

## **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN: INTEGRALIDAD Y CONCIENCIA DE GÉNERO EN LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS**

**Carmen Posada**

Abogada

Secretaria de Equidad de Género para las Mujeres  
Departamento de Antioquia, Colombia

### **1. Introducción**

Referirnos a la violencia de género en el contexto de la salud y los derechos humanos en un país azotado por toda clase de violencias reviste especial complejidad. Ante una cotidianidad cargada de destrucción, de muerte, de desapariciones y secuestros y de pobreza creciente, es fácil que la dicotomía entre lo privado y lo público tome nueva fuerza y que la violencia contra las mujeres retorne a la invisibilidad de otras décadas y, a la par que sus derechos, ocupe el lugar secundario que apenas empezaba a replantearse. Esta tendencia que revierte muchas de las ganancias que las mujeres habíamos logrado con años de lucha, se refleja en las prioridades estatales sobre todo en el campo de la inversión, en recientes modificaciones a las normas sobre violencia intrafamiliar que implican un retroceso frente a la normatividad anterior, en el discurso y el trabajo de las organizaciones de derechos humanos, en el tratamiento que los medios de comunicación dan al tema de la violencia y aún en las ideas de la gente del común.

Esa visión, por ser sesgada, es claramente discriminatoria y deformadora de la realidad. Asistimos en Colombia a una multiplicidad de violencias en las cuales las mujeres son siempre afectadas directamente: la muerte, el desplazamiento forzado, la privación económica, el tornarse de un momento a otro en las únicas proveedoras económicas y afectivas de sus familias, la soledad abrupta y la indefensión a causa del asesinato de sus esposos, compañeros e hijos, la ruptura de lazos solidarios, la quiebra de sus grupos de pertenencia, el sentimiento de impotencia frente a la desaparición de un ser querido que anuncia una muerte sin ritual. Aunque no documentada pero conocida por testimonios y otras evidencias, la violación de las mujeres, como en todo conflicto armado, es alarmante y ocurre como un ejercicio de fuerza, de intimidación y de castigo hacia las esposas, parientes o amigas de quienes se considera el enemigo.

Pero no reconocer la violencia de género es también olvidar otra realidad: que el sexismo mata, golpea, viola, destruye las libertades femeninas, lesiona la salud mental de las mujeres y las inhabilita muchas veces para su desempeño familiar, laboral y social. La violencia de género en la intimidad es tan devastadora como la violencia social y política y, si bien sus víctimas fatales suelen ser cuantitativamente inferiores, el número de mujeres afectadas por la violencia en la intimidad supera el número de muertos a causa de la guerra. No mueren la mayoría pero su dignidad es pisoteada y la felicidad les es esquiva.

El discurso de la convivencia, tan cercano a todas y todos los colombianos en estos últimos años y que llama a la construcción de valores de respeto y tolerancia, es un discurso incompleto cuando

se excluye la primera convivencia: la de la intimidad. Es acá donde el histórico lema feminista “Lo personal es político” demuestra su vigencia. Las mujeres colombianas estamos convencidas de que “la paz en la casa y en el país” es la verdadera paz. Urge una nueva visión de la violencia en Colombia, una visión donde la violencia contra las mujeres sea no sólo reconocida sino importante para el Estado, para la sociedad civil, para los medios de comunicación y para todos los grupos y personas que quieren ser actores de paz.

El proyecto “Mejoramiento de la Calidad de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y Socio-política” que CERFAMI desarrolló en cinco Departamentos de Colombia, se encaminó a aportar a esa nueva visión.

## **2. La deficiente calidad de atención a las mujeres afectadas por la violencia: el contexto en Colombia**

### **Algunas cifras sobre la violencia de género en Colombia**

Dado que las estadísticas judiciales y del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses son las fuentes de información disponibles sobre la violencia contra la mujer, se puede afirmar que la magnitud de la violencia contra la mujer en Colombia es desconocida, pues el subregistro y la poca representatividad de las denuncias es muy grande. Se estima que sólo 27% de las mujeres denuncian a sus cónyuges por actos de agresión.<sup>i</sup>

Destacando que las denuncias sobre maltrato conyugal han aumentado a partir del año 1995, los datos de ese Instituto señalan que, en 1997, el maltrato conyugal fue la causa de muerte en el 67% de casos de mujeres y de 26% de casos de hombres, mientras que del total de casos de violencia conyugal evaluados 93% fueron mujeres, en especial entre 25 y 34 años.<sup>ii</sup> En cuanto a violencia sexual, 88% de los casos evaluados en 1995 correspondió a víctimas del sexo femenino, resaltándose que, en el caso de niñas entre 10-14 años, 80% de los agresores eran parientes o conocidos de la víctima.<sup>iii</sup>

De la población víctima de desplazamiento forzado por la violencia, cercana al millón y medio en el año 2000, se estima que el 70% está constituido por mujeres, niñas y niños. El 31% de los hogares de desplazados tienen a una mujer como jefa de hogar.<sup>iv</sup>

Las cifras indicadas, sin ser exhaustivas por no ser ello prioritario en este escrito, se refieren particularmente a la violencia intrafamiliar y a los delitos sexuales sin incluir en éstos los cometidos por distintos actores del conflicto bélico, los cuales no son denunciados por las víctimas por el riesgo que esto acarrearía para sus vidas, pero conocidos por ONG que las han apoyado. Otras violencias en el medio laboral, educativo, institucional, callejero, y social carecen prácticamente de registro.

### **La respuesta de la legislación colombiana**

Los avances de tipo formal frente a la violencia contra las mujeres en Colombia, logrados en gran parte por la acción comprometida, persistente y propositiva del movimiento de mujeres, han sido significativos, sobre todo en la década de los 90. El Estado colombiano ha aprobado todos los instrumentos internacionales sobre derechos humanos de las mujeres y, en particular aquéllos en los cuales se afirma que la violencia contra éstas viola esos derechos. En particular, Colombia aprobó la Declaración y Programa de Acción de Viena, la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, suscribió y adoptó como ley de la república la Convención de Belem de Pará y aprobó la Plataforma de Acción de Beijing.

A nivel interno, la legislación colombiana avanzó en dotar a las mujeres de instrumentos formales de protección contra la violencia, tales como la ley 248 de 1995 –aprobatoria de la Convención de Belem do Pará, ya mencionada–, la ley 294 de 1996 sobre violencia intrafamiliar y la ley 360 de 1997 sobre delitos sexuales. Estas normas guardan coherencia con la Constitución Política de

Colombia, generosa en derechos fundamentales que cobijan por supuesto a la población femenina y, en algunos casos, son desarrollo de normas constitucionales, como ocurre con la Ley 294 de 1996.

Lamentablemente, en el año 2000 se llevó a cabo una reforma a la ley 294 sobre violencia intrafamiliar -la ley 575 de 2000- que si bien contempla algunos puntos positivos, contiene otros que constituyen un retroceso frente a lo dispuesto en aquélla ley. En este sentido vale la pena destacar, al menos tres aspectos negativos de esta ley:

- El hecho de haber quitado al Juez de Familia la competencia general que tenía para tomar las medidas legales de protección a favor de las víctimas, además de restarle importancia a la violencia intrafamiliar, resultó en la dispersión de las competencias para aplicar la ley. En principio, corresponde a las Comisarías de Familia. Pero como éstas son autoridades de policía, no judiciales, deben solicitar la aplicación de algunas medidas a los Juzgados de Familia. Igualmente, en vista de que gran parte de los de los municipios carecen de Comisarías, la ley asigna competencias también a los Juzgados Civiles o Promiscuos Municipales, así como a jueces de paz, figura aún inexistente. Esta dispersión atenta contra la eficacia, eficiencia y celeridad en la aplicación de la ley. Es decir, contra la eficacia de los derechos de las víctimas (artículos 1°, 2°, 11)
- El haber limitado el pago de los daños ocasionados a la víctima a los gastos médicos y psicológicos y sólo “si fuere necesario” (artículo 2°).
- Aunque el Estado colombiano reconoce autonomía a la jurisdicción indígena, la ley 575 expresamente asigna a las autoridades indígenas la competencia para conocer de la violencia intrafamiliar (artículo 1°). Dada la persistencia de graves discriminaciones contra las mujeres indígenas, basadas en tradiciones culturales, la protección a las indígenas afectadas por la violencia intrafamiliar ha quedado en entredicho con esta norma.

Además, el nuevo Código Penal, Ley 599 de 2000, contiene normas que, a nuestro juicio, son también un retroceso al consagrar la violencia intrafamiliar como un delito con una pena levísima por el cual sólo se responde cuando la conducta no constituya otro delito con pena mayor (artículos 229 y 230). Se resta así importancia a este delito y se deja sin una clara protección a la familia y a los miembros más afectados por ella. Por su parte, en el nuevo Código de Procedimiento Penal, ley 600 de 2000 (artículo 35), refuerza ese retroceso al establecer que la violencia intrafamiliar es un delito querellable, no investigable oficiosamente.

### **La distancia entre los derechos formales y la realidad**

No obstante contar con un marco de derechos favorable, miles de mujeres colombianas siguen siendo violentadas sin que se haga justicia y sin que reciban la atención debida. Las limitaciones y deficiencias de las entidades y funcionarios/os encargados de aplicar las leyes hacen que las medidas de protección contra la violencia y la sanción de los delitos cometidos contra las mujeres sean aún derechos meramente formales para la mayoría de ellas. En el campo de las instituciones de salud, similares deficiencias, sumadas a la crisis que afecta este sector, resultan en una atención que no se adecua a los parámetros de calidad que el sector debe cumplir y que las mujeres merecen.

Es evidente que a pesar de las acciones estatales para la difusión de las leyes relacionadas con la violencia intrafamiliar y los delitos sexuales y del esfuerzo de algunas ONG por ofrecer educación legal a las mujeres, la información no ha llegado a muchas de las mujeres que más lo requieren: las de estratos socioeconómicos bajos, las de las áreas rurales, las desplazadas. Una gran parte de estas mujeres, que por su condición social y económica, son las que más acuden a las instituciones estatales en búsqueda de apoyo, desconocen aún las leyes que las protegen y los mecanismos para hacerlas valer. Es de anotar que la ley 248 de 1995 aprobatoria de la Convención de Belem do Pará, el instrumento más específico sobre la violencia contra la mujer, es desconocido no sólo por las mujeres sino también por los funcionarios/as estatales, incluidos los del sector de la justicia.

A lo anterior se suma la prevalencia, en esos mismos grupos de mujeres, de estereotipos de género que naturalizan la violencia contra las mujeres como parte de su condición femenina y el hecho de que hay una marcada ignorancia sobre las causas generadoras, manifestaciones y consecuencias de la violencia de género. Adicionalmente y como consecuencia del limitado autoreconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos y sus incontables experiencias de maltrato, existe entre ellas un pobre concepto de calidad de atención, factor que, sin embargo, varía por regiones y culturas.

A modo de ilustración, presentamos las deficiencias más notorias por parte de las distintas entidades estatales con responsabilidad en la atención a mujeres víctimas de violencia. Ellas fueron identificadas como punto de partida para la intervención en el tema de calidad de atención y confirmadas y ampliadas en los diagnósticos participativos realizados con cada uno de los sectores.

- Falta de oportunidad en la atención.
- Ausencia de respuestas integrales e interdisciplinarias.
- Poca claridad respecto a las funciones de las diferentes instituciones y a los mecanismos de coordinación para la prevención y la atención de la violencia contra las mujeres.
- Persistencia de la idea de que la violencia intrafamiliar es un asunto doméstico que debe resolverse en ese mismo ámbito. La intervención del Estado se considera aún, por muchos, violatoria de la privacidad.
- Escasa sensibilidad de género y desconocimiento del enfoque de género por parte de la mayoría de los funcionarios/as.
- Atención fundamentalmente remedial, con limitadas acciones de promoción de valores de convivencia que enfatizan el respeto a la dignidad y a los derechos de las mujeres y de prevención de la violencia.
- Escasa información a las mujeres usuarias de los servicios sobre el problema de la violencia de género, sus derechos y las instituciones que la pueden apoyar.
- Juicios y señalamientos a las mujeres usuarias de los servicios, basados en prejuicios e ideas erróneas por parte de los funcionarios/as, sobre todo en asuntos relacionados con la autonomía sexual y en casos en que, después de haber sido atendidas, las mujeres no logran salir de la situación de maltrato.
- Falta de escucha a la mujer y no reconocimiento, en la práctica, de que es sujeto de derechos.
- Actitud negativa de muchos funcionarios/as, en especial de la rama judicial, frente a las funciones que la ley les ha asignado en relación con la violencia intrafamiliar.
- Estrecha interpretación de las leyes y concepciones jurídicas que impiden hacer de ésta un mecanismo eficaz para prevenir y remediar la violencia.
- Ausencia de participación efectiva de las mujeres en el diseño de políticas, programas y servicios dirigidos a intervenir las diferentes formas de violencia.

A las anteriores fallas humanas e institucionales se suman limitaciones estructurales en las diversas entidades: falta de reglamentación de las leyes, no destinación por parte del Estado de los recursos humanos y técnicos necesarios para una buena atención, inadecuada infraestructura física que imposibilita la privacidad de la consulta en sectores diferentes al de la salud e incumplimiento de las obligaciones laborales del Estado con sus funcionarios/as, lo cual es un factor desestimulante de la buena atención.

### **Calidad de atención a las mujeres víctimas de violencia en el sector salud**

Si bien la intervención llevada a cabo fue intencionadamente de carácter intersectorial, interesa acá destacar algunos aspectos del diagnóstico participativo de calidad de atención, en cuanto se refiere al sector salud, así como las percepciones de las mujeres en relación con los servicios recibidos

- Hay conciencia, por parte de los funcionarios/as del sector, de que los principales motivos de consulta externa o de urgencias, por parte de mujeres, adolescentes, niñas y niños están asociados a casos o situaciones sistemáticas de violencia intrafamiliar o sexual.
- Hay insuficiente recurso humano especializado en violencia intrafamiliar y sexual y carencia de equipos interdisciplinarios que faciliten una atención integral.
- No hay conocimientos sobre las cuestiones de género, su relación con la salud y el impacto de la condición de género en la violencia contra la mujer.
- En casos de atención psicológica, las intervenciones son puntuales y no hay procesos que permitan a las mujeres afectadas superar las secuelas de la violencia, que muchas veces es el abuso sexual desde la infancia, la violación, o la violencia conyugal sistemática.
- Un alto porcentaje de funcionarios/as desconoce las funciones y responsabilidades de otras entidades frente a la violencia intrafamiliar y sexual.
- No hay seguimiento a las consultantes ni se llevan registros de deserción en los tratamientos.
- Selección de personal basada en intereses políticos y clientelismo.
- No hay participación de la población usuaria en el diseño de programas y servicios, en el 75% de los casos. Menos aún en el diseño de políticas.
- Hay discriminación en el servicio no sólo en razón del sexo sino de la condición socioeconómica, etnia, e incluso por madresolterismo. Las conductas discriminatorias van desde la espera prolongada, el trato autoritario y despectivo e incluso la negación del servicio sin causa justificada. Estas conductas fueron señaladas por los mismos funcionarios/as y destacadas, además, por las mujeres usuarias.
- La coordinación intersectorial e interinstitucional es débil.

No obstante, las mujeres usuarias señalaron elementos positivos en la atención recibida y un 23% se mostró satisfecha con la atención.

### **3. Causas y consecuencias de la deficiente calidad en la atención**

#### **Causas**

Como se puede observar por la índole de las deficiencias enunciadas antes, una gran mayoría son originadas en factores de tipo humano, cultural y profesional. En estos factores se incluyen los patrones de socialización de los funcionarios/as que les imponen una visión binaria del mundo, de la cual hace parte la división entre mundo público y mundo privado y que conlleva una valoración diferente de cada extremo de esas polaridades. Es así como se sobrevalora lo masculino y lo público y se subvalora lo femenino y lo privado o doméstico, el cual, en el estereotipo, sigue siendo el lugar de la mujer a pesar de que la realidad enseña otra cosa. Dado que la mayoría de los funcionarios/as desconocen la categoría y la perspectiva de género e incluso las normas sobre no discriminación contra la mujer y el concepto de discriminación, las concepciones tradicionales prevalecen entre ellos, particularmente en los temas de salud, sexualidad y violencia intrafamiliar y sexual.

A esto se suma la formación profesional biologicista en el caso de los trabajadores/as de la salud y legalista en el caso de los profesionales del derecho y el desconocimiento, en funcionarios que deberían estar bien informados, de la legislación sobre violencia contra la mujer y de las normas sobre Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. No hay que olvidar que la propia historia personal de los funcionarios/as tiene un gran peso en la prestación del servicio a mujeres afectadas por la violencia. En suma, la falta de conciencia de género y las concepciones recortadas de lo humano, de lo social, del derecho y de la salud traen como resultado la deficiente atención a las mujeres víctimas de la violencia.

Otras causas de esa situación tienen un carácter estructural. Ya se han mencionado los insuficientes recursos humanos y técnicos de las instituciones, la falta de reglamentación de las leyes, la insuficiente capacitación especializada a los funcionarios/as en la problemática de la violencia de género y la negligencia estatal en el pago de los salarios de éstos/as. La falta de

continuidad en las políticas y programas de salud es una causa estructural señalada por los funcionarios/as. Adicionalmente está el hecho de que, en un país como Colombia donde las cifras oficiales hablan hasta de un 90% de impunidad por delitos de toda índole, la impunidad en los casos de violencia contra las mujeres es una impunidad prácticamente invisible.

### **Consecuencias**

Son obvias las consecuencias de la deficiente calidad de atención a las mujeres afectadas por la violencia. Para las mujeres mismas que siguen, a menudo infructuosamente, “la ruta crítica” en búsqueda del apoyo que requieren, hay una clara denegación de sus derechos. El derecho a una pronta y efectiva administración de justicia, el derecho a una vida libre de violencia y a la protección en caso de que ésta ocurra, el derecho a la salud, el derecho a la igualdad y a la no discriminación están directamente comprometidos allí. Sin olvidar que su vida y su integridad personal pueden estar en grave riesgo si el Estado falla en darle la protección que requiere. La atención inadecuada impide que las mujeres puedan superar los efectos de la violencia y que queden habilitadas para salir del ciclo de la violencia conyugal cuando éste es el caso.

Para las instituciones, la inadecuada atención lleva a su desprestigio y a la falta de credibilidad de la ciudadanía en la acción estatal. La baja denuncia de los hechos de violencia contra las mujeres, por causas atribuibles a las instituciones, hace que la erradicación de esa práctica sea mucho más difícil y que la impunidad continúe. En relación con el sector salud, en particular, si bien la necesidad llevará a las mujeres a seguir consultando, éste estará incumpliendo su objetivo y su misión que es el de contribuir comprometida y eficientemente al logro de la salud integral de las personas y de la comunidad.

### **4. Acciones para el mejoramiento de la calidad de la atención a mujeres afectadas por la violencia**

Desde el Estado se han concretado algunas medidas tendientes a mejorar la calidad de atención a las víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, entre ellas las mujeres como mayoritariamente afectadas. El Decreto 2174 de 1996 sobre Calidad de Atención en el Sistema de Seguridad Social en Salud es un instrumento de gran utilidad para garantizar a los usuarios/as de los servicios “el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible” como señala su artículo 4, inciso 1°. Este decreto establece que las características de la calidad de atención en salud “...la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como la idoneidad y la competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de los recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.” Lamentablemente, como se comentó ya, esta norma es desconocida por muchos funcionarios/as del sector salud y carece, además de la necesaria reglamentación y de la asistencia técnica indispensables para que sea efectiva.

En cuanto a otros sectores, la Ley 360 de 1997 sobre delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana, estableció las Unidades de Fiscalía de Delitos Sexuales, con personal especializado y la Fiscalía General de la Nación diseñó un perfil humano y profesional para los funcionarios/as que fuesen a trabajar en esas Unidades. El perfil, sin embargo, no ha sido suficientemente difundido ni es obligatorio y las Unidades especializadas no pasan de tres en el país. La misma ley consagró los derechos de las víctimas de delitos sexuales que son, en sí mismos, componentes de una calidad de atención en el sector judicial.

A las leyes sobre Violencia Intrafamiliar y sobre Delitos Sexuales se siguieron acciones de difusión desde el Estado y desde las ONG, dirigidas a funcionarios/as competentes y a la comunidad, con las restricciones antes esbozadas.

Hay que destacar que recientemente, en septiembre del año 2000, el Ministerio de Salud expidió la Guía de Atención a la Mujer Maltratada, la cual constituye un gran avance desde el punto de vista

de las políticas del sector , por su enfoque interdisciplinario e intersectorial. Antes, en 1999, el Gobierno colombiano expidió la Política Nacional de Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Cotidiana, que se ha difundido básicamente a partir del año 2000 e implementado a través de programas de promoción de la convivencia en la familia y la comunidad y de prevención del maltrato infantil.

### **Experiencia adelantada por CERFAMI**

En 1999, el Centro de Recursos Integrales para la Familia, CERFAMI, llevó a cabo el proyecto “Mejoramiento de la Calidad de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y Sociopolítica”, en cinco departamentos de Colombia”, para lo cual contó con el apoyo de UNIFEM. Esta intervención , adelantada con participación de lo sectores de la Salud, Gobierno, Bienestar Familiar, Justicia y Educación y de mujeres usuarias de los servicios tuvo como propósito contribuir al reconocimiento y erradicación de los factores estructurales, culturales y humanos que afectan negativamente la atención a las mujeres víctimas de diversos tipos de violencia. Se partió de un diagnóstico sectorial y participativo del estado de la calidad de atención a las mujeres, a través de la revisión de indicadores de evaluación de servicios.

Los objetivos fundamentales del proyecto fueron dos:

- Mejorar la calidad de atención a las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar, sexual y sociopolítica, a partir de la identificación y superación de los factores ideológico-culturales, humanos y estructurales que inciden negativamente en la prestación de los servicios a las mujeres en estas áreas.
- Contribuir a la disminución de la violencia de género mediante la capacitación en estrategias de promoción de pautas de convivencia democrática basadas en el respeto a la diferencia y la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres.

Además de las/los participantes directos –240– hubo otros beneficiarios: los grupos de líderes comunitarios/as, mujeres, niñas y niños de sectores urbanos y rurales con los cuales las/los funcionarios/as replicaron las actividades de capacitación, como parte de su compromiso durante el proyecto.

En un proceso de un año de duración desarrollado en tres fases, una de las cuales incluyó los diagnósticos sectoriales, los/as participantes recibieron capacitación y asesoría técnica sobre los siguientes temas centrales:

- Violencia contra la mujer: causas asociadas, formas y efectos.
- Difusión y análisis crítico de instrumentos internacionales aprobados por Colombia en relación con la violencia contra la mujer, legislación colombiana vigente y normativa sobre calidad de atención en salud.
- Estrategias de intervención de la violencia contra la mujer, con énfasis expreso en la incorporación de la perspectiva de género en todas las intervenciones.
- Trabajo en Red y sistemas de coordinación: redes interinstitucionales y redes de apoyo social.
- Ética y responsabilidad pública en la prestación de servicios.
- Calidad de atención a mujeres víctimas de violencia.

La intervención incluyó el diseño de Proyectos Sectoriales de Mejoramiento de la Calidad de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual, así como entrevistas de CERFAMI con los funcionarios/as de más alto nivel de cada sector con el fin de lograr voluntad política de quienes toman las decisiones para que los proyectos de mejoramiento tuviesen apoyo y viabilidad.

Es de anotar que el proceso, además de los objetivos propuestos y como resultado del abordaje participativo y transformador, generó procesos personales de autocrítica; de crítica colectiva

constructiva; de revisión de valores, actitudes y comportamientos y de compromisos de cambio personal e institucional.

## **Metodología**

Aunque fue necesario incorporar algunas conferencias de expertos, particularmente para la capacitación en las normas pertinentes, estas tuvieron un carácter ágil y semi-participativo. En general, se emplearon metodologías altamente participativas que permitieran los procesos personales y grupales, la circulación del saber y la apropiación por las/los participantes de los elementos valorativos, teóricos y metodológicos ofrecidos en el proceso. Hubo, además, gran variedad de herramientas pedagógicas y suministro de materiales y documentos para el trabajo futuro que los/las participantes apreciaron altamente.

## **Resultados más destacados**

- Notable mejoramiento en los conocimientos de los funcionarios/as sobre la violencia contra la mujer y mayor sensibilidad frente a ella.
- Conocimiento y apropiación de las normas sobre violencia contra las mujeres y sobre calidad de atención, como el marco ético y de derechos que debe guiar la prestación de los servicios.
- Mayores conocimientos y conciencia sobre los determinantes de género en la problemática de la violencia contra la mujer, sobre la perspectiva de género y la necesidad de aplicarla en la prestación de los servicios.
- Reconocimiento de la importancia de la integralidad y la insectorialidad en la atención a las mujeres víctimas de violencia
- Disminución de las resistencias que para algunos sectores presentaba la aplicación de la ley 294 de 1996 sobre violencia intrafamiliar, en particular para el sector judicial.
- Replicación de actividades de capacitación en zonas urbanas y rurales, por parte de funcionarios/as de todos los sectores.
- Diseño, con participación de las mujeres usuarias vinculadas al proyecto, de proyectos sectoriales de mejoramiento de la calidad de atención a víctimas de violencia.
- Algunas mejoras en la infraestructura de las instituciones para ofrecer a las usuarias un mejor ambiente y garantizar su privacidad.

## **Dificultades**

Las más notorias, podrían resumirse en la presencia de resistencias patriarcales al discurso de género; resistencias del sector judicial para la aplicación de la ley sobre violencia intrafamiliar; crisis laborales durante el proceso y la necesidad de realizar intervención en crisis a algunos funcionarios/as, impactados emocionalmente al vincular actividades del proceso a su historia personal. Con excepción de los factores estructurales que escapaban a las posibilidades de manejo de CERFAMI, las dificultades fueron subsanadas durante el proceso y la institución asumió, incluso la atención psicológica a las personas que lo requirieron.

## **5. Conclusión**

Mejorar la calidad de atención a las mujeres afectadas por la violencia de género es posible. Procesos, no sólo acciones puntuales, de capacitación y apoyo técnico al sector de la salud y a los demás involucrados en la atención a las mujeres son una estrategia eficaz para lograr la calidad de atención. Para ello se requiere, en primer lugar, voluntad política por parte de los funcionarios públicos responsables no sólo del diseño de políticas y programas sino también de la destinación y apropiación de los recursos necesarios para invertir en mejoramiento de la calidad. Un eficaz trabajo de gestión por parte de las agencias de las Naciones Unidas puede ser de gran ayuda tanto para concretar esa voluntad política y los recursos como para lograr los cambios estructurales que favorezcan la calidad de la atención. Igualmente necesario es el apoyo a las ONG especializadas y que trabajan con perspectiva de género para que coadyuven a la labor estatal en este campo,

participen en el diseño e implementación de políticas y programas y contribuyan al empoderamiento de las usuarias para una participación efectiva en los programas que les afectan.

---

<sup>i</sup> PROFAMILIA. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. - 1995. Bogotá, octubre de 1995. Pg. 101.

<sup>ii</sup> INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. (INML Y cf) *Boletín del Centro de Referenana Nacional sobre Violencia*. 1998, Vol 3, N°5, Mayo. Pg.6

<sup>iii</sup> INML y CF. 1996. *Op.cit.* Pg. 50

<sup>iv</sup> Consultoría para el Desplazamiento Forzado y los Derechos Humanos (CODHES) y UNICEF- Colombia. *Un país que huye*. Vol 1, Pg. 133. Bogotá, 1999.