ellos se trata de mujeres agredidas por su pareja física o psicológicamente durante su convivencia.

Las implicaciones que tiene la violencia doméstica sobre la salud física y mental de las mujeres son considerables, tanto en el corto como en el mediano plazo, e incluyen lesiones físicas directas, inflamación pélvica, embarazos no deseados y abortos, ITS y VIH/SIDA, además de diversos traumas psicológicos, depresión, ansiedad y disfunción sexual, entre otras.¹⁵ De acuerdo con Peter Piot, director de ONUSIDA, la violencia y discriminación de género en los sistemas de atención a la salud, están acelerando la expansión de la epidemia de SIDA en el mundo, y están poniendo a las jóvenes en el más alto riesgo de contraer la enfermedad.¹⁶ La violencia durante el embarazo, que se sabe que en México tiene una alta prevalencia, aunque es un problema todavía poco documentado, tiene serias repercusiones sobre la salud de la mujer embarazada y sobre el producto, entre las que se encuentran el aborto espontáneo, aumento de infecciones, anemia, parto prematuro, bajo peso del producto, anemia fetal, y un riesgo 40 veces mayor de morir en el primer año de vida.^{3; 17}

Por tratarse de un problema en el que están implicadas la salud, la ley, el aparato de justicia, la sociedad, e instituciones de diversa índole, públicas y privadas, la respuesta debe darse de manera concertada, multisectorial y multidisciplinaria.

En México la sociedad civil organizada, particularmente las organizaciones de mujeres y, dentro de éstas las especializadas en el tema, han realizado un esfuerzo muy importante, que va desde la provisión de servicios, hasta una labor de abogacía en las distintas instancias legislativas.

Dentro del gobierno también se han iniciado esfuerzos al interior de distintas dependencias, y además la Comisión Nacional de la Mujer –ahora Instituto Nacional de las Mujeres, INM--- lanzó en 1999 una iniciativa para coordinar un programa con esta visión multisectorial y multidisciplinaria: el Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar, PRONAVI.

Llama la atención, sin embargo, que teniendo la violencia generalmente una consecuencia física, y requiriendo la víctima de atención dentro del sistema de salud, no se haya dado todavía dentro del sector salud una respuesta más comprometida, involucrándose de manera más activa en el combate contra este mal. También llama la atención que no haya existido un reclamo más contundente por parte de la sociedad civil para que este sector participe. Por ello, el enfoque de este simposio me parece adecuado, pertinente, y sobre todo muy oportuno.

II. La respuesta del sector salud

Por muchos años los esfuerzos para enfrentar la violencia doméstica se han dirigido a involucrar al sector legal y jurídico, como lo demuestra la literatura revisada, en la mayoría de la cual, el sector salud brilla por su ausencia.

El sector salud ha mostrado tradicionalmente una enorme resistencia a atender el problema de la violencia doméstica limitándose, en el mejor de los casos, a tratar el daño físico en los servicios de urgencia de los centros hospitalarios, argumentando que se trata de un asunto privado o de delitos que escapan a su responsabilidad.

Aunque designado como responsable principal, el sistema jurídico-legal y de impartición de justicia tampoco ha mostrado gran compromiso y eficiencia para resolver el asunto. Entre las razones que explican esta ineficiencia está que, por ejemplo, la maquinaria policiaca le otorga menor importancia a este tipo de violencia, que a la que ocurre entre desconocidos. El sistema jurídico-legal ha sido extremadamente laxo para castigar a los agresores. Más aún, la sociedad con frecuencia culpa a la víctima de “merecer” o “buscar” el castigo, o simplemente es considerado un asunto de la vida privada de la pareja. La violencia contra las mujeres, como ya se ha dicho, fue considerada “natural”, al grado que estuvo justificada e incluida en la legislación que dio origen a nuestros códigos actuales¹, y hasta 1997, hace apenas cuatro años, todavía no era causal de divorcio en nuestro país.¹⁸

Como ya se mencionó, los derechos humanos han proporcionado en los países más desarrollados un marco importante y muy útil por dónde avanzar en la defensa de las mujeres víctimas de violencia. Este campo ha sido todavía poco explotado en los países latinoamericanos a pesar de que, por ejemplo, el gobierno de México ha firmado la mayoría de los acuerdos que se han desarrollado a nivel internacional, lo cual deja mucho terreno por avanzar. Estos acuerdos son: 1) La Convención de la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (Recomendación General No. 24: Mujer y Salud); 2) la Convención sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comentario General No. 14: sobre el derecho al más alto estándar de salud); 3) el Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (Comentario General No. 28: sobre igualdad de derechos entre hombres y mujeres) y 4) la Convención Internacional para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (Recomendación General No. 25: sobre las dimensiones de la discriminación racial relacionadas con el género).²

El reconocimiento de la violencia doméstica como problema prioritario, en el que el sector salud tiene una responsabilidad y un papel fundamental que jugar, ha sido fundamental para iniciar la

respuesta de este sector. Sin embargo, en muchos sentidos sigue todavía a nivel de declaración, y es mucho lo que queda por hacer para que se convierta en una realidad a nivel de políticas públicas con un significativo apoyo político y presupuestal.

Es evidente que las instituciones de salud son un punto clave para la detección y prevención de la violencia doméstica, ya que son las únicas instituciones públicas que tienen contacto prácticamente con todas las mujeres en uno u otro momento de sus vidas. El personal de salud suele ser quien entra primero en contacto con las víctimas, por lo que tiene una oportunidad única para intervenir y no debe eludir esta responsabilidad. El silencio o el desinterés aparente, proyectan una aceptación tácita de esa violencia. Las y los profesionales de salud tienen la oportunidad de atender a víctimas de abuso en diferentes etapas de la relación, a diferencia de otros profesionales como los que laboran en las instituciones de justicia.¹⁹

Como se mencionó, en México se ha avanzado a distintos niveles. En lo que se refiere al sector salud, y a los esfuerzos multisectoriales y multidisciplinarios para combatir la violencia doméstica, quisiera describir dos de los ejemplos que a mi juicio son más relevantes:

1. La Norma Oficial Mexicana –190-SSA “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR”, publicada en el 2000.
2. La creación del PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, PRONAVI, en 1999.

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, que se refiere a la prestación de servicios de salud, y que establece los criterios para la atención médica de la violencia familiar, fue elaborada a partir de 1999 y publicada el 8 de marzo del 2000. La finalidad de este instrumento es servir para que en toda forma de atención que presten los médicos del sector salud se tenga el cuidado de identificar rasgos, indicios o situaciones ostensibles de violencia, presumiblemente derivada de las relaciones familiares y se ponga esta situación en conocimiento de la autoridad persecutora de los delitos.

En el proceso de elaboración de la Norma Oficial, la Secretaría de Salud coordinó la participación de expertos de diversos sectores, además de instancias legislativas, de procuración de justicia, de derechos humanos, académicas y organismos internacionales. En la consulta también participaron organizaciones no gubernamentales, reconocidas por su representatividad dentro de los campos de la investigación y el sector académico, y en trabajo de sensibilización, capacitación de prestadores de servicios, población, familia, mujer y violencia familiar.

El Consejo Nacional de Salud dio inicio, el 13 de abril del 2000, a las actividades de difusión amplia de la Norma Oficial, a través de la distribución de una carpeta con material informativo de utilidad para apoyar la sensibilización de las altas autoridades de los gobiernos de los estados y del sector salud de las entidades federativas.

Se contempla que a nivel local, cada Secretario Estatal de Salud coordine la divulgación destinada a la sociedad, apoyada en la prensa, la radio y la televisión.

En algunos Estados se aplican o refuerzan programas permanentes interinstitucionales e intersectoriales que aseguran una mayor y mejor información a la población en general y atención médica a grupos específicos de riesgo.

En este nuevo gobierno existe el compromiso de vigilar la aplicación de la norma, y diseñar los mecanismos necesarios para capacitar al personal de salud del sector, en los diferentes niveles, para que la norma sea aplicada. Asimismo, es importante evaluar permanentemente su cumplimiento y el impacto de su aplicación.

El otro programa, éste de carácter intersectorial, que se encuentra funcionando actualmente en México, y al que el INM tiene contemplado reforzar y dar continuidad, es el Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar, PRONAVI, que fue presentado el 3 de marzo de 1999, con el

propósito de abatir el fenómeno de la violencia en el seno de la familia, previniéndolo y sancionándolo mediante respuestas integrales, y por otro lado con la intención de instaurar valores de respeto a la dignidad de las personas y de convivencia pacífica.

Las instituciones responsables del PRONAVI estuvieron representadas por las instancias gubernamentales que atienden a víctimas de la violencia familiar: la Secretaría de Gobernación, la Procuraduría General de la República, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la Secretaría de Relaciones Exteriores, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, el Consejo Nacional de Población, el Instituto Nacional de la Senectud y la entonces Comisión Nacional de la Mujer.

Algunos ejemplos de las acciones realizadas por el PRONAVI son: 1) la creación de un modelo para la detección de la violencia intrafamiliar entre los menores infractores. En esta iniciativa participa la Secretaría de Gobernación, a través de la Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores de la Subsecretaría de Seguridad Pública. 2) a solicitud del entonces Consejo Consultivo del PRONAVI, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática levantó en el segundo semestre de 1999 la *Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF)*, cuyo objeto fue detectar dentro de los hogares la presencia de diferentes manifestaciones de violencia. En mayo de 2000 se publicó el documento *Violencia Intrafamiliar: Documento Metodológico y Resultado*, producto de dicha encuesta. Los resultados de esta encuesta, mostraron que de los 4.3 millones de hogares del área metropolitana del Distrito Federal, uno de cada tres, que involucran a 5.8 millones de habitantes, sufren algún tipo de violencia intrafamiliar, lo cual coincide con las cifras obtenidas en otras investigaciones, como se muestra en la tabla 1.

Existen en toda acción que se relaciona con daños a la salud dos posibles abordajes: el preventivo y el curativo o de atención a pacientes y víctimas. A pesar de estar ampliamente demostradas las bondades de la prevención sobre la curación, las políticas públicas de salud han favorecido, salvo honrosas e importantes excepciones ---como las amplias campañas de vacunación--- a los programas de atención sobre los preventivos. Esto responde a diversas y poderosas razones: a la urgencia de atender a las personas afectadas, y a que quienes presionan al sistema son los enfermos y no los individuos sanos. El estado debe responder a quienes ya padecen una dolencia, lo cual en muchos casos ha rebasado su capacidad de respuesta. Por otro lado, los resultados de las acciones preventivas se ven ---si es que llegan a evaluarse--- a largo plazo, cuando quienes las aplicaron ya no están en el gobierno y no van a recibir ninguna medalla al mérito por ello.

La prevención en el caso de la violencia doméstica es un asunto fundamental, pues está ampliamente demostrado que las niñas y niños que sufren violencia, o que simplemente son testigos de la violencia contra su madre, tienen una alta probabilidad de convertirse en adultos violentos. Esa violencia, además de reflejarse en el futuro dentro de los hogares, también se puede reflejar en un aumento de la delincuencia o criminalidad adultas, contribuyendo así a la violencia social.^{1,20}

La carga de enfermedad y económica que la violencia de género representa para los sistemas de salud, según Lori Heise en un documento publicado por el Banco Mundial, es comparable a la carga que representan otros factores de riesgo y enfermedades como el VIH, la tuberculosis, la sepsis puerperal, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.²¹

En países industrializados se estima que 19% del total de años de vida saludable (AVISA) perdidos en mujeres en edad reproductiva se debe a violaciones y violencia doméstica. En la ciudad de México, según un estudio de Rafael Lozano, la violencia doméstica es la tercera fuente de pérdida de años saludables en mujeres, después de la diabetes y los problemas relacionados con el parto.²²

En el reporte del Banco Mundial mencionado anteriormente, se señala que en Estados Unidos los gastos médicos anuales eran 3 veces mayores para las mujeres violadas o golpeadas que para las que no lo habían sido. Según el Banco Interamericano de Desarrollo, la economía canadiense pierde \$1,600 millones de dólares al año debido a la violencia contra las mujeres.²¹

Según un estudio sobre costos económicos de la violencia doméstica en cinco países de América Latina, expresado en porcentaje del producto interno bruto (PIB) de 1997, ese año México perdió 12,3% de su PIB por esta causa.²³

Por ello, ante un problema de la magnitud del que nos ocupa, es necesario plantear políticas públicas orientadas a la prevención. Esto representa un reto en términos de la reforma del sector salud que se puso en marcha en los países de la región, incluido México.

La Reforma del Sector Salud, se puso en marcha después de una historia de 40 años de predominio de un sistema cuyo responsable era exclusivamente el sector público, y que se convirtió en un sistema altamente ineficiente, inequitativo, con recursos insuficientes y desabasto, con deficiencias técnicas, con falta de normas técnico-administrativas, baja productividad, distribución inadecuada de los recursos humanos y crecimiento desarticulado, saturado en los servicios de atención hospitalaria, con infraestructura deficiente, problemas de equipo y mantenimiento, demanda insatisfecha, deficiente calidad de los servicios, exceso de médicos en áreas urbanas y una inadecuada preparación profesional. Todos estos defectos, sin duda clamaban por una reforma integral del sistema. Las modificaciones que ha planteado la reforma en la región, con algunas variantes nacionales, han mostrado las siguientes tendencias: fortalecimiento de las fuentes privadas de financiamiento y descentralización de los servicios.²⁴ Concretamente se han puesto en marcha programas para ampliar la cobertura; mejorar la eficiencia en el gasto; desarrollar innovaciones financieras; reorganizar los servicios; aumentar la capacidad de respuesta; y mejorar la calidad de la atención. Estas modificaciones buscan terminar con la separación entre el sector de la seguridad social, el sector público y el privado, separación que ha llevado al acceso segmentado de los diferentes grupos sociales a los servicios y que ha provocado un gran traslape entre las poblaciones cubiertas por uno y otro sector. Ciertas formulaciones de política sanitaria que parecieran neutras en materia de género, con frecuencia ocultan importantes sesgos, como la desvalorización del trabajo de las mujeres, y el no reconocer la contribución económica que representa su trabajo no remunerado dentro del hogar, que no figura en las cuentas nacionales, pero contribuye de manera importante en el cuidado de la salud familiar.¹⁵

Los ejes principales en los que se ha avanzado en México son la descentralización de los servicios, la ampliación de la cobertura, la reforma de la seguridad social y la participación del sector privado en los procesos de reforma. Sin embargo, existen muchas posiciones críticas ante los resultados que la reforma está tendiendo para la salud de las mujeres. Entre éstas sobresalen los siguientes cuestionamientos: 1) que al introducir los principios de la economía de mercado a un sector social fundamental, en la práctica se hace incompatible la visión de justicia social y de derechos humanos que se pactó en El Cairo; 2) que la transferencia de responsabilidades de la descentralización no se ha acompañado de una distribución de recursos suficientes, lo que ha puesto en desventaja a las poblaciones de la provincia que cuentan con menores recursos, y existe un problema serio en la identificación de las circunstancias en las que los sistemas descentralizados contribuyen a mejorar el acceso o a marginar más aún a los grupos vulnerables. La descentralización está suponiendo en muchos casos un simple traspaso de poder de las elites nacionales a las locales, donde no participan las mujeres, y donde éstas están teniendo que cubrir el costo de la transferencia a base de más trabajo doméstico y comunitario; 3) que el establecimiento de cuotas o pagos por los servicios, les han asignado un costo que trasciende las posibilidades de muchas mujeres, lo que las obliga a retrasar la búsqueda de ayuda para sus problemas de salud.¹⁵ Las mujeres tienen mayores necesidades de servicios de salud por su papel reproductivo, lo que implica un mayor gasto en salud; sus primas de aseguramiento son más altas; el gasto de bolsillo es mayor, y debido a su mayor longevidad son más excluidas de los seguros privados; 4) que los “paquetes” de servicios para ampliar la cobertura no siempre responden a las necesidades y derechos de salud de las mujeres, pues consideran problemas relacionados con la reproducción y no con otras etapas de la vida, o con el problema de la violencia doméstica, ni la manera en que están involucrados los varones; 5) que la reestructuración de la gestión de recursos, que incluye reducción de personal, modificación de sistemas de remuneración, escalafón y evaluación, tiene implicaciones para la equidad de género, dado que las mujeres son mayoría en

ciertas ocupaciones específicas dentro del sistema de salud, y en la jerarquía tienen menor poder.²⁴

Es imprescindible por ello, analizar la Reforma del Sector Salud con una visión de género y, en particular para el caso que nos ocupa, plantear las implicaciones que esta tiene para la atención de problemas como la violencia doméstica.

Vale la pena mencionar otros esfuerzos realizados en la Secretaría de Salud. El *Sistema de Información en Salud para Población Abierta* (SISPA) fue creado para mejorar la información estadística. El personal de salud y las mujeres que han sido capacitadas sobre prevención de la violencia familiar y que han recibido orientación sobre los servicios existentes para su atención, son registradas con periodicidad mensual en este sistema (Datos de resultados pendientes)

Adicionalmente, la Secretaría de Salud lleva a cabo la creación de modelos de prevención y solución de las consecuencias psicológicas y físicas en la salud de las mujeres maltratadas y realiza el seguimiento de la normatividad en materia de atención médica de la violencia familiar en las instituciones de salud públicas, sociales y privadas del país. Igualmente, los trabajadores de salud en todo el país brindan orientación y capacitación sobre prevención de la violencia familiar, aprovechando los comités de salud, organizaciones sociales y líderes de la comunidad.

Por otra parte, la Secretaría de Salud, en coordinación con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), participa en el *Programa Atención a la Salud a las Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales*.

A su vez, la Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR), conjuntamente con el Banco Interamericano de Desarrollo, El Colegio de México y la Organización Panamericana de la Salud, implementan el *Proyecto de Intervención e Investigación Interinstitucional en Violencia Doméstica*. Como logros de este proyecto se han realizado Seminarios de Atención a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar. De igual forma se busca elaborar una *Ruta Crítica* dentro de los hospitales y redes locales para atención a víctimas de violencia intrafamiliar. (Datos pendientes)

El *Programa Piloto Regional de Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar contra la Mujer*, incluye un componente de comunicación que contribuye al convencimiento de los participantes del mismo y de los grupos de población involucrados, en la necesidad de atender y prevenir la violencia doméstica y sexual hacia las mujeres. En la DGSR se diseñaron y distribuyeron carteles con los temas “Tienes Derecho” y “Se vale”, que promueven acciones como recibir y obtener todo tipo de información sobre la libertad de elección en la vida reproductiva de los individuos.

III. Retos a futuro

La Secretaría de Salud ha puesto en marcha un programa nuevo, cuyo objetivo general es incorporar la perspectiva de género en el sector salud, denominado “Programa Mujer y Salud”. Se trata de una iniciativa destinada a dar respuesta a las necesidades de la mujer como usuaria de los programas y servicios de salud, y como prestadora de servicios de salud en las instituciones, en el nivel doméstico y en el comunitario.

El Programa Mujer y Salud es un programa de definición y diseño de políticas, que no tiene funciones operativas, pero que pretende incidir en la manera de abordar los problemas de salud a todos los niveles: desde la planeación y la asignación presupuestal, hasta la prestación de servicios, la seguridad social, la enseñanza, la informática y la investigación. Para lograr sus objetivos el programa se plantea tres estrategias de funcionamiento: a) promoción y abogacía, b) investigación y c) cooperación técnica.

Los objetivos del programa incluyen: a) crear conciencia sobre las necesidades especiales de salud de las mujeres; b) reducir las inequidades entre hombres y mujeres; c) mejorar la calidad de la atención; d) ofrecer mayor protección financiera a las mujeres. Desde este programa se dará seguimiento a los distintos esfuerzos mencionados y se coordinará el trabajo con el PRONAVI.

El Programa Mujer y Salud es un programa incluyente (con participación de instituciones gubernamentales y no gubernamentales); sectorial e intersectorial (instituciones de salud, seguridad social, arbitraje médico, consejos e institutos de salud y académicos, de población, educación, desarrollo social, estadística e informática, etc.); de cobertura nacional (Secretarías de Salud de los estados, comisiones y consejos estatales, redes y ONGs de todo el territorio); representativo de los intereses y las necesidades de las mujeres, y con financiamiento mixto (público, de ayuda internacional y de origen privado).

Para operar, se constituirá el **Consortio Nacional Mujer y Salud**, con representantes de las contrapartes del sector y de los otros sectores, de los estados y de organizaciones de la sociedad civil. A través del Programa Mujer y Salud se realizarán actividades en pro de la prevención y atención de la violencia doméstica dentro de la Secretaría de Salud, mientras que el Consortio Nacional Mujer y Salud, atenderá el problema a nivel nacional, en todo el sector, a través de las y los representantes mencionados.

Recomendaciones y prioridades

Ya se vio cómo la violencia doméstica es un problema que requiere del esfuerzo concertado de diferentes sectores. A continuación se presentan algunas recomendaciones para que el sector salud y el jurídico-legal atiendan lo que les corresponde de manera específica y especializada, y por último algunas recomendaciones para el PRONAVI, que es el encargado de realizar los esfuerzos concertados con los distintos sectores involucrados.

Sector Salud

1. Participar activamente con el PRONAVI en el diseño, puesta en marcha y evaluación de los programas y servicios de prevención y atención a la violencia doméstica, en colaboración con los demás sectores.
2. Difundir, supervisar y evaluar la aplicación de la NOM 190-SSA-1999 en todas las jurisdicciones sanitarias, coordinaciones de programas y áreas operativas.
3. Promover cambios culturales y sociales que contribuyan a mejorar la condición de la mujer y a darle mayor poder en las esferas pública y privada. Poner especial énfasis en promover este cambio cultural en el personal de salud y favorecer el estatus del personal femenino que trabaja en el sector salud y en la atención que se brinda a las mujeres en los servicios hospitalarios y en centros de salud.
4. Diseñar y poner en marcha programas y servicios de salud en los que los proveedores (incluyendo personal médico, de enfermería, de trabajo social y de otras áreas paramédicas) conozcan la frecuencia, las manifestaciones y los modos de detectar signos de violencia en sus pacientes. Capacitarlos para que conozcan también los trastornos psicológicos que pueden padecer y sepan a dónde canalizarlas. Además, que conozcan los derechos de esas pacientes y cómo y dónde canalizarlas para que reciban asesoría jurídica y de derechos humanos.
5. Contar con agencias especiales y servicios en los que se cuente con personal capacitado para brindar, además del servicio médico, orientación y consejería legal a víctimas sobre las instancias a las que puedan acudir. En estados con población indígena, contar personal bilingüe capacitado para orientar a la población y atender demandas específicas.
6. Vigilar que la Reforma del Sector Salud se aplique con perspectiva de género y contemple, dentro de las actividades y modificaciones que proponga, la prevención y atención a la violencia doméstica.
7. Apoyar la investigación que documente el problema con enfoque de género, incluyendo los costos que implica para el sector. Promover también investigación que documente las características de las masculinidades y el comportamiento violento, así como las maneras de involucrar más a los hombres en la solución del problema.
8. Incluir en los programas académicos de las escuelas y facultades de medicina, enfermería, trabajo social y otras paramédicas como nutrición y fisioterapia, cómo abordar el tema de la violencia, su frecuencia, manifestaciones, diagnóstico y tratamiento.

Sector Jurídico-legal

1. Enfocar la defensa de las víctimas dentro del marco internacional de los derechos humanos.
2. Diseñar y poner en marcha políticas que protejan a las mujeres, tipifiquen la violencia doméstica como delito y hagan efectivas las penas que se deriven de ésta; que alejen al agresor y protejan a las mujeres e hijos en caso de estar en peligro.
3. Adecuar las leyes estatales para que en todas las entidades federativas se prevean los medios para contrarrestar la violencia familiar contra las mujeres.
4. Procurar que en materia penal:
 - El delito de violencia familiar se persiga de oficio, para que no se pueda retirar la denuncia sin que antes se solucione el problema
 - Prever que la indemnización por daño moral, establecida en el Código Penal para los delitos de violencia doméstica se establezca de igual forma en la ley familiar para los casos de divorcio por violencia doméstica
 - Cuando se condene al agresor al pago de terapias, y éste carezca de recursos, que la terapia se le proporcione gratuitamente a la víctima.
 - Que en los casos de delitos sexuales con menores no se obligue al careo, y cuando la víctima lo solicite no sea necesario enfrentarse al agresor en la audiencia y su declaración sea tomada por separado.
5. Crear enlaces con las Procuradurías para instalar las agencias especializadas en atención a víctimas en toda la república.
6. Proponer la tipificación del delito de violencia doméstica en todos los códigos penales de las entidades federativas

Programa Nacional sobre Violencia Intrafamiliar, PRONAVI

1. Sensibilizar a tomadores de decisión al más alto nivel para que asignen la prioridad necesaria, tanto en recursos humanos, técnicos, materiales y financieros para la prevención y atención del problema.
2. Promover cambios culturales y sociales que contribuyan a mejorar la condición de la mujer y a darle mayor poder en las esferas pública y privada, tanto a nivel social y familiar como en los distintos actores y proveedores de servicios. Alentar la intervención activa de las mujeres en la economía.*
3. Promover cambios culturales y sociales que contribuyan a crear conciencia del impacto de la violencia doméstica a nivel personal, familiar, social y para el país, y para promover una cultura de denuncia tanto en los directamente involucrados como en el personal que los atiende y los testigos.
4. Promover campañas y programas de prevención en escuelas primarias y secundarias y la incorporación del tema en los programas curriculares, previo análisis y en su caso adaptación de experiencias exitosas de otros países, incluyendo aspectos de prevención de abuso sexual, violencia doméstica, violencia social, adicciones, control de armas, etc.
5. Organizar campañas con participación multisectorial en los medios masivos de comunicación y a través de otros medios más adecuados para llegar a poblaciones específicas, marginadas o indígenas, que contribuyan a crear conciencia del problema, informen sobre los derechos de las víctimas, sobre los lugares a donde pueden acudir y que promuevan una cultura de denuncia.
6. Promover instancias especializadas, tanto gubernamentales como de la sociedad civil, que atiendan a mujeres y que trabajen con hombres, que son los perpetradores de violencia en la mayoría de los casos. Estas idealmente deben incluir albergues temporales donde pueda ponerse fuera de peligro a mujeres que se encuentren en riesgo inminente.
7. Apoyar investigación que documente el problema con un enfoque interdisciplinario, así como apoyar la investigación en el campo de las masculinidades.

* En un estudio en Nicaragua realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo, se demostró que 41% de las mujeres que no trabajan son víctimas de violencia física grave, en contraste con 10% de las que si lo hacen.

8. Diseñar intervenciones que involucren a los hombres y apoyar las ya existentes.
9. Involucrar de manera activa a los otros sectores y coordinar los esfuerzos para que no se dupliquen o diluyan los esfuerzos.
10. Difundir entre la población indígena la información referida a los derechos de las mujeres y las niñas y legislar en sus comunidades contra la violencia intrafamiliar.
11. Proporcionar a las mujeres indígenas atención legal y psicológica bilingüe en caso de ser víctimas de violencia.

¹ Larrain S, Rodríguez T. The origins and control of domestic violence against women. En: Gender, Women, and Health in the Americas. Scientific Publication No. 541. Elsa Gómez Editor. PAHO, 1993.

² Cook Rebecca. "Derechos humanos y derechos reproductivos y sexuales de las mujeres: ¿qué sigue?" Ponencia presentada en el "Seminario sobre Género y Políticas de Salud", México DF, marzo 2001.

³ Elu MC, Santos E. Carpeta de Apoyo para la Atención en los Servicios de Salud de Mujeres Embarazadas Víctimas de Violencia. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. 2000.

⁴ Heise L. Violence Against Women: A Neglected Public Health Issue in Less Developed Countries. *Social science and Medicine*, 39, 1165-1179, 1994.

⁵ OPS "Programa de Análisis de la Situación de Salud", 1997, citado por el Banco Mundial, "Crimen y Violencia como Temas de Desarrollo en América Latina y el Caribe", 1997.

⁶ Citado en: Programa Nacional de la Mujer. ¡Ni una vez más!, 1998.

⁷ Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. "Violencia sexual e Intrafamiliar. Modelos de Atención". México DF. Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, 1997.

⁸ Ramírez JC, Uribe G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Pública de México*. 35: 148-160, 1993.

⁹ Rodríguez J y Becerra P. ¿Qué tan serio es el problema de la violencia contra la mujer? Algunos datos para la discusión. VII Congreso Nacional en Salud Pública, Cuernavaca México, 1997.

¹⁰ Ramírez JC, Vargas PN. ¿Qué tan serio es el problema de la violencia contra la mujer? Algunos datos para la discusión. VII Congreso Nacional en Salud Pública, Cuernavaca México, 1997.

¹¹ Valdez R, Shrader E. Características y análisis de la violencia doméstica en México: el caso de una microregión de Ciudad Nezahualcóyotl". En: Aún la luna a veces tiene miedo. CECOVID, 35-49., 1992.

¹² Moreno M. La salud sexual y reproductiva en el DF. . En: Espejo de la Ciudad. Jornadas sociales de la ciudad de México. NOVIB/Gobierno del Distrito Federal, 1999.

¹³ Citado en Fawcett G y cols. Los servicios de salud ante la violencia doméstica. Manual para instructores(as). Population Council, IMIFAP, Fronteras en Salud Reproductiva, Idéame. 1999.

¹⁴ Buvinic M, Morrison A, Shifter M. La violencia en las Américas: marco de acción. En: Morrison A, Loreto Biehl M (Eds). "El costo del silencio". Violencia doméstica en las Américas. Cap. 1. Washington DC: BID, 1999.

¹⁵ Langer A, Nigenda G. Salud Sexual y Reproductiva. Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y Oportunidades. Population Council, Instituto Nacional de Salud Pública, Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.

¹⁶ Citado en : Violencia, Mujeres y VIH/SIDA. GLAMS, Grupo de Trabajo Latinoamericano de Mujer y SIDA. Boletín informativo Mujer y SIDA 4(3); pg 3, 2000

¹⁷ Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology*, 94(3): , 323-328, 1994.

¹⁸ INEGI, CONMUJER. Mujeres y Hombres en México, Cuarta Edición; pg 223, 2000.

¹⁹ Fawcett G. y cols. Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido a personal de salud. Documentos de Trabajo 26 INOPAL III. Population Council. 1998.

²⁰ Morrison A and Biehl editors. Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas. Banco Interamericano de Desarrollo. Executive Summary.

²¹ Heise L, Pitanguy J, Germaine A. Violence against women: the hidden health burden. World Bank Discussion Paper Nr. 255, Washington DC. 1994.

²² Lozano Ascencio R. La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia doméstica contra las mujeres: el caso de la Ciudad de México. Documento de la Conferencia "Violencia Doméstica en América Latina y el Caribe: Costos, Programas y Políticas" Banco interamericano de Desarrollo, Washington, DC. 1997.

²³ Londoño JL. Epidemiología económica de la violencia urbana. 1998.

²⁴ Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo. En: Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América latina y el Caribe. 8va Sesión de la Conferencia Regional sobre Mujer en América latina y el Caribe. Lima, Perú, febrero de 2000.