

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Programa Mujer, Salud y Desarrollo

Serie Género y Salud Pública

10

MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR

Desconstruyendo la violencia intrafamiliar: Estado y sociedad civil
El papel del sector salud

San José, Costa Rica, Octubre 2001

"... Es cierto que en aquel tiempo mi teorización era muy pobre: yo pensaba en términos de muñecas rusas, unas dentro de otras –el individuo, la familia, el barrio, el grupo social, etc.– El concepto de resonancia² ha creado una línea transversal con la que se puede pensar en términos sociales, aún cuando se esté viendo a un individuo...".

Mony Elkai m.

2 *Resonancia fenómeno propio de los sistemas oscilantes sometidos a la acción de una fuerza externa, interacción prolongada del sonido*

PRESENTACION

La Serie "Género y Salud Pública" es producida por el Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en la subregión de Centro América con el propósito de difundir temas de interés promovidos por el Programa. Se pretende que sea un medio para estimular la reflexión, análisis y acciones desde una perspectiva interdisciplinaria de género sobre aspectos de la salud colectiva.

Con el auspicio de los gobiernos de Suecia y Noruega, en estos Cuadernos se publicarán documentos que permiten consolidar los procesos que se realizan en los países centroamericanos, de incorporar la consideración de género en políticas y acciones del Sector Salud. El contenido de la serie puede ser documentos originados por conclusiones de talleres, aportes de autores individuales y resultados de investigaciones.

El contenido de los trabajos publicados y la forma como los datos se presentan no implica necesariamente la posición del Programa MSD/OPS sobre el tema en particular.

INTRODUCCION

El presente trabajo propone pautas de acción para deconstruir³ los mecanismos sociales que facilitan los hechos de violencia en las relaciones familiares. Hace énfasis en la violencia hacia la mujer en la familia, en particular la violencia conyugal⁴, no obstante, puede ser útil con las especificidades del caso, para la atención integral a la violencia dirigida a los niños(as), adultos(as) mayores y adolescentes.

3 *“La deconstrucción, como estrategia filosófica, es una postura crítica que afecta a todas las disciplinas relacionadas con la producción cultural.” (Culler, 1992)*

4 *La violencia conyugal constituye una de las modalidades más frecuentes y relevantes de las categorías de violencia intrafamiliar. Ocurre en un grupo familiar, sea éste resultado de una unión consensual o legal, consiste en el uso de medios instrumentales por parte del cónyuge o pareja para intimidar psicológicamente, o anular intelectual o moralmente, o dañar física y sexualmente a su pareja con el objeto de disciplinar según su arbitrio... (Duque, Rodríguez y Wenistein New Delhi, 1996).*

Se trabajan dos aspectos: en primer lugar el marco referencial y aspectos metodológicos para la construcción de un modelo de atención integral a la Violencia Intrafamiliar y en segundo lugar, la traducción de este referente a una respuesta social, enfatizando el papel del estado y del sector salud, sin desvincularlo de la participación de la sociedad civil.

En su arquitectura nos hemos guiado por dos pautas: los datos sobre los cuales basar las líneas de trabajo y la coherencia entre ellos (Morín, 1988).

Se toman en cuenta aspectos epistemológicos e información interdisciplinaria sobre la Violencia Intrafamiliar, así como las alternativas que la sociedad, y en particular el Movimiento Feminista, ha ido creando. Esto último es captado a través de las experiencias gestadas en diferentes espacios geográficos y específicamente en Centro América en la última década.

La propuesta convive con la incertidumbre, zonas grises del conocimiento en relación a la violencia contra la mujer, las niñas, niños, adolescentes en el seno de la familia, en temas como el estudio de las personas agresoras, en los factores de riesgo y resiliencia en los diferentes contextos culturales, etc. (American Psychological Association, 1996).

Los planteamientos tienen carácter instrumental y sugieren elementos conceptuales y prácticos para la incorporación de actores sociales susceptibles de participar en la construcción de un modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar, así como criterios de selección de acciones a realizarse, posibles articulaciones e intencionalidades de las mismas.

1. ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLOGICOS PARA LA CONSTRUCCION DE RESPUESTAS SOCIALES A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

1.1 Los problemas epistemológicos, su abordaje conceptual y metodológico.

Reconocer la multidimensionalidad de la violencia hacia la mujer en el seno de la familia es imprescindible. Abordarla nos enfrenta a problemas cognoscitivos.

La identificación de la VIF como problema de salud pública representa un avance, no obstante ello no solventa el problema de cómo abordarla en su etiología y erradicación.

Las características del tema representan un reto en el que no es suficiente la intervención en los espacios de salud: detección, diagnóstico médico, registro y se hace necesario el conocimiento de aspectos culturales, legales y sociológicos.

Diferentes trabajos especializados señalan que puede ser abordada desde lo individual (a través de la víctima, el agresor o las víctimas indirectas)⁵, los diferentes grupos familiares o tipos de familias, lo colectivo o societal como también, puede ser analizada según tipos de violencia (física, psicológica, sexual, patrimonial, por negligencia, etc.). Este hecho ha convertido a la violencia intrafamiliar en un campo multidisciplinario y de convergencia de acciones de diferentes actores sociales.

5 *Las víctimas indirectas o secundarias son las personas que están en el hogar particularmente los niños(as) que presencian los actos de violencia, tal como lo señala el Report of the American Psychological Association (1996).*

Las definiciones de la violencia intrafamiliar pueden enfatizar diferentes aspectos. Nos parece esencial tener en cuenta los siguientes criterios (Larrain, 1995):

- La relación entre las personas implicadas que tiene que ver con los diferentes tipos de familia, los vínculos o parentescos que puedan existir (casamiento, nacimiento, relación íntima, personal, compartir un hogar), es decir, toda una gama de tipos de cohabitación que se encuentran en nuestra sociedad.
- La naturaleza de los actos está relacionada con los tipos de violencia que pueden ser emocional, física, sexual, patrimonial, negligencia, explotación financiera, etc.
- La intensidad, aspecto que no siempre es considerado en las definiciones, se vincula con la frecuencia con la que suceden los hechos y el impacto de éstos en la víctimas.

Otro aspecto relevante es la dinámica de la violencia conyugal descrita por Leonore Walker en 1979. El llamado ciclo de violencia se plantea en tres momentos: acumulación de tensión, crisis o episodio agudo y arrepentimiento o luna de miel. En el inicial se producen agresiones "menores", muchas parejas pueden pasar en este estadio "acumulación de tensión". En otras relaciones se va acumulando una escalada de incidentes que termina en un segundo momento llamado "crisis o episodio agudo" en donde se da una explosión de violencia. El fin de este momento se caracteriza por el "arrepentimiento o fase de luna de miel" ante el hecho cometido. Entender este ciclo es esencial para la comprensión de las mujeres agredidas y la indefensión aprendida de éstas, así como el comportamiento agresor.

El acercamiento al problema nos hace identificar obstáculos de carácter epistemológico de dos órdenes, por una parte relacionados con el objeto de conocimiento y su complejidad y por otra, lo referente a las dificultades inherentes a quién quiere conocer, obstáculos epistemofílicos: movilización de experiencias propias, representaciones, miedos. (Velázquez, 1996).

Ambos obstáculos se presentan un tanto en la investigación como en la práctica social para enfrentar la violencia intrafamiliar. Su reconocimiento implica la búsqueda de cómo abordarlos en lo conceptual y metodológico.

1.1.1. Lo conceptual

No sólo supone la acumulación de conocimiento sobre la violencia intrafamiliar, sino también buscar **los principios que organicen ese conocimiento**, a fin de evitar la simplificación (reduccionismos/disjuntos), que mutilaría la comprensión y las respuestas adecuadas al problema.

Se hace necesario avanzar en el desarrollo de marcos teóricos en una forma interdisciplinaria y dialógica, que permita la retroalimentación entre disciplinas y también lógicas de comprensión compartidas respecto al problema. Por ejemplo, no es igual entender la pobreza o desempleo como factores que favorecen la violencia intrafamiliar, que analizarlos como causales de la misma. Pero además habría que hacerse la pregunta de por qué se constituyen en factores a considerar –teniendo en cuenta que ni todas las mujeres pobres son víctimas ni todos los hombres pobres son agresores. Es necesario integrar otros elementos al análisis de la causalidad lineal pobreza ___> violencia hacia la mujer e implica atender las interrelaciones singulares de los individuos, de las familias, aspectos sociales y culturales que los contextualizan.

Significa reconocer otras categorías de análisis provenientes de otras disciplinas, que pueden contribuir a la comprensión del problema y a ubicar las interrelaciones y resonancias de las diferentes partes que intervienen,

es decir, reconocer las relaciones complejas entre las partes y el todo y razonar en esos términos, a fin de construir respuestas integrales.

A nivel conceptual los puntos de partida seleccionados en esta propuesta, no provienen sólo del campo de las ciencias de la salud, sino que tratan de expresar la multidimensionalidad del problema y a partir de ahí construir el marco referencial de la atención integral y las pautas para las propuestas sociales necesarias. Se trabaja un "**paradigma de la complejidad**", en el que operen los principios de distinción, conjunción e implicación (E. Morin).

Elementos a trabajar desde lo conceptual en el paradigma de la violencia intrafamiliar:

- La interdisciplinariedad que no significa negar las especificidades de las disciplinas del conocimiento y las acciones que desde su dominio tienen que realizar, pero sí reconocer la complejidad de la realidad en el abordaje de la víctima, agresores, familia, comunidad y sociedad.
- Reconocer el vínculo entre lo singular de la historia individual y la trama de relaciones sociales en la que esa persona, mujer u hombre, se encuentra: relaciones de género, edad, étnicas, clase y religiosas" un tema común pero una historia distinta" (Elkaim, 1994).
- Reconocer el aspecto subjetivo, por una parte el (la) que quiere intervenir en el tema de la violencia está influenciado por los modelos culturales, es decir, tiene un enraizamiento social Devereux (1980) trata ampliamente el tema de la tensión entre el investigador y el objeto de conocimiento en las ciencias sociales. Por otro lado, las personas que trabajan el tema deben reconocer la afectación de éste e integrar en las respuestas sociales a los hechos de VIF, el apoyo a los prestatarios directos de servicios (Velázquez, 1996).

1.1.2 Lo metodológico.

Se plantea considerar los siguientes aspectos:

- Reconocer la calidad y propiedad de las diferentes partes que intervienen en los procesos que construyen las relaciones violentas en el seno de la familia.
- Reconocer la interacción que existe entre esas partes y los efectos recursivos que generan. El efecto de la violencia se vuelve causa y viceversa originando una red de causas y efectos.
- El reconocimiento de las particularidades y de las interacciones nos permitirá realizar acciones en las diferentes partes y en la totalidad de los procesos que construyen los hechos de violencia.

Esta propuesta plantea, desde el punto de vista conceptual y metodológico, abordar la Violencia Intrafamiliar hacia la mujer a partir las **condiciones de vida de las mujeres y hombres**. Entendemos por condiciones de vida, la interacción y resonancia de cuatro grandes dimensiones: los aspectos biológicos (potencialidades individuales, desarrollo funcional y crecimiento orgánico del sistema biológico con todos sus elementos); el habitat –que no significa solamente vivienda y servicios, sino articulación de un conjunto de equipamientos y actividades comunales que eleven la calidad de vida- (Massolo, 1997); las representaciones culturales tanto a nivel individual como colectivo y la interacción en las relaciones económicas y sociales (inserción económica, adquisición y consumo de bienes y servicios).

Este paradigma trata de entender la calidad y propiedades de las diferentes partes en una complejidad sistémica donde cada dimensión tiene un efecto de resonancia que no es necesariamente armónico. La propuesta no pretende determinar un modelo matemático, su alcance en este trabajo es el de visibilizar cómo la violencia intrafamiliar se construye y afecta las condiciones de vida de las personas.

Las condiciones de vida (figura No. 2) permiten analizar la calidad de vida, entender la salud como un producto social, expresión de las oportunidades de los hombres y mujeres en la satisfacción de sus necesidades de desarrollo humano y de respuestas sociales existentes a nivel individual, grupal y societal. Por lo tanto, amerita ubicar las respuestas que se generen en las diferentes dimensiones, tanto a nivel individual, de grupos y sociedades particulares. Las acciones adecuadas o no, tienen un efecto de resonancia entre lo bio-antropo-social. La ausencia de respuestas a la VIF, tendrá efectos en las condiciones de vida, de igual manera que el vivir una situación de violencia.

El análisis según condiciones de vida de la violencia intrafamiliar implica abordar al sujeto en sus especificidades y contexto, género, etnia, clase, etc. Por ejemplo, las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar no indígenas y no pobres de Guatemala, comparten con el resto de los hombres no indígenas y no pobres la misma condición de clase pero al mismo tiempo, viven en forma diferente por ser mujeres. Es decir, comparten con el resto de mujeres, sean éstas, indígenas, garífunas, etc., la misma condición de género que puede ser matizada por la etnicidad, la clase, la edad, etc. El ejemplo trata de ilustrar la articulación de las diferentes dimensiones, pero al mismo tiempo las especificidades según los diferentes órdenes o jerarquías sociales existentes en una determinada sociedad.

1.2 Las condiciones de vida: interacción <__> biología <__> habitat <__> relaciones económicas y la violencia hacia la mujer en la familia.

*"... Que lo común os asombre,
que la regla os parezca un
abuso. Y ahí donde déis con el
abuso, ponedle remedio".
Bertold Brecht*

La violencia intrafamiliar como problema de interés de diferentes sectores data de unas décadas. Surge de un diagnóstico colectivo, emerge de necesidades sentidas que evolucionarán a otras más específicas a través de estudios epidemiológicos y clínicos.

La visibilidad social de la violencia hacia la mujer está relacionada con la existencia de un movimiento social por la equidad entre hombres y mujeres. Este movimiento ha logrado expresiones de organización en la sociedad civil a nivel de todos los países del planeta y en la academia a través del desarrollo de los estudios de género, investigaciones y elaboraciones teóricas que generan nuevas hipótesis explicativas en torno a la construcción de lo femenino y lo masculino, las relaciones sociales entre los sexos, las diferencias sociales en base al sexo, los sesgos de género en el sistema social, etc. Plantea nuevos enfoques sobre problemas específicos como es tema de la violencia de género, y en ella, la violencia hacia la mujer en el seno de la familia.

La academia ha aportado como categoría de análisis el **género**⁷ que se ha convertido en una herramienta de comprensión de las condiciones de vida de mujeres y hombres. En el campo de la salud, es esencial para ubicar las necesidades y problemas de salud, riesgos y consecuencias, a través de la interacción entre las características biológicas y las condiciones genéricas.

⁷ *Género es una categoría analítica que explica el ordenamiento y clasificación de personas así como también de las cosas en femenino y masculino, "en cuyo marco las humanas hemos organizado nuestro*

mundo social y natural en términos de significado de género... La vida social generizada se produce a través de tres procesos distintos: el simbolismo de género, estructura de género (o división del trabajo según género) y género individual” como lo expresa Sandra Harding.

1.2.1 La violencia hacia la mujer, los derechos humanos y los órdenes de género.

En los últimos años se han desarrollado en las diferentes generaciones de derechos⁸ una concepción que cuestiona la validez universal del androcentrismo y el etnocentrismo, lo que ha llevado a reconocer y dar cuenta de las especificidades de las personas, ya sea de género, etnia, edad o cualquier otra índole. Este reconocimiento está basado en el principio de la pluralidad y el respeto a las diferencias, e invita a corregir los sesgos en la ley.

8 *Se consideran cuatro generaciones de derechos: la primera se relaciona con los derechos civiles y políticos; la segunda con los derechos culturales y económicos, la tercera con los derechos relativos a la paz, desarrollo y medio ambiente y la cuarta con los derechos de los pueblos.*

El tema de la violencia de género fue abordado en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos realizada en Viena en 1993, lo que implicó una revolución conceptual sobre los derechos humanos (considerados como un conjunto de pautas éticas con proyección jurídica y que han sido un arduo proceso social de construcción en estos dos últimos siglos), que ha dado como resultado el reconocimiento de todas las formas de violencia de género como una violación de los derechos humanos de las mujeres.

Lo anterior se concreta en dos documentos legales: uno de carácter hemisférico que es la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belen do Pará, 1995) y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer de Naciones Unidas (CEDAW 1998), a nivel mundial. En estos documentos se identifican tres aspectos comunes:

- Definiciones sobre violencia contra las mujeres en las que se incluye la violencia de género y la que ocurre en el seno de la familia.
- Dejan establecido que la violencia contra las mujeres viola los derechos humanos ya aceptados por aquellos Estados que han ratificado las Declaraciones, Pactos y Convenciones.
- En ellos también se definen responsabilidades del Estado en cuanto a desarrollar acciones específicas.

Este proceso, todavía inicial, planteó un potencial civilizatorio de equidad entre los géneros a finales del año 2000.

1.2.2 Representaciones sociales, violencia hacia la mujer y el orden de género.

Las representaciones sociales son realidades mentales, símbolos que guían, nombran y definen los diferentes aspectos de nuestra realidad. Son importantes en la vida cotidiana porque permiten interpretar y ubicar en la cultura las actitudes sociales.

Las representaciones sociales en torno a la VIF en las diferentes sociedades pueden ser observadas o reconstruidas por un trabajo científico. Ellas permiten evidenciar las actitudes sociales con respecto a la violencia intrafamiliar y en particular hacia la mujer. Son fundamentales en tanto que determinan acciones y respuestas al problema e inhiben o estimulan a las víctimas en la búsqueda de ayuda. Estos hechos están siendo evidenciados por las investigaciones que se desarrollan con el apoyo del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de OPS/OMS, en diez países de las Américas, sobre la "Ruta Crítica que siguen las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar" en busca de ayuda a sus problemas.

Las normas legales donde la violencia ha sido explícitamente sancionada o implícitamente condonada pueden también ser un ejemplo muy ilustrativo de cómo las representaciones sociales se materializan a través de las normativas del derecho que contribuyen a una estratificación social con base en el sexo, dotando de poderes superiores al hombre en comparación a las mujeres. Esto no sólo puede ilustrarse con los derechos en relación con la familia, sino también con la tierra, créditos, etc.

La esencia androcéntrica de las leyes ha dotado a un género de mayor poder a nivel macro social y en la vida cotidiana. La jurista Catherine MacKinnon lo explica al señalar, en relación con la agresión sexual, que ésta no ha sido prohibida sino regulada por los sistemas jurídicos. Hasta 1975 la violación dentro del matrimonio no era considerada un delito en los Estados Unidos; en Francia en 1992 se convirtió en una circunstancia agravante; en España en 1989 se consideró violatoria de los derechos humanos y en América Latina a fines de los ochenta se inician modificaciones de las legislaciones para tipificar la violencia intrafamiliar como un delito. En Centro América, entre 1992 y 1997, se aprobaron 7 leyes relativas a los hechos de violencia en el seno de la familia.

La dimensión cultural, la simbología y las representaciones influyen en las políticas públicas, en las leyes y en la existencia o no de servicios en apoyo a las víctimas de VIF.

1.2.3. Conductas individuales y relaciones de poder entre los sexos

La categoría **poder** es central en el movimiento feminista y en el trabajo de los masculinistas contra la violencia.

Hay una coincidencia en los estudios de género en que el poder de dominio aparece como un elemento explicativo de la violencia que ocurre en el seno de la familia porque fomenta la construcción de los vínculos afectivos basados en la posesión, el dominio y la exclusión del(a) otro(a).

Los estudios sobre la violencia intrafamiliar sugieren que existe una dinámica común en el seno de ésta que es el **uso del poder**, el control y la autoridad por parte del agresor hacia su víctima (Walker, 1993).

Esta apreciación no sólo nos viene desde las ciencias de la conducta con relación al análisis de los agresores, sino también del abordaje de las víctimas en el que se plantea el empoderamiento hacia sí mismas y hacia su contexto (Addison, Glazer and Eimear O'Neill s.f.).

1.2.4. La salud y la violencia intrafamiliar hacia la mujer en la familia.

La violencia intrafamiliar no es una enfermedad pero puede asociarse a una variedad de síntomas y efectos en la salud de las víctimas de violencia y testigos de la misma.

En las profesiones de salud la visibilidad de la violencia como problema de salud pública es de reciente emergencia. Casos de niños(as) y mujeres abusadas empezaron a llegar a las instituciones de beneficencia desde finales del siglo XVIII e inicios del XIX, según algunos registros. No obstante, hasta muy recientemente se plantea su vigilancia epidemiológica y atención especializada. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) incorporó recientemente las definiciones de los diferentes tipos de VIF.

En el estudio sobre el tema de **quiénes son las víctimas de abuso**, el foco de atención se ha dirigido particularmente a niños(as) y mujeres abusadas. Se han realizado investigaciones en diferentes países del continente y más recientemente, sobre los adultos(as) mayores, en países donde demográficamente esta población representa un segmento en crecimiento. En Centro América, Costa Rica inició investigaciones al respecto desde la demanda de servicios del Hospital Nacional Geriátrico en 1995.

La identificación de la población masculina adulta como víctima ha sido postergada tanto en lo clínico como en la investigación (Sexual Assault of Adult Males, 1996). El hecho de esta postergación está relacionado por una parte con el consenso en las investigaciones de que las víctimas del abuso infantil son mayoritariamente mujeres (Encuesta Nacional de Canadá, 1993; Gil, 1988; Claramunt, 1992; Finkelhor, 1981; Russell, 1986). En adolescentes, mujeres y hombres de edad adulta sucede de igual manera.

Por otra parte, se estima que entre el 5 y 10% de las víctimas de la violencia sexual son hombres (Sexual Assault of Adult Males, 1996) y en esta población, diferentes estudios, ya incluidos en la cita anterior, sugieren que la mayoría de estas víctimas son homosexuales y bisexuales.

Entre las víctimas masculinas aparecen además de la preferencia sexual que el 35% tienen alguna limitante física o cognitiva (Stermac, 1996).

El conocimiento sobre los **grupos más vulnerables** nos plantea que la violencia intrafamiliar no se distribuye al azar, sino que tiene cierta direccionalidad: sexo femenino, edad, preferencia sexual en los adultos masculinos, discapacidad o dependencia, entre otras. En la selección de las víctimas pareciera existir una asociación entre

inequidad social en ciertos grupos humanos, como por ejemplo desprotección legal, desconocimiento y atropello de derechos a nivel social y familiar, representaciones sociales que desvalorizan lo femenino, a los niños(as), viejos(as) y a lo diferente.

Con relación a **quiénes son los agresores(as)**, muchos estudios indican que tanto hombres como mujeres pueden ser y son abusadores físicos, sexuales, psicológicos, patrimoniales, negligentes, etc.; no obstante, es el sexo masculino el que incurre con mayor frecuencia en ello (Batres, 1997; Claramunt, 1996; Correctional Service Canadá, 1994).

Esta desproporción en cuanto al sexo de los perpetradores no es el resultado de sesgos o clasificación (Herman, 1981), sino que muestra un patrón. Por otra parte las estadísticas judiciales, así como el análisis de contenido de medios de comunicación escrita en Centro América, confirman la frecuencia antes mencionada.

Según el Reporte de la American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and the Family (1996), los agresores pueden agruparse en tipologías (con ciertos traslapes):

- los maltratadores típicos que usan la violencia para ejercer el poder y control sobre otros(as) representan más de la mitad del total.

El resto de tipos de agresores se encuentran distribuidos entre los siguientes:

- los agresores con desórdenes mentales;
- los abusadores que cometen actos criminales también fuera de la familia.

Referente a las agresoras el mismo reporte presenta una clasificación en 5 grupos:

- mujeres que usan la violencia por autodefensa y que representan la mayoría;
- mujeres con desórdenes mentales;
- mujeres que cometen violencia criminal fuera de la familia;
- mujeres abusadoras que han aprendido a reaccionar frente a las frustraciones con violencia;
- mujeres que maltratan a sus cónyuges en respuesta al control, abuso emocional o anticipación al abuso.

La utilidad de estas diferencias entre agresoras y agresores es que sugieren estrategias de abordaje diferenciadas tanto en el plano individual y familiar como en el comunitario y estatal.

1.2.5 Características individuales y violencia intrafamiliar.

La literatura existente señala que el grupo de agresores así como el de víctimas es un **grupo heterogéneo**, es decir, que no existe un perfil de agresor o de víctima. La violencia intrafamiliar no es específica a una clase social. Todos los grupos sociales, económicos y culturales, grupos etarios, urbanos y rurales, están involucrados independientemente del nivel educativo, religión o grupo étnico de pertenencia. (Commission Violence à l'encontre des femmes, 1995).

Al mismo tiempo, las investigaciones sugieren una constelación de riesgos y resiliencias que pueden influenciar el complejo fenómeno de la violencia intrafamiliar (American Psychological Association, 1996). La psicología, la psiquiatría, la sociología y la antropología aportan valiosos elementos a través de una variedad de estudios sobre patrones de socialización, representaciones culturales, simbología social, medios de comunicación y violencia intrafamiliar.

Los riesgos pueden ser factores socioculturales e interpersonales, existencia de adicciones como el alcohol, las drogas y antecedentes de abuso. Los factores de riesgo no son causa de la violencia intrafamiliar ni predictivos, pero su presencia puede contribuir a ella. Un estudio realizado a escala nacional en el Canadá con base en los expedientes de casos de violencia señaló un cierto número de factores de riesgo asociados a hombres que ejercen la violencia en su familia, factores que deberían ser el centro de los programas para el abordaje de agresores (Correctional Service Canadá, 1994). Hay que señalar también que algunas personas que han sido expuestas a estos riesgos han sido resilientes a la violencia debido a factores de fortaleza (American Psychological Association, 1996).

La resiliencia se sustenta en la comprensión de las diferencias individuales y cómo esas diferencias entran en interacciones igualmente distintas, dependiendo de diferentes factores como edad, nivel de desarrollo, sistema nervioso, género, rasgos genéticos, contexto ambiental y cultural.

Estudios realizados particularmente con población infantil y adolescente permiten detectar un conjunto de características que actúan como factores protectores en situaciones de riesgo (Michael Rutter, María Angélica Kotliarenco, Foro internacional por el Bienestar de la Infancia).

Diferentes disciplinas de las ciencias de la salud se han abocado a la investigación de las consecuencias de la VIF a nivel individual, en la autoestima de las víctimas, su salud e incluso su vida. Investigaciones del campo de la psiconeurología sugieren la relación entre altos niveles de estrés con efectos en el sistema inmunológico. Por ejemplo, una mujer violentada sexualmente cinco años después visita dos y media veces más los servicios de salud que una que no ha sido víctima.

La *comportamientos tales como* violencia intrafamiliar y el abuso producen estrés post-traumático⁹ que puede durar muchos años después del incidente. Ha sido encontrado en niños(as), adultos(as) y personas mayores. (American Psychological Association, 1996).

9 Imágenes repetitivas, pesadillas y otros síntomas intrusivos de la memoria son muy comunes en las sobrevivientes del trauma DSPT al desarrollar recuerdos del abuso. Estos recuerdos pueden ser controlados evitando disociación, negación, minimización y represión.

La violencia intrafamiliar afecta a otros(as) miembros de la familia aunque no sean blanco directo de la misma. Los psicólogos han llamado a este efecto victimización secundaria. Para la víctima así como para la familia y particularmente para los niños(as) testigos de ésta, existe la posibilidad de generar un proceso destructivo a nivel psicológico y físico. (American Psychological Association, 1996).

La violencia intrafamiliar tiene un costo social en vidas humanas y sus consecuencias son difíciles de dimensionar.

El Canadá ha hecho estudios sobre costos de tres formas de violencia contra mujeres y niños (as): asalto sexual (violación), abuso de mujeres en relaciones íntimas e incesto (asalto sexual a niños y niñas). El estudio se realizó en cuatro áreas (servicios médicos, justicia criminal, servicios sociales de apoyo, educación y empleo). El costo estimado es de US\$4,225,954,322. De este monto el 87.5% corresponde al Estado, un 11.5% a nivel individual y un 9% a terceras partes (Centre de recherche sur la violence faite aux femmes et aux enfants, 1995).

1.2.6 Las condiciones del habitat y la violencia

El habitat es un factor importante a tomar en cuenta en la prevención primaria de la violencia intrafamiliar. El proceso de urbanización en Centro América ha producido grandes desigualdades sociales en el espacio de las ciudades y en la desprotección de servicios en el área rural. La crisis de los años ochenta, la hegemonía del mercado y globalización de la economía han extendido la pobreza urbana (Massolo, 1997). Si bien las condiciones del habitat no son una causa directa, si pueden ser condicionantes de hechos de VIF. El tema de la vivienda es inseparable del tema de la familia "ni teórica ni empíricamente la situación habitacional son genéricamente neutros o inocuos: implican efectos y experiencias diferentes entre hombres y mujeres" (Massolo, 1997). El tema de la violencia, la seguridad y la ciudadanía ha cobrado importancia en estos últimos años. La violencia en las ciudades y la seguridad es un tema con implicaciones de género, específicamente relacionado con las violaciones a mujeres (Participation in the City Jobeall, Gender and Development, Vol. 4, No. 1, February 1996).

1.2.7 Relaciones económicas y violencia intrafamiliar

La forma de inserción económica y acceso a recursos –tiempo, bienes y servicios- repercute en las condiciones de vida y en la calidad de vida de hombres y mujeres. Las estructuras y los procesos socio-económicos producen inequidades de género que ubican a las mujeres en situaciones de desventaja (Gideon, 1997), por ausencia de mercado para gran parte del trabajo de las mujeres, sesgos y discriminación en el mercado del trabajo, dobles y triples jornadas de trabajo (productivo, reproductivo) y la sobreutilización del tiempo de las mujeres por el Estado, los proyectos comunitarios y la familia.

El acceso a bienes y al dinero no es neutral en términos de género, sino que está determinado por las relaciones de género en la sociedad, con el Estado y sus instituciones y por las relaciones en el seno de la familia.

Un estudio transcultural de Levisson (1989) señala que la autoridad del varón en el aspecto económico y en la relación de poder en la toma de decisiones en el seno de la familia, es un factor que propicia la violencia hacia la mujer.

Los programas de reformas económicas no han reducido las brechas económicas ni las barreras de género; incluso pareciera que se han intensificado muchas de ellas. Uno de los problemas es el desempleo. Los efectos del desempleo en la salud de las personas se han convertido en un tema de investigación. Las investigaciones sobre el efecto del desempleo a nivel interpersonal han sido un área de investigación deficitaria (Hammtrom, 1994). Los estudios que incluyen niños(as) muestran que el desempleo del padre predice la severidad del abuso contra niños(as) y podría ser también un factor que incide en el maltrato a la mujer. En la India el desempleo entre los hombres lleva al aumento de quemaduras fatales entre las esposas (Hammtrom, 1994). Investigaciones realizadas en América Latina y otros continentes, plantean que las adversidades económicas agregan presión a las relaciones familiares. En las comunidades investigadas las mujeres reportaron hechos de violencia y establecían una relación entre la situación económica e ingreso de sus compañeros y la violencia en la familia (Caroline Moser, 1997).

1.2.8 Respuestas sociales y violencia intrafamiliar

Otra información a integrar en un marco referencial son las **respuestas sociales** que la sociedad ha buscado para deconstruir la violencia intrafamiliar.

1.2.9 Movimiento de Mujeres

Es necesario mirar a las que tomaron la palabra para visibilizar la violencia y las estrategias que crearon para enfrentarla. Desde los años 70 en los países de Europa, como Inglaterra en 1971, Holanda en 1974, Alemania Federal en 1976, Francia en 1974, y en los Estados Unidos y Canadá, el tema de la violencia emerge y los grupos de mujeres a mediados de esa década crean entre otras estrategias, refugios para las mujeres maltratadas. En América Latina, en la década de los 80 los Centros de Atención Integral son una estrategia novedosa para enfrentarla (ISIS: Violencia Doméstica y Sexual Contra las Mujeres, Hoja de datos No. 3 , junio de 1994).

Los Centros de Atención, obra creativa de las mujeres feministas, ofrecen múltiples opciones a las mujeres según sus recursos de asistencia médica, servicios jurídicos, grupos de auto ayuda y de reflexión. Algunas veces poseen un albergue pero éstos, en todo caso, han sido más limitados en Centro América (existen refugios en Honduras, Nicaragua, Guatemala, Belice y Costa Rica). Ciertos centros brindan atención a los otros(as) miembros afectados de la familia y al agresor (Diagnóstico de Actores Sociales susceptibles a participar en un Modelo de Atención a la VIF, OPS/OMS, Costa Rica, 1996).

Frente a los efectos múltiples de la violencia intrafamiliar se busca proporcionar un **servicio integral**. Los Centros han sido amigables con las mujeres víctimas de maltrato vinculando lo singular de cada caso con la visibilización de sus causas a nivel social.

1.2.10 El Estado

Su incursión ha sido más lenta e inicialmente relacionada con la legislación en torno a la violencia intrafamiliar. Canadá desde 1976 inicia acciones en relación con los niños(as) maltratados(as), en 1982 crea el Centro de Información sobre la Violencia en la Familia, en 1988 plantea una iniciativa nacional con asignación de presupuesto para la lucha contra la violencia intrafamiliar, en 1989 realiza una encuesta nacional en relación con el maltrato de adultos(as) mayores. En Francia, la Commission Violence à l'encontre des femmes, hizo un balance del estado de la situación en 1995; en dicha comisión están representados ministerios, expertos(as) y organizaciones no gubernamentales. Este señala algún avance en el plano legislativo y en el trabajo

interministerial. Los prefectos departamentos forman comisiones de acción contra la violencia a las mujeres que reúnen a los poderes públicos y asociaciones no gubernamentales, pero no existe una estructura de esa naturaleza a nivel nacional. La Comunidad Europea en 1993 definió estrategias para la eliminación de la violencia en relación con mujeres.

En **Centroamérica** las primeras iniciativas gubernamentales han venido del sector legislativo. En Costa Rica, en 1994, se avanzó hacia un plan nacional de gobierno en contra de la violencia. En Panamá se elaboró un plan sectorial con experiencia a nivel local en diciembre de 1995. En El Salvador en 1989 se creó la Secretaría de la Familia y se crean en los hospitales las Clínicas de Atención a Víctimas de Agresión Sexual (1989-1995). En 1997 se creó el Instituto de la Mujer de El Salvador y en Honduras trabajaron en la conformación de Consejerías de Familia, desarrollándolas desde el sector salud. En Belice la ley contra la violencia se aprobó en 1992 y el Plan Nacional contra la violencia se lanzó en el 99. Nicaragua creó las Comisarías de la Mujer promovidas por el Ministerio de Gobernación y el Instituto Nicaragüense de la Mujer, en coordinación con otras instancias gubernamentales y no gubernamentales. No obstante estos avances, algunas son experiencias iniciales circunscritas a áreas geográficas limitadas. En algunas de ellas como Orange Walk en Belice; Santa Lucía en Escuintla, Guatemala; Tegucigalpa, Honduras; Guazapa, El Salvador; Estelí, Nicaragua; Goicoechea, Costa Rica; Pocrí y Juan Díaz, Panamá, OPS/OMS en conjunto con los Ministerios de Salud de la región y otros actores sociales ha apoyado técnicamente estas experiencias de referencia. En la actualidad muchas de estas experiencias han sido fortalecidas y ampliadas sustancialmente. Las características de las respuestas sociales provenientes de la sociedad civil y del Estado, son un elocuente indicador de cómo se ubican en relación a la violencia intrafamiliar y a la equidad.

1.3 Aspectos éticos

- Lo **ético** debe ser un elemento sustantivo de la propuesta para abordar la violencia hacia la mujer en el seno de la familia, ya que tiene vínculos con los derechos fundamentales de las personas.
- Reconocer que la violencia en la familia es una infracción criminal.
- Las acciones no deben generar revictimización por parte de aquellos(as) que pretenden apoyar a las víctimas de violencia. Deben ser acciones amigables que tomen en cuenta la ruta crítica que siguen las víctimas de violencia.
- Los episodios de violencia aumentan en frecuencia y gravedad y no desaparecerán si no hay una intervención consciente de la sociedad, la comunidad, las familias y los(as) individuos.
- Las intervenciones deben contribuir al desarrollo humano de las mujeres y los hombres sin discriminación por sexo, creencia religiosa, opción sexual, raza y edad.

DEFINICION DE ATENCION INTEGRAL A LA VIF

Se entiende la atención integral como un sistema que opera a diferentes niveles: macro, es decir, en las políticas públicas de Estado y normativas jurídicas; a nivel meso, en el nivel institucional sectorial, a través de los sectores que desarrollan normas y directrices; a nivel micro donde se operacionaliza el sistema en espacios geográficos. Estos tres niveles desarrollan acciones integradas dirigidas a las personas víctimas de la VIF, agresores, familia, comunidad y sociedad en general.

Los ejes que se trabajan son los siguientes: detección, prevención, atención al daño y promoción de formas de convivencia no violentas. Todas estas acciones desarrolladas a través de medidas integradas de carácter social, psicológico, legal y biomédico.¹⁰

¹⁰ Algunos elementos de esta definición son tomados del PLANOSI, Costa Rica

2. ACCIONES PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las dimensiones de las condiciones de vida se convierten en un paradigma organizador de la información y articulador de los espacios en los que deben gestarse las respuestas sociales para enfrentar la VIF.

Los efectos de la VIF así como los factores que la favorecen, nos sugieren diferentes niveles de intervención: individual, familiar, comunitario y societal, a fin de generar un proceso que permita erradicar la violencia intrafamiliar de las relaciones familiares.

Cada nivel plantea diferentes actores y espacios de intervención. La identificación de esos espacios permite construir una matriz multidimensional que contemple los niveles de intervención: macro social, meso o sectorial y micro o local; actores sociales, población meta y acciones de los diferentes actores sociales en las diferentes dimensiones de condiciones de vida.

Esta matriz puede simplificarse por niveles, por actores y convertirse en una parrilla de análisis de los procesos de deconstrucción de la violencia en un país.

2.1 El nivel macro y el rol del Estado

El nivel macro se relaciona con el modelo económico social y su vinculación con la equidad de género y el Estado. Esta relación puede expresarse en la generación de políticas, programas y acciones que generen acceso y control de recursos materiales y simbólicos sin discriminación para hombres y mujeres. La equidad es una resultante de las relaciones sociales. El análisis de la VIF como se plantea en el marco de referencia basado en las condiciones de vida, toma en cuenta la interacción víctima-agresor ubicada en un contexto. Lo macro involucra al estado como generador de políticas públicas entendidas como medidas para resolver problemas que atañen a la sociedad y proponer metas sociales a alcanzar.

Una meta social de Estado sería la equidad entre mujeres y hombres, etnias y grupos culturales. Las políticas públicas implican "paquetes" de acciones y estrategias del Estado para poder modificar las relaciones no equitativas en un modelo económico. Las políticas públicas permiten una visión más precisa del Estado y su forma de abordar la equidad.

Es un hecho empírico constatable que el indicador de desarrollo humano se ve lesionado al desagregarlo por sexo. Este indicador varía entre

países, entre regiones de un mismo país e incluso entre segmentos de población, sea por la pertenencia a un estrato económico, grupo étnico o cultural. En todas esas diferencias aparecen insertadas las de género. El estudio de las brechas sociales y su abordaje implica contemplar las diferencias de género a fin de sacar del impasse al desarrollo humano.

Reconocer que las brechas de género lesionan el desarrollo social es fundamental y es por ello importante someter las políticas públicas a este análisis.

Aspectos a considerar para la construcción de políticas públicas con equidad y género:

- Reconocer las brechas de género que hay en la sociedad y que no son relaciones naturales.
- Reconocer que las políticas públicas construyen procesos que inciden en las relaciones entre hombres y mujeres, entre el Estado y la población.
- Contar con voluntad política gubernamental para abordar las brechas sociales entre los sexos.
- Fomentar procesos de participación en la elaboración de la política pública.
- Contar con indicadores de equidad de género para medir los cambios en las relaciones sociales.

2.1.1 Focos de atención a nivel macro y rol del Estado:

- Vigilancia, información y análisis de los efectos que genera el modelo económico y social vigente en los países.

Los procesos puestos en marcha en Centro América a través de los Programas de Ajuste Estructural (PAE), además de ser medidas macro-económicas, son también un asunto relacionado con la estructura de los derechos ciudadanos. Los programas de ajuste estructural, no necesariamente se traducen en equidad entre los diferentes grupos sociales. Uno de los sectores en desventaja social es el de las mujeres.

Los gobiernos han creado fondos de emergencia para paliar los efectos de los ajustes. Posteriormente se optó en los 90, en algunos países, por medios más positivos a través de la implementación de planes anti-pobreza. "Sin duda la focalización en niños y jóvenes ha sido más nítida que las basadas en el género" (Cepal, 1996).

- **El Estado como articulador, regulador y formulador de políticas**

El Estado es clave para el fomento de la equidad social y como tal debe estimular acciones en la esfera jurídica que den a la mujer pleno acceso a los recursos económicos, garantizando la igualdad y la no discriminación ante la ley, el acceso a la educación, la salud y el empleo.

La Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing, China (1995), generó una plataforma de acción que es un instrumento que orienta las políticas públicas en asuntos de género y equidad en los países. En el particular, el avance de los países de la región es muy desigual; algunos como Belice y Costa Rica poseen planes nacionales para el cumplimiento de la plataforma, otros están en proceso de elaborar políticas y otros no lo han iniciado.

- **Necesidad de políticas específicas por parte del Estado con relación a la violencia intrafamiliar.**

Se necesita un paquete de medidas específicas que orienten el accionar de las diferentes instituciones del Estado y la sociedad en general respecto a la VIF. En este particular la experiencia del Plan Nacional contra la VIF de Costa Rica es un ejemplo a estudiar y a tomar en cuenta. Una Política de Estado por la no violencia involucra la búsqueda de bienestar y resolución de conflictos en forma no violenta en el seno de la familia.

Las dimensiones del problema, la violación a los derechos humanos individuales, seguridad, libertad, negación de desarrollo, de la vida, los costos económicos de la VIF a nivel individual, familiar y de los servicios del Estado, exigen una intervención del mismo a nivel legislativo, interministerial, con la sociedad civil y con los medios de comunicación de masas que contribuya a la detección, prevención, atención y promoción de formas no violentas, con acciones dirigidas a la población en general, a víctimas de violencia intrafamiliar y al control de las conductas agresoras.

2.2 El nivel meso y el rol del sector salud

Se parte del rol de las instituciones estatales, como elemento de intermediación para el desarrollo de la equidad de género, a través de políticas sectoriales, normas y servicios a la ciudadanía.

El Modelo puede apreciarse desde el sector salud. De igual manera puede ser trabajado con otros sectores claves del Estado, viendo cuál sería su aplicación específica, por ejemplo, Justicia, Educación, etc. El abordaje a este nivel parte de un enfoque de equidad de igual manera que en el nivel macro.

EL sector salud como institución puede contribuir a una política de distribución. Los programas sociales pueden tener un impacto distributivo que contribuya a un desarrollo sostenible, si se considera que el proceso socio-económico es interactuante.

En la década de los noventa, el sector salud de Centro América se enfrascó en procesos de reforma sectorial, que han implicado redefinición del rol de los Ministerios de Salud, la seguridad social y el sector privado en la provisión de servicios y el financiamiento del acceso de la población en los servicios de salud.

El tema de la equidad y la eficiencia se encuentra en el centro de los desafíos de esos procesos de reforma. Este reto no excluye a los organismos financieros y de cooperación, quienes inciden a través del financiamiento o la ayuda técnica.

No existen todavía estudios en Centro América que indiquen los efectos de la reforma en salud y la equidad en asuntos de género para poder sacar conclusiones al respecto. Sin embargo, consideramos que es importante analizar en cada uno de los países los siguientes aspectos como una medida de prevención primaria a la VIF.

2.2.1 Focos de atención del sector salud para el fomento de la equidad en asuntos de género.

- **Vigilancia y análisis de las condiciones de salud desde una perspectiva de equidad.**

Se hace necesario el desarrollo de estudios con enfoque de género que permitan evaluar el impacto de los programas de ajuste estructural y reformas económicas en las condiciones de salud de mujeres y hombres, lo que significa determinar las necesidades y problemas de salud, tomando en cuenta la interacción entre las especificidades biológicas según los grupos de edad y su integración con las condiciones de género y otras diferencias sociales existentes.

La identificación de las tensiones permitirá una política más eficaz del sector y coordinada con otros organismos del Estado. El tema de la equidad muchas veces es expresado en los documentos oficiales de los países pero no queda claramente planteada la metodología de cómo operacionalizarla, particularmente en lo que refiere a los asuntos de género.

- **Incorporación del enfoque de género en los procesos de reforma**

En el área de regulación y rectoría que los Ministerios de Salud pueden ejercer en todo el sector salud y otros organismos, los marcos legislativos y normativos que se están gestando deben contemplar la equidad en asuntos de género en la prestación de servicios privados y públicos.

La intervención del gobierno es necesaria en salud ya que las leyes del mercado no aseguran una ubicación adecuada en los sectores más vulnerable socialmente.¹¹

¹¹ *Los procesos de reforma plantean la relación entre intereses colectivos y privatización del sector y su relación con la equidad y la eficiencia; estos temas evidencian la particularidad que tiene el mercado de la salud.*

Pueden incluso agravar las brechas sociales ya existentes. Algunas actividades eficientes para salud no necesariamente pueden ser rentables para el sector privado, como podría ser la prevención de la violencia intrafamiliar, pero no obstante para el sector público significaría el ahorro de grandes erogaciones en la atención de la morbilidad consecuente, por lo tanto de alto costo de efectividad y equidad.

Con relación al financiamiento para el acceso y calidad de los servicios, diferentes esquemas se han introducido para aumentarlo en el sector salud. Las reformas plantean una mayor participación de fuentes privadas. La pregunta a plantearse desde el Estado sería ¿cuánto se gana en salud y equidad en asuntos de género y cuánto cuestan las acciones a realizar? La inclusión de la equidad de género como herramienta de análisis de los costos contribuye a acciones más costoeficientes para la salud. Un ejemplo sería el manejo en la prevención primaria del VIH y otro puede ser la planificación familiar y la educación sexual.

Se sabe que existen diferencias biológicas importantes entre hombres y mujeres en cuanto a la vulnerabilidad al VIH, pero estas diferencias no explican por sí solas el que las mujeres constituyan el 75% de los nuevos infectados. Las relaciones desiguales entre hombres y mujeres incrementan la vulnerabilidad de la mujer (OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1997).

La planificación familiar y la educación sexual son esenciales para la salud de la mujer y el niño(a) y en ello es necesario incorporar al hombre y no ver la reproducción biológica y la sexualidad sólo relacionada con la mujer.

El problema no es solamente formular paquetes de salud o canastas de salud económicas, sino que éstos permitan enfrentar problemas de salud pública prioritarios en equidad, no importa quien los realice, pero sí que garantice acceso y calidad. La equidad en lo financiero está relacionada con la regulación y con la política distributiva del Estado para asegurar las acciones necesarias.

- **Necesidad de políticas y acciones específicas a nivel del sector salud con relación a la VIF.**

La definición de los paquetes básicos o canastas es una modalidad que se ha estado utilizando en la mayoría de los países para definir si las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación que se pueden proveer a la población son costoefectivas. ¿Cuánto rinde un dólar en términos de salud ganada o enfermedad evitada? (Banco Mundial). Significa la selección de intervenciones costo-efectivas para la composición de esas canastas.

Según estudios realizados en América Latina, un rango entre el 30 al 50% de mujeres ha sufrido algún evento de violencia. El desarrollo de normas de atención que orienten en la detección en los diferentes niveles de los servicios de salud puede generar intervenciones oportunas y evitar mayores daños a la salud y mayores costos a las instituciones. Los prestatarios de salud pueden dar información y realizar una intervención oportuna para evitar un desenlace fatal. Por otra parte, en los espacios de salud institucional se puede iniciar un proceso de registro, clasificación y análisis epidemiológico de la violencia intrafamiliar.

El desarrollo de esta propuesta al referirse al sector salud toma en cuenta los niveles de atención según complejidad en que se pueden desarrollar acciones según los ejes de: detección, prevención, atención y promoción, abordando también la capacidad resolutoria de las diferentes unidades o servicios.

Los niveles normativos se encargan de la elaboración de planes, normas y protocolos según tipo de violencia y víctimas (niños y niñas, adolescentes, mujeres, adultos y adultas mayores).

Esta instancia puede desarrollar los procesos de seguimiento y evaluación de las intervenciones. La forma de trabajo está en proceso de ser desarrollada en Panamá, Costa Rica y Honduras.

2.2.2. Ejes de acción desde el sector salud para enfrentar la violencia intrafamiliar

La **promoción** de formas no violentas en el seno de la familia constituye el norte del modelo ya que significa la intervención primaria. Las acciones que se impulsan están destinadas a desarrollar cambios en las representaciones sociales y actitudes que favorezcan la no-violencia, que no minimicen o nieguen la violencia. Una acción precisa es fomentar concepciones no discriminatorias con base al sexo, la edad, la etnia, la opción sexual, etc., en la educación en salud y entrega de servicios.

La **detección** temprana de las personas víctimas de violencia es un requisito indispensable para darles seguridad, asistencia, protección y constituye el primer paso para detener el maltrato físico y el abuso sexual. El modelo de atención debe desplegar, a través de los diferentes actores sociales, mecanismos que permitan identificar a las personas víctimas de violencia a través de normas de detección y de la sensibilización pública a los hechos de VIF. Mecanismos accesibles de escucha y denuncia para mujeres, niñas, niños y adultos (as) mayores: centros de orientación y líneas telefónicas de denuncia que faciliten la demanda de ayuda. Las consultas rutinarias de los servicios de salud son un espacio privilegiado para la detección de los problemas de violencia, al igual que el sector educativo con relación a los niños(as).

La **prevención** es la intervención oportuna dirigida a evitar la escalada del daño, a la protección de las personas afectadas y al control de la reincidencia en la población agresora. Las medidas de protección legal son importantes para la prevención y para la seguridad de las víctimas. El personal de salud debe conocer los procedimientos legales y las obligaciones correspondientes del sector.

La **atención** tiene como objetivo brindar acciones a nivel emocional y asistencial, prioritariamente a las víctimas de violencia. Los servicios incluyen educación, información, asistencia biomédica, organización de grupos de apoyo según edad, sexo y problemas vividos. Las metas de estos servicios están dirigidas al empoderamiento de las personas víctimas que les permita construir por si mismas estrategias alternativas de sobrevivencia. El desarrollo de acciones de atención necesita del establecimiento de coordinaciones con organismos privados y no gubernamentales que ya trabajan en la atención de la VIF, así como entre las instituciones del Estado.

Respecto a las acciones dirigidas a los agresores físicos y sexuales, éstas estarían siempre coordinadas con los servicios de atención a las víctimas, pero en lugares diferentes y su propósito es asegurar la protección de éstas últimas por medio del control de reincidencia del comportamiento agresor (Claramunt, 1996).

Sobre la atención a las víctimas existe mayor experiencia en la región centroamericana. En lo que concierne a los agresores la experiencia es limitada o casi inexistente y es uno de los aspectos en proceso de trabajo teórico, así como también examinar experiencias en curso en la región y en otros países.

2.2.3 Algunas acciones a desarrollar para estructurar un proceso desde el sector salud

A corto plazo:

- Formar un grupo interdisciplinario conductor del proceso, sensibilizado sobre el problema de la VIF. Esta medida se ha implementado en Centro América en el marco del proyecto de Fortalecimiento y Organización de las Mujeres y acciones coordinadas entre el Estado y la Sociedad Civil contra la Violencia (APAXVIF) que desarrolla el Programa Mujer, Salud y Desarrollo de OPS/OMS.
- Documentar y desarrollar registros adecuados por sexo y edad sobre hechos de VIF. Actualmente los siete países de Centro América han iniciado la confección de una boleta para el registro de la VIF en los espacios de salud.
- Desarrollar propuestas de acción coordinadas entre entidades privadas y públicas involucradas en el problema y la movilización de los recursos a nivel de la cooperación internacional. Este proceso se está

logrando a través del estímulo de redes interinstitucionales y de la sociedad civil en las localidades en las que se desarrolla el proyecto ya mencionado.

- Sensibilización y capacitación a diversos niveles normativos y de servicios. Estas acciones se encuentran en curso en los países de la región Centroamericana.
- Conocer la Ruta Crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar.
- Capacitar a los(as) proveedores de servicios del sector privado para la intervención en el problema de la VIF a través de los colegios profesionales.
- Desarrollar protocolos modelos por tipo de violencia y población afectada, a implementarse según nivel de complejidad de los servicios. Estos protocolos deben trabajarse en forma interdisciplinaria y tomando en cuenta experiencias que ya existen sobre el particular.
- Ejecutar experiencias de referencia a nivel local que aseguren la atención integral y eficaz de las víctimas y que pueden ser sistematizadas.

Actualmente los países de Centro América se encuentran en ese proceso. Se han seleccionado siete municipalidades donde se están implementando planes de acción en los ejes que hemos mencionado.

A mediano plazo:

- Sistematización y evaluación de la experiencia de referencia. El próximo paso en la región de Centro América es evaluar las experiencias en curso a partir del presente modelo que permita ver particularidades, vacíos y aportes.
- Desarrollo de acciones que permitan la intervención temprana y eficaz con las personas afectadas por la VIF.
- Identificación de los criterios o factores que favorecen el desarrollo de agresores sexuales juveniles.
- Desarrollo de campañas de promoción de formas de convivencia no violentas y de concepciones no discriminatorias.
- Desarrollo de normas y procedimientos estandarizados para la detección, registro y atención de la VIF.
- Desarrollo de acciones especializadas para lograr el control de la reincidencia del comportamiento agresor en coordinación con otras

instituciones estatales (Justicia, Educación y ONG's)

- Ampliación del modelo a otras áreas de salud.
- Desarrollo de indicadores que permitan la evaluación de las intervenciones.

A largo plazo:

- Lograr estrategias de Estado con políticas, planes y recursos gubernamentales para la atención integral de la violencia. En el caso que el plan sectorial surja primero se hace necesario el desarrollo de experiencias locales.

- Formación de redes nacionales y regionales que permitan fomentar la movilización social en contra de la violencia.
- Disminución de los efectos de la violencia intrafamiliar mediante intervenciones oportunas y eficaces.

La cuestión del orden y de los plazos de las acciones presentadas, no necesariamente se desarrollarán de esta manera, ni tampoco se pretende que todas las acciones sean desarrolladas. Dependerá de las características de cada realidad. No todas las instituciones de salud tienen políticas explícitas con relación a la VIF, en algunos casos son iniciativas locales de funcionarios(as) y organismos no gubernamentales quienes desarrollan respuestas sociales por iniciativa propia. En esos casos, esta propuesta puede también ser útil y avanzar a partir del modelo en un proceso de concertación - movilización social en contra de la violencia con otros actores sociales para construir redes e incidir a nivel local. Las sugerencias planteadas son indicativas y tratan de capturar una práctica social de la región centroamericana y de otras experiencias.

2.3 Pautas para construir el modelo a nivel micro y el rol del sector salud

El modelo de atención integral a la VIF se concreta en los espacios geográficos según la organización nacional de cada país, la existencia de infraestructura de servicios de salud, justicia, educación, policía, organizaciones comunitarias, servicios no gubernamentales, recursos humanos capacitados, sensibilidad y voluntad política en torno al problema.

En este espacio territorial donde las personas participan y reciben acciones concretas para mejorar su calidad de vida.

El modelo a este nivel puede ser producto de una decisión estatal, que obedezca a una política macro, caso de Costa Rica, Belice y Honduras, producto de una política sectorial a nivel meso como el caso de Panamá o el inicio de una experiencia de referencia como en el resto de los países de Centroamérica hasta el momento.

La organización del modelo a nivel local plantea la necesidad de :

- Identificar los diferentes actores sociales susceptibles de participar en un modelo de atención integral a la VIF. Este trabajo ha sido hecho en los siete países de Centro América identificando instituciones estatales, no gubernamentales, movimiento de mujeres, líderes locales, etc. La investigación puede ser realizada mediante una metodología de evaluación rápida utilizando la técnica de "Bola de Nieve", a través de la identificación de informantes claves. Esta investigación permite conocer los recursos existentes para complementar y apoyar las acciones para el abordaje de la VIF y es un insumo para convocarlos a la construcción de una red local.
- Conocer la ruta Crítica que siguen las personas afectadas por la VIF a nivel local en la búsqueda de ayuda y cuáles son las respuestas sociales encontradas. Esta investigación también puede ser realizada mediante evaluación rápida, utilizando grupos focales a nivel de la comunidad y prestatarios. Ésta trata de conocer las representaciones sociales de la comunidad en relación a la VIF, de los posibles prestatarios y de las mujeres y hombres de la comunidad. La información obtenida permite desarrollar acciones más precisas en la capacitación, así como en la modificación de obstáculos para una atención adecuada a las víctimas de violencia.
- Evaluar la situación de violencia intrafamiliar en el área de salud utilizando fuentes secundarias: Policía, Alcaldía, comunidad, ONG. Es importante presentar datos de la propia comunidad, aunque sabemos que esos datos serán aproximados ante la ausencia de registros adecuados.
- Los resultados de las investigaciones operativas deben ser presentados a los(as) líderes locales y se debe discutir con ellos posibles soluciones para enfrentar la VIF en su municipalidad. Esta actividad permite a la organización comunal tener una mirada contextualizada del problema.
- Desarrollar un proceso de sensibilización y capacitación en torno al problema de la VIF mediante un plan estructurado que pueda ser dirigido a diferentes actores: líderes, prestatarios(as) de servicios, etc. El plan podría abordar qué es la violencia intrafamiliar, sus expresiones, el impacto, cómo detectarla, cómo intervenir, cómo promover formas de convivencia no violentas y el marco legal del país respecto al problema.

- Estimular la creación de una red local para coordinar las acciones entre los diferentes actores sociales interesados en construir un modelo de atención integral a la VIF. Podría decirse que el modelo mismo es una red que va construyéndose por niveles macro, meso y micro. Es importante definir algunos criterios de funcionamiento y organización de esta instancia. La red puede formar comisiones de trabajo de promoción, acciones comunitarias, capacitación, etc.
- Una de las tareas de la Red es la elaboración de un plan de acción local en los ejes del modelo que contemple acciones biomédicas, psicológicas, sociales y legales, con la participación de los actores involucrados y mediante una metodología participativa.

El plan puede ser estructurado mediante la metodología del marco lógico que permite visualizar resultados, actividades e indicadores. En él se plantean las metas a alcanzar, las poblaciones priorizadas y las acciones más urgentes. Debe ser coherente con la filosofía del marco referencial.

2.3.1 El desarrollo del modelo y las áreas de salud

El modelo a nivel micro se configurará según la realidad local. Este apartado se plantea el rol del sector salud sin desvincularlo de la totalidad, es decir, de otras instituciones del Estado y la participación social.

Los niveles locales de salud pueden jugar un papel de liderazgo en el enfrentamiento de este problema social y tener un rol de concertación del sector público, privado y organizaciones no gubernamentales para el cumplimiento de esta meta de equidad a través de la formulación de planes locales.

El área de salud a nivel institucional lidera las metas y objetivos a alcanzar en el abordaje de la VIF y desarrolla el apoyo técnico a las unidades de salud de su territorio.

Existencia de un Comité Institucional conductor del proceso institucional en la jefatura del área de salud que planifique, de seguimiento, apoye técnicamente y evalúe el proceso en el seno de la institución, en los diferentes niveles de complejidad de los servicios que existan en los espacios geográficos de su competencia.

Existencia de Normas y Protocolos para la atención integral a la VIF en los espacios de los servicios de salud es un requisito para poder desarrollar acciones de calidad y coordinadas referentes a la VIF.

Registro de los hechos de VIF por grupos de edad, sexo, tipo de VIF, vínculo de la víctima con agresores(as). El Sector Salud aplicando la CIE-10 puede desarrollar un registro de la VIF, pero además es importante la coordinación con otros organismos garantizando la confidencialidad de las personas afectadas. Las encuestas de prevalencia pueden ser un instrumento auxiliar ante el hecho de que las estadísticas de salud tendrán un subregistro, ya que es un registro pasivo.

Plan de capacitación y educación continua a las personas que realizan la intervención directa según el nivel de complejidad de los servicios que tenga el área: atención básica, general y especializada (intervención en crisis, grupos de autoayuda, consejería psicológica individual, grupal, etc.). Los aspectos éticos deben ser parte del contenido de la capacitación.

Integrar la atención de la VIF al sistema de referencia en los servicios de salud y con otras instituciones y organismos: red local de actores sociales. Se sugiere crear un directorio de los servicios y redes de apoyo existentes.

Elaboración de un Plan institucional del área con acciones en los ejes del modelo para el abordaje de la VIF, con sus indicadores de resultados incorporados en la planificación de actividades del área de salud. La planificación debe ser cuidadosa en las metas a fin de evitar daños mayores a las víctimas y frustraciones al personal. Es importante divulgar el plan a nivel de los servicios y presentarlo en la red interinstitucional, así como evaluarlo.

La programación del área puede utilizar el abordaje de la violencia como una estrategia que contribuye a enfrentar otros problemas de salud de las mujeres, niños(as) y adulto(as) mayores. Por ejemplo, la VIF es un factor de alto riesgo para mujeres embarazadas e incide en el peso del recién nacido. Es importante que criterios de detección de la VIF sean manejados por médicos(as) generales, pediatras, gineco-obstetras, enfermeras(os), etc.

2.3.2 Pautas para el desarrollo del modelo a nivel de las unidades o espacios de salud institucional

El trabajo en equipo entre los(as) diferentes profesionales de la salud es necesario para la adecuada atención integral de las víctimas, por lo que se sugiere que exista una persona o comisión, según la disponibilidad de personal, que a nivel de la unidad de salud coordine y dé seguimiento a las acciones de la institución en relación a la VIF y se evite la revictimización de las personas afectadas por la violencia, por excesos de trámites o una intervención no adecuada.

La capacitación del personal sobre la VIF es indispensable no sólo en el área de servicios, sino también de administración.

Un entrenamiento más especializado debe ser realizado según las acciones que ejecuten y con relación al nivel de complejidad de la unidad. El apoyo de profesionales de las ciencias de la conducta capacitados(as) para el abordaje de la VIF es indispensable, igual que el de abogados(as) con relación a los aspectos legales.

Existe evidencia de que la existencia de políticas y de protocolos sobre la VIF aumenta la identificación en las consultas de las mujeres agredidas.

En las diferentes unidades institucionales de salud deben diseñarse los pasos a realizar para atender a una víctima de VIF: detección, entrevista, información a proporcionar, qué documentar del incidente, atención biomédica a las lesiones y a las necesidades emocionales, psicológicas, evaluación del peligro, plan de seguridad y referencias a otros servicios. La intervención directa a la VIF debe tener claramente definidos sus objetivos y las intervenciones a realizar, sea de atención individual o grupal. La atención debe ser interdisciplinaria y en red (ya que no todos los recursos están en una sola instancia), debe ser coordinada e incluye la atención terapéutica y biomédica cuando ambas se requieran y las coordinaciones necesarias para el apoyo social y legal.

En la atención de las mujeres adultas en los espacios de salud, debe respetarse su decisión respecto a la denuncia del agresor. Sin embargo, hay casos cuando la víctima está en alto riesgo en que el personal de salud debe valorar medidas protectoras en coordinación con otras instancias de la red.

Las víctimas de la violencia pueden llegar a los servicios sea por emergencias, consulta o referidas por la comunidad. Es necesario que las personas de la comunidad tengan conocimiento de los servicios que brinda el puesto de salud, el centro u hospital.

A continuación se trata de mostrar un proceso de respuesta a los hechos de violencia sexual de un centro hospitalario canadiense (Peterboroug Civic Hospital, Set. 1992).

Todo el proceso de aplicación del protocolo -entrevista, relato de la víctima, diagnóstico- es realizado con una política de confidencialidad:

- Se solicita consentimiento a la víctima si es mayor de 16 años, o menor de 16 años si es casada.
- Se asegura que la información quede restringida al equipo médico que la atendió y que no será accesible a ninguna persona no autorizada o paciente.
- Sólo el personal que la atiende directamente puede dar información a la policía y con consentimiento de la víctima.
- A la víctima se le asegura un servicio amigable y de calidad que permita el apoyo emocional y coleccionar las evidencias forenses según pasos establecidos sobre el particular.
- La valoración médica tiene pasos estandarizados para todos los(as) pacientes víctimas de violencia sexual y se señala el personal de salud involucrado (H.C.P. 1992)

De igual manera deben ser normados los pasos para atender mujeres agredidas. Además de atender las lesiones físicas causadas por los golpes es una necesidad atender lo emocional.

La dirección del Centro de Salud u Hospital debe plantear la pregunta al personal de salud. ¿Qué es posible hacer? Las metas del Centro pueden ser a corto, mediano y largo plazo.

2.3.3 Algunos elementos a tomar en cuenta para la planificación en la unidad de salud

- a. Partir del conocimiento de la plantilla y perfil profesional que existe en la unidad de salud.
- b. Tomar en cuenta los recursos de apoyo con que cuenta el centro, los medios diagnósticos y de laboratorio

- c. Conocer cuál es el nivel de conocimiento técnico sobre violencia intrafamiliar que tienen los(as) profesionales.
- d. Ubicar las acciones con base en las políticas de prestación y financiamiento del sector.
- e. Tomar en cuenta, al momento de planificar las acciones, cuáles son las normas de productividad que existen para el personal según nivel de complejidad.
- f. Conocer la ruta crítica que siguen las personas afectadas por la violencia al interior de la unidad de salud.

Con base en estos criterios pueden adecuarse los protocolos modelos en las diferentes unidades.

Las acciones que pueda desarrollar cada unidad deberán ser vinculadas con la red local y en una relación de complementariedad e integralidad.

Este documento no ha abordado la atención a las personas agresoras. Es un área gris en el conocimiento y con experiencia muy limitada en centro América. En otras áreas geográficas fuera de la región la creación de estos programas ha estado bajo el impulso del sistema judicial y policial, o por el movimiento de masculinistas, trabajadores(as) sociales o por personas que trabajan con mujeres y niños(as) maltratados. Programas de esta naturaleza se han desarrollado en los Estados Unidos, Canadá, en los países europeos y en algunos países de América Latina como México y Chile.

Las intervenciones necesarias para las personas agresoras deben ser parte del abordaje integral de la violencia intrafamiliar.

Otro aspecto poco abordado en esta propuesta está relacionado con el tema de los efectos de la violencia intrafamiliar en el personal que trabaja directamente con víctimas y agresores. Este aspecto debe ser tomado en cuenta por la dirección del Centro y programar los espacios que permitan la discusión de los casos que puedan afectar personalmente a determinado personal. Fomentar el trabajo en equipo es una forma de auto cuidado del personal. Por otra parte es necesario dejar espacios de tiempo a la persona o equipo de personas que están trabajando en la intervención directa (la escucha de los hechos de la violencia) para que se desvinculen del tema durante ciertos períodos que les permitan involucrarse en actividades diferentes. Otra medida recomendada es la supervisión técnica por otros equipos e intercambio de experiencias.

A manera de conclusión se ha sugerido a lo largo de este trabajo que el abordaje de la violencia intrafamiliar es un proceso político, social y técnico en el que deben involucrarse diferentes actores partiendo de un paradigma de complejidad cuyo punto de partida son las condiciones de vida de mujeres y hombres. Para su operacionalización la propuesta debe ser contextualizada en el medio cultural de cada país, en los procesos de reforma económica, en las políticas hacia la mujer, en las reformas y modelos de atención del sector salud. La contextualización implica aprender de quienes trabajan por la nula violencia en el seno de las relaciones familiares e implica también aprender de otras experiencias y en otros espacios.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

Addison, Shirley; Shelley Glazer Eimear O'Neill. A feminist approach to psychotherapy. En: **Canadian Women Studies / Les Naires de la femme 14 (3)**: 69. (s.f.) p. 69

American Psychological Association. **Report on Violence and the Family**. New York: The Association, 1996. p. 17.

Batres, Gioconda. **Del ultraje a la esperanza**. San José: ILANUD, 1997. p. 33

Castellanos, Pedro Luis. **Determinantes sociales de la situación de salud de las poblaciones**. (s.n.t.). p. 10.

———. **Sobre el concepto de salud-enfermedad**. (S.I.): Taller Latinoamericano de Medicina Social, 1987. p. 318.

CEPAL. **Panorama Social de América Latina**. Santiago de Chile: CEPAL, 1996. p. 79.

———. **Panorama Social de América Latina**. Santiago de Chile: CEPAL, 1996. p. 114.

Claramunt, Cecilia y y Guido Lea. **Algunos elementos filosóficos, políticos y acciones de intervención para la prevención, detección y atención del problema de la violencia intrafamiliar**. San José: OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1996. p. 17.

Costa Rica. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. **Plan operativo 1996-1998: Plan nacional para la atención y la prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI) - Documento Preliminar**. San José: CMF, 1996. 1v.

Culler, Jonathan. **Sobre la deconstrucción: teoría y crítica después del estructuralismo**. Madrid: Ediciones Cátedra, 1992. p. 261.

Devereux, Georges. **De l'angoisse à la méthode**. París: Aubier, 1980. pp. 45-176

Elkaïm, Mony. **En los límites del enfoque sistémico**. En: Diálogos. Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1994. p. 326. (Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad).

Elson, Diane y Gideon, Jasmine. **Gender Concerns and Economic Issues: Central American Economies and Gendered Structures. A comparative study**. University of Manchester, 1997. p. 26.

Francia. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Ministère des Affaires étrangères. Mission de Coordination de la 4eme. Conférence mondiale sur les femmes. **Rapport de la Commission "Violence à l'encontre des femmes"**. París: La Commission, 1995.

Gayle, Rubin. **The traffic in women notes on the Political Economy of Sex**. Vol. VIII. México: Nueva Antropología, 1986. (Revista de Ciencias Sociales; No. 30).

Gideon, Jasmine. **Género y Economía en América Central**. Managua: Taller Latinoamericano sobre Estudios de Género, 1997.

Harding, Sandra. **Ciencia y Feminismo**. Madrid: Ediciones Morata Sl., 1996. p. 239. (Colección Psicología).

Kotliarenco, María Angélica, Catalina Alvarez e Irma Cáceres. Una nueva mirada de la pobreza. En Foro Mundial 1995: **"La persona menor de edad como prioridad en la agenda mundial: qué es lo necesario?"**, 1995. Puntarenas: Foro Internacional por el Bienestar de la Infancia, 1995. p. 2.

Hammtröm, Anne. **Health consequences of youth unemployment**. (s.n.t.). (Review from a gender perspective Soc. SCi Med. 38 (5): 699-709, 1994.

Health Economics. **Technical Briefing Note, Privatización in Health**. WHO task forec. June 1995.

Health, Judith. **El incesto padre/hija**: (material mimeografiado). (s.n.t.), 1981.

Massolo, Alejandra. **Las condiciones del habitat para la mujer**. Managua: Seminario Latinoamericano "Estudios e Investigación sobre mujer y género en América Latina y el Caribe", 1997.

Morín, E. **Epistemología de la complejidad: nuevos paradigmas**. Buenos Aires: Paidós, 1994. p.421.

———. **La Méthode. La connaissance de la connaissance**. Vol. 3. París: Ediciones Seuil, 1986. p. 209.

OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. **Género, Salud y Desarrollo: Manual para el desarrollo de talleres para la incorporación del enfoque de género en programas y proyectos de salud**. Washington: OPS/OMS, 1997. p. 68.

Sexual Assault of Adult Males. En: **Journal of Interpersonal Violence**. 11 (1): 52-64, 1996. (S.I.): Sage Publication.

Velásquez, Susana. **Género y Psicoanálisis**. (S.I.): Paidós, 1996. p 230. (psicología Profunda).

Walker, Leonore. **Survivor therapy - clinical assesment and intervention: Workbook**. Denver: Endolor Communications, 1996. p. 53.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Belize, Government of Belize. **The Quest for Equity Belize National Health Plan 1996/2000**. (s.n.t.), 1996. 1v.

Burín, Mabel y Emilce Dio Bleichmor (compiladoras). **Género Psicoanálisis, Subjetividad**. Madrid: Paidós, 1996. p. 6. (Psicología Profunda).

Cáceres O., Ana, Valentina Martínez M. y Diana Rivera O. (Editoras). **Modelos teóricos y metodológicos de intervención en violencia doméstica y sexual**. Santiago, Chile: Csa de la Mujer La Morada, 1993. p. 126.

Conferencia Interamericana sobre sociedad, violencia y salud. Washington: Nov. 1994. **Memorias**. 86 p.

Costa Rica. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. **Plan operativo 1996-1998: Plan nacional para la atención y la prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI) Documento Preliminar**. San José: CMF, 1996. 1v.

Cyr, Caroline. **Conceptual model: family violence programming within a correctional setting**. Canadá: Correctional Service, 1994. p. 39.

Day Tanis. **The health-related costs of violence against women in Canada: the tip of the iceberg**. Ontario: Center of Research on Violence Against Women and Children, 1995. p. 40.

Dio Belichmar, Emilce. **Dependencias amorosas**. (s.n.t.). p. 8.

Encuentro Centroamericano y del Caribe sobre violencia contra la mujer, (Primero). (San José, dic. 1991). **Propuestas sobre políticas públicas para enfrentar y prevenir la violencia contra las mujeres y en la familia**. San José: CEFEMINA, 1991. 1v.

Fried Schnitman, Dora. **Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad**. Argentina: Paidós, 1994. p. 458.

Foulds, David, Editor. **Child sexual abuse/assault protocol**. (s.n.t.) 1 v.

Guido L., Lea. **Analyse de la situation de la santé à niveau local selon les conditions de vie par sexe-gendre: étude d'une expérience en Amérique Centrale**. Lyon: Université Claude-Bernard, 1995. p. 112.

Hart, Bárbara. Monitoreo de agresores físicos y de programas de consejería para agresores. En: **Safety for Women: Monitoring Batterers's Programs**. San José: Fundación Ser Crecer, 1994. p. 26.

Larrain, Soledad H. y Walker Cristian. **Perspectiva psicosocial y jurídica de la VIF**. Santiago de Chile: Servicio Nacional de la Mujer, 1995.

Massé Narváez, Carlos E. y Eduardo Sandoval Andrés Forero. **Políticas públicas y desarrollo municipal**. México: Colegio de México.

McDonald, Sheila y Wyman, Jennifer. **Guidelines and protocols for the sexual assault nurse examiner**. Toronto: Sexual Assault Care Center, 1995. 1 v.

Mercy, James A. et. al. Public health policy for preventing violence. In: **Health Affairs** 12 (4).

Les Représentations Sociales, sous la direction de Denise Jodelet. **Sociologie d'aujourd'hui**, Presses Universitaires de France, 1993. p. 424.

Oakley M., Anne. **Short-term women's groups as spaces for integration**. New York: Guilford Press, 1996. 1 v.

OPS/OMS. **Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda regional por la Reforma del Sector Salud**. Documento de seguimiento a la Cumbre de la Américas.

———. División de Promoción y Protección de la Salud. **Salud y violencia: plan de acción regional**. Washington: OPS/OMS, s.f. p. 19.

———. **Plan de Acción del Proyecto APAZVIF 1997**. San José: OPS/OMS, 1997.

———. **Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe** (Serie Documentos Reproducidos No. 41) Marzo, 1994.

Panamá. Ministerio de Salud y OPS. **Plan institucional de atención y prevención de la violencia y promoción de formas de convivencia solidaria.** Panamá, 1996. 1 v.

Pérez del Campo, Ana María. **Las mujeres y las dependencias afectivas.** s.n.t. p. 7

Red de Mujeres contra la Violencia. Cuaderno de estudio "TRabajando contra la violencia". Managua: La Red, 1995. 1v.

Renfrew Victoria Hospital. **Woman assault protocol.** Ontario, 1991. p. 12.

Reunión del Consejo Directivo de OPS, 38va. **Resolución no. 19 sobre Violencia y Salud,** 1994. 1v.

Stermac, Lana, et al. Sexual Assault of adult males. In: **Journal of Interpersonal Violence** 11 (1): 52-64, 1996.

Sweetman, Caroline, Editor. **Women and urban settlement.** Canada: Oxfam Publications, 1996. p. 65.

La violencia contra la mujer: una propuesta de un modelo que contribuye a la prevención primaria. Documento para la Discusión en la Reunión de Puntos Focales del Programa Mujer, Salud. México, 10-12 marzo, 1997. p. 31.