

INFORME FINAL

Sistematización del Proyecto OPS:

HACÍA UN MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN CENTROAMÉRICA

Mary Ellsberg, PhD
Programa para la Tecnología Apropriada en Salud, PATH

Carme Clavel Arcas, MD, MPH
División para la Prevención de la Violencia, NCIPC- CDC

Diciembre 2001



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

INDICE

I. Antecedentes	3
II. Objetivos y Alcance de la Misión	3
Alcance	4
III. Metodología Utilizada para la Revisión	4
Organización del informe	5
Limitaciones del informe	5
IV. El Contexto Centroamericano	6
Revisando las definiciones	6
Las leyes: necesarias pero no suficientes	7
La mediación no es perdón ni reconciliación	8
De las palabras a la acción: Los planes nacionales de la lucha contra la violencia	9
Desafíos de las comisiones y planes	9
V. El Sector Salud: Construyendo un Abordaje Integral	10
¿En qué consiste el modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar?	10
Políticas de salud: ¿Papel mojado.... o papel implementado?	11
¿Dónde se ubican los programas de atención a VIF?	12
Las comisiones interprogramáticas de VIF en el sector salud	13
Con normas o sin normas.....	13
La capacitación al personal de salud	15
VI. El Modelo de Atención a las Mujeres y Niñas/os que Sufren Violencia	17
Siguiendo la ruta crítica	17
¿Porqué la violencia intrafamiliar es invisible en los servicios de salud?	17
¿Cómo identificar a las mujeres que viven con violencia?	18
El estudio de tamizaje	20
¿Y si dice que sí, qué hago?	22
Escuchar no cuesta nada	23
Los grupos de apoyo	24
A veces, me pongo a llorar a la par de ellas. Las reacciones de los prestatarios ante la violencia	26
¿Y con los hombres, qué hacemos?	28
Los hombres como aliados	29
Percepciones del personal de la calidad de atención que brindan a mujeres afectadas por la violencia	30
Fuera de la Clínica	32
VII. Los Sistemas de Información: Lo que no se Registra no Existe	34
Desafíos de los sistemas de información	35
Proceso de implementación del sistema de información y vigilancia	35
La Boleta Unificada	36
Denuncia obligatoria : barreras que ocasiona	36
VIII. Conclusiones y recomendaciones	37
IX. ANEXOS	43

I. Antecedentes

El proyecto “Hacia un modelo para la atención integral de la violencia intrafamiliar: Ampliación y consolidación de las intervenciones coordinadas por el estado y la sociedad civil” ha sido impulsado por la Organización Panamericana de Salud (OPS) desde 1995. Los gobiernos de Suecia y Noruega han apoyado el proyecto en los 7 países de Centroamérica durante dos períodos; el primero del 1995-1997, y un segundo período del 1998-2001.

El proyecto tiene como objetivo general:

La existencia de respuestas intersectoriales al problema social de la violencia intrafamiliar contra las mujeres a nivel comunitario en Centroamérica.

El propósito del proyecto es:

Modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar en el sector salud consolidado y funcionando en 30 comunidades en América Central.

Los resultados esperados son los siguientes:

- Normas y protocolos para la detección, prevención y tratamiento de la violencia intrafamiliar y la promoción de relaciones no violentas definidas por consenso e institucionalizadas en el sector salud.
- Políticas y contenidos temáticos de la capacitación de recursos humanos de salud en las comunidades seleccionadas.
- Grupos y sus mecanismos establecidos y fortalecidos para prevenir y enfrentar la violencia intrafamiliar contra las mujeres y promover relaciones no violentas en las comunidades seleccionadas.
- Propuesta de mecanismos financieros y técnicos a nivel nacional presentada a las autoridades del sector salud para garantizar la sostenibilidad de la atención integral de la violencia intrafamiliar.

En 1996 se hizo una evaluación de medio término del proyecto, coordinada por la responsable del actual equipo de evaluación (Ellsberg y Claramunt, 1997). En 2001 de común acuerdo entre los donantes y OPS se contrató a un equipo de dos expertas internacionales para evaluar el programa y para sistematizar las lecciones aprendidas de los países.

II. Objetivos y Alcance de la Misión

(los términos de referencia se adjuntan en inglés en Anexo 2)

Según los términos de referencia de la misión sus objetivos son los siguientes:

“El estudio debe proporcionar a los donantes una visión global de los avances del proyecto, en términos de su impacto, eficiencia y sostenibilidad de los logros. En segundo lugar debe proporcionar una retroalimentación a los grupos participantes y a otros interesados en el tema.”

“La revisión debe enfocarse en la eficiencia (logros principales), la efectividad, y las lecciones aprendidas; valorar la necesidad de seguimiento en cada país y el nivel de sostenibilidad de los logros del proyecto en cada país.

Alcance

“La misión debe revisar los avances del proyecto en los 7 países, con énfasis particular en los siguiente aspectos:

- Nivel de políticas: valorar la implementación de políticas y legislación a nivel nacional.
- Sector salud: valorar la institucionalización del modelo y la aplicación de normas y protocolos para la detección y prevención de violencia intrafamiliar a nivel nacional, regional y local.
- Nivel comunitario: valorar el modelo a nivel local, incluyendo el desarrollo de redes comunitarias con participación de la policía, escuelas, iglesias, personal de salud, ongs, etc.
- Valorar la política y contenido de capacitación en atención integral a nivel nacional, regional y local.
- Valorar el nivel de incorporación del modelo a nivel local en 6 comunidades seleccionadas.

El período de tiempo establecido para la misión fue de 8 semanas: 1 de preparación, 5 para trabajo de campo y 2 para elaboración del informe preliminar y final.

III. Metodología utilizada para la revisión

Utilizamos una metodología cualitativa y participativa para cumplir los objetivos de la misión. Elaboramos una estrategia en conjunto con personal de OPS que consistió en 3 actividades generales:

1. Revisión documental

2. Entrevistas con informantes claves en cada país:

(el Anexo 3 presenta la lista completa de personas entrevistadas)

- Funcionarios de OPS
- Funcionarios de los ministerios de salud
- Representantes de grupos de mujeres y instituciones que colaboran en el trabajo de violencia

3. Entrevistas grupales con diversos actores sociales:

- Comisiones nacionales (del sector salud o multisectoriales donde hubieran)
- Proveedores de salud de los centros locales
- Líderes comunitarios
- Redes locales de coordinación
- Usuaris de los servicios de salud

El trabajo de campo se realizó entre el 18 de julio y el 25 de agosto, 2001. Según lo acordado con los donantes y OPS, se dió mayor énfasis en Nicaragua, Guatemala, Honduras y El Salvador. Para conocer algunas experiencias de Panamá, Costa Rica y Belize se hizo una reunión conjunta con representantes de OPS y los países en Costa Rica.

La selección de las personas entrevistadas y el programa fue realizado en conjunto con OPS y los representantes de los ministerios de salud. Entrevistamos a más de 300 personas en total a través de las siguientes actividades:

- Visitas a 5 países
- 31 grupos de reflexión
- Visitas a 10 sitios comunitarios

En las entrevistas grupales utilizamos las siguientes técnicas participativas para estimular la reflexión conjunta (en el Anexo4 se presenta una descripción completa de los métodos).

- El camino recorrido (cronograma de historias colectivas)
- Quién ayuda a Rosita? (Diagramas Venn para análisis institucional)
- Logros y barreras (listado libre)
- La historia de Rosita (cuento incompleto para análisis de la calidad de atención)

En la medida de lo posible, se utilizaron las mismas técnicas con los diferentes grupos, para poder comparar y contrastar las valoraciones de las usuarias, los y las proveedoras de servicios, y las redes comunitarias.

En cada una de las sesiones una de las consultoras facilitaba la sesión mientras la otra tomaba apuntes. Los diagramas producidos en los grupos, así como los apuntes fueron transcritos posteriormente para su análisis conjunto.

Organización del informe

Para facilitar su lectura hemos organizado los resultados de la misión en términos temáticos, y no según los objetivos de la misión ni del proyecto. En cada sección, presentamos una introducción general, los resultados de las discusiones grupales y entrevistas, y al final del documento un resumen de las fortalezas, desafíos y recomendaciones principales.

Limitaciones del informe

Las limitaciones principales que enfrentamos fueron de tiempo y de espacio. Por un lado, el tiempo que pasamos en cada país fue relativamente corto, exceptuando Nicaragua, y en algunos casos no fue posible entrevistarnos con todas las personas claves. Dependimos de la revisión documental y de las consultoras de OPS para contextualizar nuestras impresiones y tratar de valorar qué tan representativas fueron. Esto pudo haber producido sesgos en algunos aspectos del Informe, pero el documento fue validado en la presentación de los resultados preliminares con las contrapartes nacionales y OPS en la reunión anual del Programa Mujer, Salud y Desarrollo en Panamá (Octubre 2001).

Por otro lado, se nos pidió resumir nuestras conclusiones en un documento escueto. Encontramos una gran diversidad de opiniones y experiencias, y sería imposible hacerle justicia a la riqueza de la información que recogimos en tan poco espacio. Tampoco sería posible presentar los resultados de cada país por separado. Además, mucha de la información específica por país ya está disponible en informes elaborados por los países y OPS. Por tanto, hemos tratado de sintetizar lo más posible, y presentar una visión más global de los logros y barreras del proyecto, señalando los aspectos que son comunes entre los países y donde existe una diversidad de experiencias. Hemos tratado de reflejar en el mayor grado posible las voces de las personas que participaron en las reflexiones, y marcar donde observamos consenso y discrepancias. También hemos tratado de señalar

claramente cuando se trata de opiniones de alguna de los y las entrevistadas, y cuando se trata de valoraciones nuestras.

Queremos reconocer a todas las personas que nos apoyaron en la realización de este documento. De manera particular quisiéramos agradecer a Marijke Velzeboer-Salcedo, Cathy Cuellar, Janete da Silva y a las consultoras nacionales de OPS: Raquel Fernández, Sylvia Narvaez, Ruth Manzano, Amalia Ayala, Rebeca Guizar, Florencia Castellanos, Sandra Jones y Dora Arosemena por su apoyo incondicional en todos los aspectos del desarrollo de la misión. Mette Kottman y Carola Espinoza de NORAD y Hans Åkesson de ASDI que fueron muy flexibles y colaboradores en todo el proceso. También agradecemos a los y las funcionarias de los ministerios de salud, y de las ONGs nacionales y a todas aquellas personas quienes compartieron con un espíritu muy crítico y constructivo sus experiencias y su sabiduría con nosotras.

IV. El Contexto Centroamericano

Uno de los grandes logros de los últimos años es el reconocimiento por parte de los gobiernos de Centroamérica de la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública y de derechos humanos, así como un obstáculo para el desarrollo de los países en la subregión, con enormes costos económicos y sociales. Este reconocimiento viene en gran medida por el trabajo arduo de los movimientos de mujeres que alzaron el tema de la violencia contra las mujeres en las conferencias internacionales más importantes de la década de los 90, como son las Conferencias de Derechos Humanos (Viena, 1993), Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y Las Mujeres (Beijing, 1995). En América Latina, el marco político en relación a este tema lo establece la Convención Interamericana para la Prevención, Erradicación y Sanción de la Violencia contra las Mujeres, suscrito por todos los gobiernos de la región (Belém do Pará, 1994). Actualmente, los gobiernos están en el proceso de ratificar el protocolo facultativo de la CEDAW (Panamá y Costa Rica ya lo hicieron). Estos documentos internacionales crean un espacio político importante para el desarrollo de acciones en prevención a la violencia. En cada uno de los países de Centroamérica se han visto avances importantes en relación al desarrollo de políticas, leyes y programas para prevenir y sancionar la violencia contra las mujeres, aunque hay desniveles en los alcances de los programas.

Revisando las definiciones

¿ Violencia intrafamiliar, violencia contra las mujeres o violencia basada en el género?

No existe consenso en este momento acerca de la terminología más adecuada para referirse a la violencia física, emocional y sexual que sufren las mujeres, generalmente en sus familias, pero también por extraños. La mayoría de las políticas, comisiones y leyes a nivel de Centroamérica se refieren a la “lucha contra la violencia intrafamiliar” o violencia doméstica, y en algunos se añadió también violencia sexual (Nicaragua, Belize y Panamá). El proyecto de OPS también se refiere a violencia intrafamiliar, aunque en la práctica la gran mayoría de sus acciones giran alrededor de la violencia conyugal contra las mujeres. Para muchos, la violencia intrafamiliar (VIF) es un término más aceptable políticamente, porque incluye a todos los miembros de la familia, y no hace mención explícita de las relaciones desiguales de género. Por este mismo motivo es que los movimientos de mujeres consideran que el término es un retroceso del lenguaje de la convención de Belém do Pará, que se refiere a la violencia contra las mujeres y la reconoce como una manifestación de relaciones históricas desiguales entre hombres y mujeres.

Este tema fue discutido ampliamente en el *Symposium Violencia de Género, Salud y Derechos Humanos de las Américas, Cancún* en junio 2001; organizado por diversas agencias de NNUU entre ellas OPS el Programa Mujer, Salud y Desarrollo y en el cual participaron representaciones de los países centroamericanos del sector salud y las organizaciones de la sociedad civil.

En el marco del Symposium quedó claro que aunque el uso del término "violencia intrafamiliar" fue estratégico en un momento determinado para poder levantar el tema con los Ministerios de Salud, hoy se considera que es un término excluyente y que es preferible utilizar ó "violencia basada en el género" o "violencia contra las mujeres".

Guatemala consideró que este tema era muy importante aclarar, ya que,

...Fue una ardua discusión en Guatemala, pero se consiguió pasar del concepto de Violencia Intrafamiliar al de Violencia contra las Mujeres, pues Belém do Pará lo permite, todos los países de la subregión la ratificaron y era perder con Violencia Intrafamiliar; con ésta se privilegia a la niñez y no a las mujeres además se dejan de lado el acoso sexual, la violencia sexual. (Red Mujeres contra la violencia – CONAPREVI)

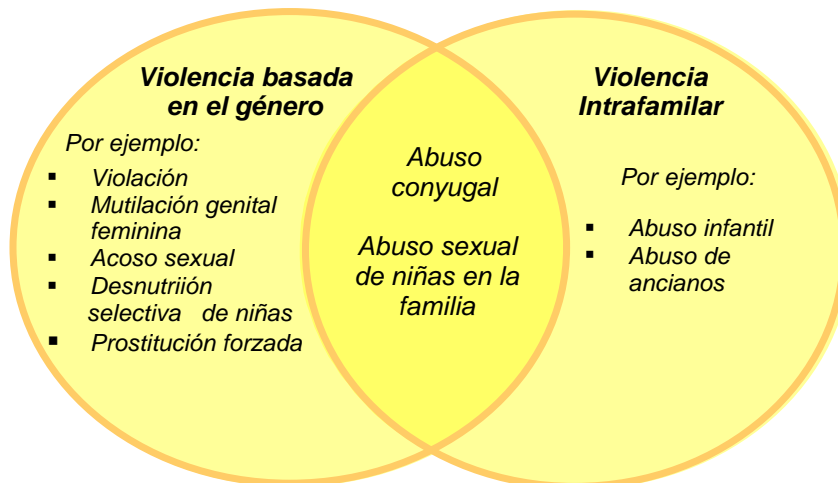


Figura 1. El traslape entre violencia basada en el género y violencia intrafamiliar

Las leyes: necesarias, pero no suficientes

Otro logro importante en los últimos seis años ha sido la aprobación de reformas legales dirigidas a la violencia intrafamiliar en cada uno de los países de Centroamérica - (Anexo 1)¹

La existencia de leyes es un paso necesario, pero no suficiente, para resolver la situación de las mujeres que viven con violencia. En primer lugar, existen muchos problemas en la aplicación de las leyes. Hay contradicciones entre las reformas al código penal y las leyes específicas anteriores. Por ejemplo, en El Salvador el Art 200 del nuevo Código Penal en 1998 no clarifica acerca de los grados de peligrosidad de la violencia, las sanciones son mínimas respecto a otras leyes y regresa al concepto de ocurrencia en el ámbito doméstico.

¹ Ver Matriz de Marco Legal en Anexo # 1 .

Esto conlleva graves repercusiones como son la desprotección e inseguridad de las mujeres y las familias afectadas.

En otros casos, las reformas no abordan los delitos sexuales (violaciones, incestos) que aún son considerados como delitos privados. En Guatemala, esto significa que solamente la víctima puede interponer una denuncia:

Queremos que sean perseguidos de oficio los delitos sexuales. Que el incesto no sea prescriptible. En Guatemala por un incesto se paga una multa de 300- 600 quetzales² y el agresor queda libre. (Red- Conaprevi)

La mediación no es perdón ni reconciliación

Otro problema común es la utilización de la mediación o arreglos extra-judiciales en los casos de violencia conyugal y sexual. La mediación surgió en muchos países como una medida para agilizar el acceso a la justicia en el caso de delitos leves o faltas. Sin embargo, en casos de violencia, su uso puede ser muy negativo en la práctica ya que queda sujeta a la interpretación individual de cada juez o policía. En los países donde existen Tribunales de la Familia, el interés principal de la corte no es prevenir la violencia, sino mantener la unidad familiar. En Guatemala, las mujeres indígenas nos dijeron,

...Los alcaldes auxiliares en las comunidades indígenas usan mucho la reconciliación como mediación, por que el enfoque es sostener la familia a toda costa ... (promotora Coban)

En Nicaragua, se establece oficialmente que los delitos sexuales y los casos de violencia no deben someterse a la mediación. Sin embargo, conocimos varias instancias donde se está aplicando. Un problema con la mediación es que supone que ambas partes están negociando en iguales condiciones, y en el caso de una mujer que ha sido golpeada por su pareja, o violada, no está en iguales condiciones con el agresor. Los acuerdos que resultan de la mediación muchas veces invisibilizan la agresión, ya que se registran como “riñas conyugales”, o obligan a la mujer a comprometerse a “no provocar al marido” o mantener en orden la casa, como si ambas partes fueran igualmente responsables por la violencia: él por ejercerla y ella por provocarla. Una abogada Nicaraguense comentó,

...Luchamos tanto tiempo para que los policías dejaran de usar los acuerdos de paz... Ahora con la mediación judicial se ha trasladado el paquete entero a los juzgados, pero el problema es el mismo...

En algunos países los y las juezas se niegan a aplicar las medidas de protección tales como el alejamiento del hogar del agresor, alegando que esto atenta contra los derechos de él.

... Si aplico las medidas de protección de la Ley 230, le estoy violentando al agresor su derecho a la propiedad ... (Juez de Nicaragua)

... La mediación surgió como idea para descargar el trabajo acumulado en los juzgados, pero tenemos una mala experiencia en Guatemala cuando se sacó la adopción de los juzgados en 1974, se fomentó el tráfico de niños y niñas, por lo tanto nuestro miedo es que pase lo mismo y se promueva la corrupción.... (Abogada de la Red-CONAPREVI. Guatemala)

Finalmente, algunas de las leyes de violencia intrafamiliar han introducido nuevos problemas que obstaculizan la atención a VIF, como son las leyes de Honduras y Panamá que obligan al sector salud a brindar tratamiento a agresores como una sentencia

² Entre 40-90 US\$.

alternativa, o las leyes de Guatemala y Panamá que establecen la obligatoriedad de los funcionarios públicos de notificar al sistema de justicia en el caso de VIF, lo que desmotiva que el personal de salud pregunte a las usuarias por la violencia, y de registrar los casos encontrados, por miedo de verse involucrados en casos penales.

De las palabras a la acción: Los Planes Nacionales de Lucha contra la Violencia

Existen en los siete países **comisiones nacionales intersectoriales e interinstitucionales** dirigidas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, en el marco de Belém do Pará y Beijing. La mayoría de las comisiones son lideradas desde las instituciones nacionales de promoción de la mujer, y todas involucran a representantes de la sociedad civil. Inicialmente el sector salud no participaba en estas comisiones, sin embargo, ahora está presente en todas ellas, con la excepción de Guatemala. En Costa Rica, el sector salud se destaca en haber sido el primer sector estatal en elaborar un Plan sectorial para la VIF en 1994, el cual fue el preámbulo para el desarrollo posterior del PLANOVI.³ En Panamá y Belize los Ministerios de Salud también han tenido una participación destacada.

Existen Planes Nacionales de Lucha contra la Violencia en Costa Rica (PLANOVI- 1994) y el El Salvador. En Belize, Guatemala y Nicaragua, están elaborados, pero no implementados.⁴ En Panamá y Honduras están en proceso de elaboración. Y Panamá cuenta con un plan en el sector salud.

Desafíos de las comisiones y planes

El hecho mismo de contar con un plan nacional contra la VIF es un logro importante, pues crea un espacio para el diálogo entre la sociedad civil y el estado, y crea un discurso público que sanciona la violencia. En muchas discusiones con funcionarios públicos y con ciudadanos en todos los países escuchamos frases como “ya no es como antes, ahora hay leyes para proteger a las mujeres”, y “ahora las mujeres tienen derechos.” Estas percepciones representan un giro muy grande, pues indican que la violencia contra las mujeres ya no se considera como algo normal.

Sin embargo, encontramos en muchos países dificultades en pasar del discurso formal al desarrollo de planes y programas efectivos. En parte esto obedece a problemas presupuestarios, pero estos a su vez tienen un trasfondo político. En Nicaragua, donde la Comisión Nacional de Lucha contra la Violencia desarrolló un proceso participativo muy completo de planificación en torno a la VIF, ahora se encuentra sin recursos para implementarlo. Nos comentó una integrante de la Comisión,

...Existe financiamiento disponible del BID, pero por falta de gestión del gobierno no se ejecuta. Si esto fuera una prioridad real, tuviéramos a 10 ministros llamando diario al BID para ver qué pasó con el préstamo...

En otros países, donde existe poca tradición de concertación entre la sociedad civil y estado, y de coordinación entre las mismas instituciones del estado, es un desafío muy grande lograr armonizar las prioridades y acciones de los diferentes sectores. Finalmente, nos dió la impresión de que en general existe poca coordinación entre las comisiones nacionales y las redes locales.

³ Plan Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, Costa Rica

⁴ Ver Matriz Comisiones - Planes por país en Anexo 1

V. El Sector Salud: Construyendo un Abordaje Integral

¿ En qué consiste el modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar?

Uno de los principales desafíos que OPS y los países han enfrentado en el desarrollo de este proyecto ha sido la elaboración de un modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar desde el sector salud, con muy pocas experiencias internacionales para guiar este esfuerzo. El desarrollo del modelo consiste básicamente en dos aspectos:

- Una elaboración conceptual sobre la problemática de VIF en Centroamérica, a partir de la investigaciones sociales e epidemiológicas existentes, además del desarrollo de nuevas investigaciones (ver la sección sobre la Ruta Crítica).
- Una propuesta estratégica de abordaje a la VIF, que contempla acciones a nivel de políticas y leyes, a nivel del sector salud en todos sus instancias, y a nivel de la comunidad.

Algunos elementos del modelo son similares entre los países, por ejemplo, los principios básicos que rigen la atención parten de un enfoque de derechos humanos y de género (ver ejemplo de Costa Rica en Caja 1). Otros aspectos que tienen que ver más con la organización de los servicios, el desarrollo de normas y protocolos y la organización a nivel de la comunidad han sido ajustados a las condiciones históricas y las necesidades de cada país. En este sentido, el modelo de atención se ha ido construyendo en el camino, y por ende, tiene una cara diferente en cada país. Como ejemplo, en Honduras, el modelo está basado en la creación de las Consejerías de la Familia, ubicadas en 13 unidades de salud en el país. Cada Consejería cuenta con una trabajadora social y una psicóloga como mínimo, y prestan atención psicológica y consejería a las víctimas de violencia. En cambio, en Nicaragua, los servicios de salud forman parte de redes amplias de servicios gubernamentales y no gubernamentales cuyo eje organizativo descansa en las Comisarías de la Mujer y la Niñez, que opera la Policía Nacional, en coordinación con los otros actores sociales.

Sin embargo, el proyecto planteó algunos elementos básicos que deberían de ser desarrollados en todos los países para dar una mínima coherencia al modelo a nivel sub-regional. Estos son:

- La elaboración de **políticas nacionales** reconociendo la violencia como un problema de salud pública;
- La elaboración de **normas y protocolos** que definen qué atención se debe brindar, quién lo debe hacer, y cómo. Y así definir los mecanismos de monitoreo de las acciones;
- El desarrollo de un **plan de capacitación** para entrenar el personal en el uso de las normas;
- El desarrollo de **sistemas de información** que permitan visibilizar la VIF dentro de los servicios de salud así como valorar e informar las acciones que se desarrollan;
- El desarrollo de actividades de **sensibilización** en la población y promoción de estilos de vida no-violentas; y

Caja 1

Principios que deben regir la atención en VIF:

La VIF es un grave problema que afecta la salud física, emocional y sexual de la persona que la vive, de su familia y que puede incluso conducir a la muerte.

La VIF es un delito y su atención integral está respaldada por el ordenamiento jurídico vigente, por lo que se debe responder de forma oportuna y efectiva.

La VIF es un problema que compete a toda la sociedad, es un problema de salud pública y de derechos humanos.

La VIF es responsabilidad de quien la comete.

La violencia es una conducta aprendida y por lo tanto puede ser des-aprendida.

Nada justifica la VIF.

Toda persona tiene derecho a vivir en condiciones que le permitan un desarrollo integral y el respeto de sus derechos.

Toda persona sin distinción de sexo, edad, creencia, nivel económico, opción sexual, nacionalidad e ideas políticas debe ser atendida con respeto al presentarse con un problema de VIF.

Toda persona que sufre o ha sufrido VIF tiene derecho a los servicios y recursos que garanticen su seguridad y confidencialidad.

Toda intervención debe realizarse de manera que le respeten los derechos de la persona y le permitan tomar sus propias decisiones.

Política de Salud, Costa Rica

- La **coordinación** de los actores sociales a nivel **local** para dar una respuesta coherente e integral a las víctimas de violencia;

A continuación en esta sección hacemos una breve reseña de los logros y limitaciones que se han enfrentado en el desarrollo del modelo.

Políticas de salud: ¿ papel mojado....o papel implementado ?

Con el apoyo técnico de OPS, se han desarrollado políticas y/o programas dirigidos a la violencia intrafamiliar dentro del sector salud en todos los países. En algunos países la sustentación de los mismos es a través de decretos específicos de los Ministerios de Salud, como en el caso de Nicaragua y en otros es la aplicación de las leyes existentes contra la Violencia Intrafamiliar y Sexual. En El Salvador no existe una Política de Salud específica en relación a VIF, sino que se enmarca en la política referida a la atención integral a las mujeres . En el caso de Guatemala, tampoco existe una política específica, sino que hay un Sub-Programa de Atención a la VIF, inmerso en el Programa de Salud Mental.

Lecciones Aprendidas:

La política de salud debe ser diseminada y difundida entre el personal para que se apropie, así como entre la población, para que conozca cuáles son sus derechos en esta materia.

La diversidad de culturas, etnias, lenguas, edades, capacidades, preferencias sexuales... debe ser un eje transversal en dichas políticas, para evitar la marginación de un alto porcentaje de las mujeres de la subregión, en cada país Centroamericano hay comunidades étnicas y raciales diferentes a la mestiza o ladina.

Las Políticas de Atención son nombradas de formas variadas: Violencia Doméstica o Violencia contra las mujeres (Honduras, Belize) y Violencia Intrafamiliar (Costa Rica, Panamá y Nicaragua).. En algunos de ellos sólo es un problema de terminología, es decir se asumen como sinónimos, pero en otros casos está claro que la diferencia de conceptos implica limitaciones del abordaje del problema.

Caja 2

Centro América es: multicolor, multiétnica y multicultural

Las propuestas de políticas, programas y modelos de atención a la VIF en el sector salud, deben contemplar la diversidad de lenguas, etnias y culturas presentes en la región y a su vez en cada uno de los países... para que sean políticas equitativas y no discriminatorias.

En la mayoría de países las políticas de salud en relación a la violencia son recientes, con la excepción de Costa Rica. Por otro lado, a nuestro juicio, aún no son ampliamente conocidas por el personal de salud, ni por la población beneficiaria de las mismas.

¿Dónde se ubican los programas de atención a VIF?

Encontramos dos modelos organizativos para los programas de atención a VIF. En la mayoría de los países el programa se ubica en la instancia de atención a la salud de la mujer o salud reproductiva (Nicaragua, El Salvador, Belize y Panamá,). En Guatemala y Honduras el programa se encuentra en el departamento de salud mental. Y en Costa Rica la atención se brinda en la CCSS⁵, en Medicina Preventiva. Encontramos que los programas que están ubicados dentro de la atención a la mujer tienen mayores facilidades para que el modelo se extienda a nivel de las unidades de atención primaria. En los países que visitamos los recursos de salud mental son escasos: existen generalmente a nivel de la región o departamento, o en algunas policlínicas de referencia, pero no a nivel de las municipalidades.

Hace unos años el programa de violencia en Guatemala estuvo ubicado en la división de atención a la mujer. En una reorganización del Ministerio de Salud el programa desapareció durante unos años, y eventualmente fue trasladado al departamento de salud mental. A pesar del interés que ha puesto la dirección de Salud Mental en levantar el programa, algunos funcionarios del ministerio consideraron que este traslado ha debilitado el programa. “La salud mental es un programa virtual,” nos comentó el director de una área de salud grande, que no cuenta con ninguna psicóloga. En Honduras, donde el modelo de atención descansa casi exclusivamente en las Consejerías de la Familia, es particularmente difícil visualizar una ampliación del programa, sin lograr una coordinación mayor con el programa de la mujer. Por otro lado este esquema organizativo favorece una visión parcializada de la VIF y la estigmatización de las víctimas de violencia al considerar su problema como un problema netamente de salud mental, y no un problema que compromete a todo el personal de salud.

En cambio, el programa de atención a la mujer se desarrolla en todas las unidades de salud, por muy pequeñas que sean, y cuenta con supervisión a nivel de las áreas y regiones de salud. De esta manera, al integrar la VIF como una actividad más del personal de salud, es posible extender el alcance del programa enormemente con relativamente poca inversión adicional.

Lecciones Aprendidas:

La ubicación de la coordinación del programa de atención a VIF en las instancias de atención a la mujer/salud reproductiva facilita su integración transversal y el monitoreo en los otros programas y servicios.

⁵ CCSS : Caja Costarricense del Seguro Social

Tabla 1. Dos esquemas organizativos para la ubicación del programa de atención a VIF

	Salud Mental	Salud Reproductiva
Ventajas	Mayor respuesta institucional en las unidades que cuentan con recursos especializados	Mayor alcance/coordinación con otros programas Modelo funciona en ausencia de recursos especializados Mayor con vínculo con la atención de mujeres con mayor riesgo (pre-natal) Mejor relación con la temática de derechos que posibilita coordinación con otros sectores
Desventajas	Hay pocos recursos de salud mental en la mayoría de los países Más difícil lograr coordinación con otros programas	Nivel de respuesta es más limitada (intervención en crisis, consejería básica y referencias)

Las comisiones interprogramáticas de VIF en el sector salud

Independientemente de dónde se ubica el programa, la coordinación interna entre las diferentes instancias de los Ministerios de Salud que intervienen en el modelo (como son salud mental, salud reproductiva, planificación de servicios, vigilancia epidemiológica, etc.) es esencial. La creación de las comisiones interprogramáticas

dentro del sector salud no se ha logrado en la mayoría de los países, excepto en Costa Rica y Panamá. Esto ocasiona dificultades en la implementación de las normas de atención, y la coherencia de las políticas. En Nicaragua, Belize y Guatemala se están reactivando las Comisiones Interprogramáticas para la implementación del Sistema de Vigilancia en VIF y para la coordinación de las políticas de género respectivamente.⁶

Lecciones Aprendidas:

Las comisiones interprogramáticas son estratégicas para la transversalización y sostenibilidad del programa de VIF.

Lecciones Aprendidas:

La aprobación de normas y protocolos de atención en VIF facilita el avance en el resto de componentes del modelo.

Las normas y protocolos implementados garantizan la calidad de la atención en VIF desde los servicios de salud. Además permiten la acreditación de los servicios y la evaluación de los mismos.

Con normas o sin normas...

Todos los países cuentan con propuestas de normas y protocolos, sin embargo no en todos se ha logrado que éstos fueran aprobados o diseminados por los Ministerios de Salud. En Costa Rica, Belize, Panamá y Nicaragua- recientemente- han sido aprobadas las normas.

En Guatemala, se ha incluido la atención a la VIF dentro de las normas de salud mental y de atención al adolescente. Al estar ubicadas dichas normas en programas no transversales hace que su alcance sea más limitado.

⁶ Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia esta convocando a la Dirección de Planificación e Información y de Epidemiología en Nicaragua

Caja 3

Algunos elementos claves del Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar

Metas de la Intervención en VIF

- Protección a la persona víctima de VIF
- Reforzar la capacidad personal para tomar decisiones y resolver problemas
- Contribuir en la sanación de los efectos de la violencia
- Prevención de nuevas situaciones de violencia

Atención integral a la violencia intrafamiliar debe comprender los siguientes aspectos :

Accesible, continua, eficaz, ágil, oportuna, confiable, confidencial, segura, de calidad, que garantice la integridad de las personas afectadas.

Contemple la atención a los diferentes tipos de violencia, intra y extrafamiliar y los testigos de la violencia.

Dirigida a cambiar el ciclo de la violencia.

Con espacios para el autocuidado del personal de salud que atiende la demanda.

Con mecanismos sistemáticos de registro y análisis de la situación de las personas y familias afectadas por VIF para valorar el cumplimiento e impacto de las acciones.

Todo esto dentro de un sistema de vigilancia permanente local, regional y nacional.

La atención en VIF debe fundamentarse en:

- Una visión género sensitiva, que identifique los factores que contribuyen a los tratos desiguales y discriminatorios.
- El enfoque de riesgo, que busca identificar factores protectores como desprotectores o de riesgo, esto sirve para priorizar grupos.
- Un abordaje interdisciplinario, que incluye aspectos sociales, biológicos, legales y psicológicos.
- Un enfoque de derechos humanos, respetando la autonomía física y moral de las personas.

Tomado de documentos de:

Ministerio de Salud, Nicaragua

Ministerio de Salud, Costa Rica

Ministerio de Salud, Panamá

La lógica de la estrategia del proyecto de OPS era que las experiencias del proyecto piloto en cada país servirían como insumo para el desarrollo de políticas y normas nacionales, y que éstas a su vez serían el fundamento para la ampliación del modelo a otras regiones. Al estar en proceso de institucionalización las normas de atención en VIF, en la mayoría de los países se han visto obligados a seguir capacitando al personal de salud y desarrollando la atención a la VIF en ausencia de normas. El personal de salud señala esto como una gran limitación, pues hace que la atención a las víctimas o sobrevivientes quede a criterio individual, según su buen entender después de las capacitaciones recibidas. Esta indefinición limita el tamizaje, la atención, el sistema de información y vigilancia. Y no se garantiza la estandarización ni la calidad de la atención, pues no se cuenta con indicadores para la evaluación de desempeño de los perfiles profesionales.

Otro problema que observamos es que con la alta rotación del personal en el sector salud, no está garantizado que el personal que está atendiendo haya recibido una adecuada sensibilización o entrenamiento. Esto conlleva el riesgo de que la seguridad, la

confidencialidad y la prevención de nuevos hechos o que la VIF tenga consecuencias graves o fatales no están garantizadas.

Sin embargo, en el quehacer diario de los centros y puestos de salud de la sub-región, con normas o sin normas el personal de salud ha atendido y sigue atendiendo a víctimas y sobrevivientes de VIF . En algunos lugares con creatividad, compromiso y entusiasmo han encontrado alternativas a la ausencia de las normas.

La capacitación al personal de salud

El proyecto OPS y los países han realizado un enorme esfuerzo de sensibilización y capacitación del personal de salud, a todos los niveles.

Encontramos diversas estrategias de capacitación entre los países. En algunos lugares se ha llevado una estrategia de capacitación a todo el personal de ciertas unidades de salud. Esto tiene la ventaja de que crea mucho más motivación entre el personal, y facilita que el personal de apoyo administrativo también colabore en la captación de casos de VIF. En otros países la capacitación se ha llevado por programa, por ejemplo, al personal de salud mental, o al programa de la mujer. Aunque esto permite abordar a más unidades de salud, por otro lado es difícil incidir en la calidad de atención a VIF, ya que solamente se encuentra capacitado una o dos personas, dentro de la unidad. En Honduras, la capacitación de personal se ha realizado únicamente entre el personal de las unidades, donde existe una Consejería de la Familia.

Lecciones Aprendidas:

Es importante capacitar a todo el personal de salud en la identificación y atención básica a la violencia. Esto crea un ambiente favorable para que las mujeres puedan ser identificadas y referidas para atención desde cualquier programa de la unidad .

Las capacitaciones deben partir de una reflexión de las vivencias y creencias de los participantes, y no sólo aspectos técnicos de la atención.

Encontramos un poco de confusión en relación al uso de los términos **sensibilización**, **capacitación**, y **especialización** y nos parece útil establecer una diferencia entre ellos. Cómo nos comentó una médica de Nicaragua,

...La sensibilización es la que nos permite llevar al personal hasta el punto que pregunte ¿y qué podemos hacer nosotros? Una vez que se llegue a este punto, podemos empezar la capacitación, para saber como atender a las mujeres que sufren VIF...

Como resultado de este esfuerzo, el personal ha notado un gran aumento en la detección de los casos, así como mayor confianza en su capacidad de brindar apoyo a las mujeres.

También se han realizado capacitaciones especializadas en ciertos temas, como por ejemplo la capacitación a médicos/as en la realización de dictámenes forenses, o una capacitación que realizó la OPS, con el Proyecto SAREM, en Nicaragua para entrenar a psicólogos y psiquiatras, en todo el país, sobre el abordaje del abuso sexual infantil. Para poder lograr la capacitación masiva al personal se han entrenado como capacitadores a expertos nacionales, dentro de los ministerios de salud, así como consultoras que provienen de las ONGs de mujeres.

En Costa Rica en el marco de PLANOSI se elaboró el Módulo: *Sentir, Pensar y Enfrentar la Violencia Intrafamiliar*, para capacitar a funcionarios y funcionarias que atenderían el Plan de Atención. El equipo fue interdisciplinario e intersectorial. Y desarrollaron una metodología del interaprendizaje, vivencial y transformadora.

Este Módulo se ha reproducido en las capacitaciones de facilitadoras y facilitadores del personal de salud del resto de países y de las comisiones intersectoriales. En Guatemala y Belize también se elaboró un material de capacitación con dinámicas muy participativas adaptadas a la realidad nacional. En Nicaragua, muchas unidades han utilizado una guía de atención, para personal de salud, que fue elaborada por la Red de Mujeres contra la Violencia.

Un gran logro ha sido que en la totalidad de países se amplió la cobertura de las capacitaciones a otros actores además del personal de salud: policía, jueces, grupos de mujeres, maestro-as. Esto ayudó a garantizar el enfoque multisectorial necesario para el abordaje de la VIF.

Se ha elaborado un Módulo de Género y VIF para que se implemente en las escuelas de Salud Pública Centroamericanas. En Guatemala, Belize y Nicaragua ⁷ las Escuelas de Enfermería han desarrollado Módulos sobre Género y VIF.

Dentro de las Escuelas de Policía y en el Ejército se han creado módulos de formación sobre esta temática en alguno de los países. Para ello se ha contado con apoyo del ILANUD y en Belize de CAFRA

En todos los países se han hecho contactos con las Universidades para introducir la temática en las facultades de ciencias de la salud, educación, derecho, pero está pendiente la institucionalización.

Caja 4 **Acta de compromiso con maestros-as** **En Bluefields, Nicaragua**

En cada centro escolar capacitado, por personal de salud y de la comisaría de la Comisión Intersectorial de prevención de la violencia, los maestros y maestras firman un acta de compromiso al terminar sus capacitaciones, en la cual redactan sus propuestas para contribuir a la disminución del maltrato infantil en los hogares y erradicar conductas violentas en el hogar ...

los pasantes no sólo aprenden en los centros de salud, sino también pasan algunos días en la Comisaría de la Mujer y en las ONGs que atienden violencia. De esta forma se recibe entrenamiento en como organizar las redes de atención y aprenden de las experiencias de los grupos de mujeres. Con el apoyo del proyecto OPS-PROSILAI, se ha logrado que esta actividad genere ingresos para los centros que participan, de esta manera contribuyen al auto-sostenimiento de las redes locales.

Nos parece que esta experiencia podría ser replicada en la mayoría de los países que cuentan con alguna unidad especializada en atención. De manera especial, en Honduras, se podría potenciar las capacidades de las Consejerías de la Familia al convertirlas en centros de docencia para el resto del personal de salud.

Lecciones Aprendidas:

El abordaje vivencial y movilizador en las capacitaciones de la VIF es clave. Deben ser dirigidas a diferentes actores sociales y constar de varios niveles: sensibilización, capacitación básica y capacitación especializada.

Las pasantías son una estrategia excelente para promover el intercambio de experiencias y entrenamiento a personal.

⁷ En Nicaragua en la Escuela de Enfermería de la UPOLI

Como debilidad, en algunos países observamos desnivel en la calidad de las capacitaciones. Y en la mayoría de países, sigue pendiente la elaboración de planes para la continuidad y el seguimiento de las capacitaciones. En algunos lugares ha sido un gran obstáculo los materiales insuficientes para las capacitaciones y difusiones. Nos parece que ésta es una area que podría enfatizarse más en el futuro.

VI. El Modelo de Atención a las Mujeres y Niñas/os que Sufren Violencia

Siguiendo la Ruta Crítica

Al iniciar el proyecto de VIF en Centroamérica, OPS desarrolló un estudio multi-céntrico para servir de línea de base. Se elaboró una metodología cualitativa para estudiar el proceso que llamaron “la ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar” que se refiere al proceso que lleva una mujer una vez que reconoce su situación y decide buscar ayuda (Shrader y Sagot, 1999). El objetivo del estudio fue conocer las acciones emprendidas por las mujeres para encontrar atención y solución a sus problemas de violencia, así como recoger información para el diseño e implementación de políticas públicas dirigidas a la VIF. El estudio indagó sobre sus perspectivas de las respuestas encontradas en las diferentes instituciones del estado o las ONGs. A la vez exploró las representaciones sociales de usuarias y prestatarios de servicios acerca de la violencia.

El estudio fue realizado en 10 países: 7 de Centroamérica y en 3 países Andinos y sus resultados fueron presentados en informes nacionales y en un resumen de los países. Con pocas excepciones, los resultados de los estudios fueron contundentes: se reveló una situación de respuesta inadecuada por parte de las instituciones estatales y actitudes revictimizantes por parte de los y las prestatarias.

Los resultados del estudio fueron muy importantes, no sólo por la información que proporcionaron, sino como una herramienta de movilización social. Miembros de la Comisión Nacional para la Prevención de la Violencia en Guatemala comentaron, “La Ruta Crítica nos permitió demostrar públicamente que el sistema no estaba funcionando, que para las mujeres maltratadas no había justicia.”

Se pudo constatar que las debilidades en términos de la respuesta estatal eran parecidos en los países, y dió pistas para buscar estrategias para el proyecto en cada país. Recientemente se ha adaptado la metodología del estudio para hacerla más operativa y rápida. Este protocolo, llamado “Respuestas sociales ante la violencia”, permite lograr una visión de la situación local en relación a la violencia para orientar la planificación de intervenciones.

¿Porqué la violencia intrafamiliar es un tema invisible en los servicios de salud?

El estudio de la ruta crítica confirmó que las mujeres que viven con violencia, raramente, revelan su situación espontáneamente cuando asisten a un centro asistencial, aún cuando vienen a recibir atención por un problema relacionado con la violencia, como pueden ser lesiones físicas.. Las mujeres que entrevistamos ofrecen una serie de explicaciones por su silencio:

...Las mujeres no hablan por miedo de que él caiga preso y no entre dinero a la casa. También por miedo de él, pues piensan “si hablo me va a matar, me va a ahorcar”... (mujer de San Cristóbal).

Otra razón común es la vergüenza de hablar de temas personales o el sentir que al personal de salud no le importan los problemas de uno. Para las mujeres indígenas la discriminación social es una barrera adicional, para poder hablar de sus problemas personales en las unidades de salud:

...La gente cree que el traje [indígena] nos hace tontas...[en el centro de salud] nos toca esperar mas. Pasan al primer lugar a la ladina y nos dicen, vos hacéte a un lado por favor. Lo hacemos por el idioma y el temor a no expresarse bien ante el personal de salud. Las enfermeras ladinas no tienen interés en nosotras...(mujer de San Cristóbal).

Por su parte, el personal de salud que no ha sido entrenado generalmente evita indagar sobre violencia, aun cuando hay señales visibles de lesiones u otros indicios de violencia. Un médico nicaraguense comentó:

...No se realiza ningún tipo de indagatoria. No hay tiempo para detectar o practicar exámenes especiales a las que reportan maltrato. No es ni parecido el seguimiento que se le da a una mujer con cáncer, con el que se le da a una víctima de violencia ... (Informe Ruta Crítica de Nicaragua).

Cuando la mujer es trabajadora de salud es aun más difícil abordar sus problemas. Una enfermera nicaraguense nos habló de su experiencia en estos términos:

...Yo quería desahogarme, pero sentí rechazo del personal de salud...me miraban de menos, y me hicieron sentir culpable...

...Me hubiera gustado que me explicaran que hay leyes y centros de apoyo para las mujeres, que me hubieran dado confianza, a decirme que no estaba sola...Que me hubieran dicho, “Cómo te sentís, Ud. no tiene la culpa, a mí me importa lo que a Ud. le pasa”...

El documento síntesis de los 10 estudios de la Ruta Crítica concluyó que:

Las instituciones del sector salud tienen una respuesta desigual ante este problema y los resultados positivos obtenidos por algunas entrevistadas dependieron más de la buena voluntad y acciones individuales de algunas prestatarias del sector (Sagot, 2000).

Transformar esta cultura de silencio que envuelve el sector salud fue por tanto, el principal desafío del proyecto para consolidar un modelo de atención para las víctimas de violencia.

¿ Cómo identificar a las mujeres que viven con violencia?

No existe solo una estrategia para identificar a las mujeres que viven con violencia. Encontramos cuatro abordajes distintos en los países. En general, estos nacieron de la experiencia del equipo de salud, más que de una estrategia elaborada o bajada del nivel nacional. Estos son:

- **No hacer ninguna pregunta de tamizaje de rutina**, sino esperar que las mujeres denuncien la violencia espontáneamente (captación pasiva), aunque vengan con indicadores de la misma. Esto fue la práctica más utilizada en algunas de las

unidades de salud que visitamos en Guatemala. También, la experiencia indica que es la forma menos efectiva de captar casos de violencia.

- **Tamizaje universal**, lo que implica preguntar sobre la violencia en cada programa y en cada visita. El Ministerio de Salud de Costa Rica y la CCSS están valorando la posibilidad de realizar el tamizaje universal en la atención a la violencia. Este sistema es el más amplio, pero es costoso y difícil de implementar.
- **Preguntar sobre la violencia cuando el personal sospecha un caso de violencia.** Esta estrategia fue utilizada en El Salvador y Honduras. Sólo funciona si el personal está bien entrenado y motivado. Además, estaría acorde con las mínimas consideraciones éticas de práctica de calidad de atención.
- **Preguntar de manera rutinaria en ciertos programas “centinelas.”** Esto implica escoger algunos servicios prioritarios donde hay mayores posibilidades de encontrar mujeres violentadas, o porque ofrecen buenas oportunidades de preguntar sobre la violencia. Esta estrategia ha sido propuesta en las normas de atención de Nicaragua, pero aun no se implementa.

Lecciones Aprendidas:

Esperar que las mujeres mencionen su situación de violencia, no es una estrategia adecuada para la captación. Las mujeres están dispuestas a hablar, pero es necesario que el personal de salud pregunte.

Es posible captar mujeres afectadas por violencia en cualquiera de los servicios de salud. Lo más importante es contar con privacidad, con personal sensibilizado y con la posibilidad de escuchar y ofrecer una mínima intervención.

Ya que apenas se está empezando a abordar la violencia dentro de los servicios de salud, aún es temprano para valorar cuál es la estrategia más efectiva para captar las mujeres que viven con violencia. Sin embargo, consideramos que las primeras dos alternativas son menos factibles que las dos siguientes. La experiencia ha demostrado que la captación pasiva identifica un porcentaje mínimo de las mujeres que requieren asistencia. Por otro lado, el tamizaje universal parece poco práctico para la mayoría de los servicios de salud, dado la escasez de recursos calificados y las presiones de tiempo que experimentan el personal de salud. Pero podría ser la meta utópica de calidad de atención.

La ventaja de realizar el tamizaje en servicios centinelas y ante sospecha es que permite focalizar los esfuerzos en las mujeres más necesitadas, y en los espacios más propicios para atenderlos. Además, establece el **tamizaje** como parte integral de la historia clínica, sobre todo para los programas de salud mental, atención prenatal, fertilidad, y otros servicios de salud reproductiva, como ITS⁸ y por último en los servicios de emergencias hospitalarios, donde conocer la historia de violencia de una usuaria es clave para cualquier intervención.

⁸ ITS : Infecciones de Transmisión Sexual

El estudio de tamizaje

Con el fin de valorar la factibilidad de realizar tamizaje en los servicios de salud, OPS realizó un estudio de tamizaje en cuatro países, dentro

Caja 5 Preguntas utilizadas en el ejercicio de tamizaje

- Cuando ha habido conflictos o discusiones con su pareja, novio o compañero, ¿él ha tirado objetos, portazos, destruido muebles, o la ha corrido de la casa?
- En los últimos 3 meses (si está embarazada, pregunta, en este embarazo), ¿ha sido empujada, golpeada por su compañero, pareja, novio o excompañero?
- Actualmente ¿tiene usted miedo a que la agrede, maltrate o golpee su compañero, pareja, novio o compañero?

Caja 6 ¿ Cuando el personal de salud sospecha que hay violencia ?

- Ansiedad
- Alergias
- gastritis
- colitis
- cefalea
- migrañas
- golpes
- desnutrición mujeres
- presión alta
- problemas de aprendizaje en los niños
- problemas físicos
- Infecciones de Transmisión Sexual
- la discontinuidad de la consulta

Fuente : personal salud y usuarias El Salvador

de una iniciativa post- desastre (Huracán Mitch). En cada sitio se entrenó a todo el personal en conceptos básicos de VIF y en el uso de un instrumento que consiste en 3 preguntas sobre experiencias recientes de violencia física o emocional por parejas. Durante un período que varió de 1 a 3 meses, el personal entrenado hizo las preguntas de tamizaje al 100% de mujeres entre 15-44 años que acudieron a los servicios de salud, fueran salud reproductiva, morbilidad general, etc. En general, la aplicación del instrumento dilató un promedio de 3 minutos, y las entrevistas posteriores indicaron que hubo bastante aceptación del instrumento por parte del personal de salud y las usuarias.

Como resultado se encontró que entre el 12-54% de mujeres usuarias reconocieron ser víctimas de abuso conyugal reciente. Los programas de salud reproductiva generalmente registraron una mayor proporción de mujeres víctimas de violencia que en la morbilidad general.

Se observó bastante variación en los niveles de captación entre las diferentes unidades de salud, aún en los mismos municipios. Esto indica que la captación depende de muchos factores además de la pregunta en sí, por ejemplo, la habilidad e interés del personal que pregunta, el nivel de sensibilización de la población en general, si existen servicios de referencia, y las condiciones físicas en que se realiza la consulta (privacidad, etc.).

En nuestras discusiones con prestatarios de salud, el estudio de tamizaje fue mencionado como una experiencia muy importante. Por un lado, demostró que muchas usuarias sufren de violencia, aun cuando no lo manifiestan como motivo de consulta. Este reconocimiento les motiva a cambiar su atención en general. Por ejemplo, una psicóloga nos manifestó,

Los libros me dicen como abordar la depresión, pero ahora hemos comenzado a cambiar los diagnósticos. Vemos que es cierto que ella tiene depresión, pero es secundaria al problema de VIF. Esto nos da otra estrategia.

Una enfermera en El Salvador nos explicó la necesidad de ajustar la oferta de métodos de planificación familiar, pues las opciones para una mujer que está siendo maltratada son más restringidas:

Tratamos de ayudarla a planificar, pero tenemos un problema porque no tenemos la inyección mensual, que es la única forma de planificación escondida. Si la mujer usa el DIU lo puede sentir su marido y con las pastillas las puede encontrar. Con la inyección de 3 meses no le viene la regla y él se puede poner sospechoso. A veces les decimos que guarden las pastillas con una amiga para que no se dé cuenta.

Otra lección valiosa del ejercicio de tamizaje fue que demostró que las mujeres están dispuestas a hablar de sus experiencias cuando el personal les pregunta.

Lecciones Aprendidas:

El ejercicio de tamizaje es una herramienta excelente para motivar al personal de salud a preguntar sobre la violencia, y podría implementarse en todos los sitios que inician trabajo en violencia. Debe incluir preguntas sobre la violencia física, emocional y sexual.

Después del ejercicio es necesario implementar una estrategia permanente de tamizaje, para mantener los logros alcanzados en el ejercicio inicial.

Caja 7

¿Cuáles son los momentos adecuados para preguntar sobre la violencia?

En la clínica de planificación familiar

Preguntamos si el marido está de acuerdo con la planificación familiar. Si dice que no, uno ya sabe que hay problemas.

En la consulta pregunto qué piensa ella de la planificación y qué pasaría si él se da cuenta. Yo le hago conciencia que ella es dueña de su cuerpo aunque él no quiere.

Por los celos y control de los maridos uno se da cuenta. Por ejemplo, a veces dicen que no planifican “porque a él no le gusta que nadie la vea.”

En citología

A veces en citología, veo laceraciones, mujeres mayores con resequedad y hematomas por el sexo forzado.

Cuando veo golpes pregunto, “Que pasó aquí?” Y las mujeres se ponen a llorar, dicen que no vienen a los controles por qué sus maridos les mantienen bajo llave.

En fisioterapia

Yo atendía mujeres con espasmos musculares y nunca preguntaba. Después comencé a darme cuenta que muchos casos eran por violencia.

En la consulta general

Me tocó una mujer que vino por un dolor de cabeza. Cuando le pregunté, resultó que su marido había pasado 3 días afilando su machete, diciendo que le iba a matar. Ella pasó todo ese tiempo pensando en dónde le iba a dar primero. Tuvimos que elaborar un plan de seguridad con ella ahí i nomás, porque dijo que no podría venir otra vez.

En la atención al niño sano

No hay que preguntar directamente porque se asustan. Digo “¿Hay problemas en la casa?” “¿Cómo se lleva el papá con los niños? ¿Cómo se llevan los niños entre sí?”

A veces el niño no tiene nada, pero lo uso como anzuelo para hablar con la mamá.

En dermatología :

Después de varias consultas por problemas crónicos de alergia en las manos, la doctora me pregunto si tenia problemas en mi casa y ahí me solté a llorar.

Me puse como reto encontrar los casos, y me di cuenta que era posible.

Están esperando el momento que alguien le toque la puerta, algunas han esperado muchos años... Se agradece la oportunidad para descargar.

A veces nos tocó dar la pregunta en dos ocasiones. Tal vez en la primera, cae como en choque, pero en la segunda entra en confianza.

La reacción de la mujer depende de la confianza que le demos. Cuando uno comience a hacer esto, se siente feo, pero ya no. Lo importante es escucharle a ella, y no escribir, sino prestar atención para no perderla.

La experiencia de tamizaje les dió confianza en sus propias capacidades y les motivó a seguir indagando sobre la violencia en sus consultas, al ver que era tan frecuente entre las usuarias que atendían. En algunas unidades existe una sensibilización tan generalizada que el personal de apoyo administrativo, como por ejemplo, las cajeras, las conserjes y los porteros participan activamente en la identificación de casos. Sin embargo, nos llamó la atención que en ningún lugar que visitamos se siguió utilizando las preguntas como una herramienta de trabajo rutinario. En la mayoría de los lugares sirvió como una práctica, para después ir buscando cada uno su manera propia de preguntar. Nicaragua incluye las preguntas de tamizaje en sus normas de atención a VIF y recomienda que se implementen en los servicios centinela designados. Consideramos que es importante darle seguimiento al ejercicio de tamizaje, e incorporar preguntas sobre la violencia sexual dentro y fuera de relaciones de las parejas, para tener una información más completa sobre las usuarias.

¿Y se dice que sí, qué hago?

A veces le pregunto a una mujer por violencia, y ahí nomás se me pone a llorar; se me hace un mar de lágrimas. Se corta y la tengo que esperar. Cuando uno no está sensibilizado, se aflige, y piensa, “para qué le pregunté”, y “ahora cómo la saco de aquí?”

Este escenario, relatado por un médico salvadoreño, es lo que inhibe a muchos profesionales de salud a preguntar sobre la violencia. Muchas veces tienen miedo de no saber qué hacer, o no tener el tiempo o los recursos para atenderla si revela que está siendo víctima de violencia, y por eso prefieren no preguntar.

El personal de salud que entrevistamos ha encontrado una serie de respuestas creativas para atender con calidad humana a las mujeres, sin que esto interrumpe las actividades del centro.

En Honduras, por lo menos en los 13 centros que cuentan con consejerías de la familia, la respuesta del personal de salud se limita a la referencia de la usuaria a la consejería. Sin embargo, este modelo no funciona para la gran mayoría de las unidades de salud en Centroamérica, aún en Honduras, que no cuentan con personal de salud mental en todas las unidades

Una estrategia que ha funcionado bien en sitios donde no cuentan con personal especializado es designar un punto focal para violencia en la unidad de salud. Por ejemplo, en el centro de salud de Chintúc, El Salvador, entrenaron a 4 enfermeras para brindar consejería y atención en crisis. Se asegura que en cada turno hay por lo menos una persona entrenada. De esta forma, cuando el personal detecta una mujer que requiere atención inmediata, pueden referirla a una de las puntos focales. El centro tiene como norma priorizar la atención a las afectadas por violencia, para que la atiendan ahí no más. Para resolver el problema de

Lecciones Aprendidas:

No es necesario contar con personal especializado en salud mental para dar una buena atención en violencia.

Lo que sí requiere es tener personal motivado y ajustar la organización de los servicios para poder atender con calidad humana y de manera oportuna a las mujeres que requieren apoyo.

privacidad de las mujeres, algunos centros, como Chintúc en El Salvador, y el centro de salud de Estelí, Nicaragua han establecido espacios especiales para la consulta en violencia. En otros casos, utilizan las oficinas administrativas para dar la atención con privacidad. Este modelo funciona en ausencia de servicios especializados, pero su alcance es limitado. Las enfermeras hacen una primera intervención en crisis dando consejos e información básica sobre las leyes, los servicios existentes y como hacer un plan de seguridad. Invitan a las mujeres a regresar, pero no hay mucha capacidad para dar seguimiento de los casos.

En el modelo juegan un papel clave los grupos y organizaciones de mujeres de las localidades y que prestan algún tipo de atención a las víctimas de VIF, pues con el sistema de referencia y contrarreferencia de casos se pueden completar los servicios que necesitan las mujeres víctimas de VIF

Yo les digo, “Eso que a Ud. le pasa tiene un nombre y apellido, es violencia intrafamiliar.” Después le doy un folleto y le pido que venga cuando este convencida de que necesita ayuda. A veces visitamos a su hogar, pero disfrazado de otras actividades como la vacunación.

No la puedo sacar llorando, porque se asustan los otros pacientes, tengo que sacarla sonriendo, le digo que es valiosa.

Ahora, le dejo que saque la última lágrima porque sé que esto le ayuda. Le refiero después, pero ya va descargada.

Yo le digo, si quiere llorar, que llore; si quiere hablar, también... Cuando se calma, le ayudamos, a pensar qué va hacer, que opciones tiene.

Muchas veces se sienten culpables. Yo les digo que ese hecho no justifica... Trato de orientarles que la violencia no es normal, que tienen derechos...

En nuestras discusiones con el personal observamos una actitud de mucho respeto hacia las decisiones de las usuarias. Muchas veces escuchamos frases como “ella es la dueña de su vida y que ella es quien tiene que tomar sus propias decisiones.” Creemos que esto demuestra el efecto de los talleres de sensibilización y capacitación.

En la policlínica del Barrio Lourdes, en El Salvador, que cuenta con personal especializado, la técnica es parecida. La psicóloga solamente interviene en los casos que requieren atención especial, pero hay varias personas entrenadas para dar consejería y atención en crisis, incluyendo la fisioterapeuta, la educadora especial, y algunas enfermeras. Ellas son las que manejan los grupos de apoyo también. Sin embargo, la capacidad de resolución es mucho mayor, ya que existe la posibilidad de atención individual psicológica y atención a grupos de apoyo.

Escuchar no cuesta nada

En relación a lo que más ayuda a las mujeres a resolver sus problemas de violencia, el informe síntesis de *La Ruta Crítica* señaló,

Las acciones e intervenciones que más ayudaron a las mujeres afectadas en todos los sectores fueron las de apoyo emocional, información precisa sobre sus derechos y sobre los procedimientos, orientación legal y respaldo para la ejecución de sus decisiones.

Esto coincide con nuestras entrevistas con prestatarios y usuarias. Los prestatarios opinaron que lo que más desean las mujeres es la oportunidad de hablar, sin miedo de ser juzgada.

Ellas, con sólo que les escuchan, se quitan un gran peso, ya estamos haciendo bastante.

Me gusta hacerla reír, pues también es importante a veces ver lo positivo. No estoy contenta hasta que salga riéndose.

Tal vez vienen, no con la necesidad de que le resuelven, sino para que le escuchan... su esperanza es de un consejo.

Las usuarias por su parte expresaron la misma opinión. Una usuaria salvadoreña nos explicó que llegó al centro de salud buscando ayuda porque vio un rótulo en el centro que decía “Aquí hay atención a violencia intrafamiliar. Ella nos dijo, “las mujeres aquí encuentran el espacio a que les escuchan.”

Los grupos de apoyo

Los grupos de apoyo para sobrevivientes de violencia representan una técnica muy utilizada por los movimientos de mujeres a nivel internacional. En América Central, desde hace algunos años han existido varias organizaciones; por ejemplo CEFEMINA en Costa Rica, que han desarrollado amplia experiencia en grupos para sobrevivientes de violencia.

Una de las ventajas grandes de los grupos es que permite atender mucho más personas de lo que es posible en la atención psicológica individual. Por otro lado, la facilitadora de un grupo de apoyo no tiene que ser profesional de salud mental, pero si haber sido entrenada para el manejo de grupos.

Lecciones Aprendidas:

Los grupos de apoyo son una técnica muy importante para ayudar a las mujeres afectadas por la violencia. Sin embargo, el personal de salud requiere más capacitación y asesoría para poderlos implementar con éxito.

Otra ventaja de los grupos es que brindan a las mujeres la oportunidad de ayudarse entre sí, de darse cuenta que no son las únicas que sufren violencia, y desarrollar lazos de solidaridad y en algunos casos, de acción colectiva. Estos son elementos muy importantes para la superación de la violencia.

El programa de OPS ha tratado de promocionar los grupos de apoyo, a través de capacitaciones a personal, y la distribución de materiales. En cada uno de los países existe por lo menos una experiencia exitosa de grupos. Sin embargo, encontramos un desnivel muy grande en cuanto al desarrollo de los grupos de apoyo. El hecho de contar con un grupo o no, no parecía depender del nivel de los recursos disponibles, Habían grupos exitosos en un puesto de salud manejado por una auxiliar de enfermería, mientras en algunos centros con equipos de salud mental nos aseguraron que era imposible establecer grupos.

Las explicaciones principales que señalaron eran:

Caja 8

Lo que hemos aprendido en los grupos de apoyo:

- Ser independientes
- Valorarnos
- Ser más responsable con los hijos
- Tomar decisiones con responsabilidad por una misma
- Reconocer nuestras cualidades
- No ser violentas
- Estimarnos
- Poner en práctica las habilidades
- Decir “Soy capaz, yo puedo”
- Empoderarnos
- Que nos respetan los derechos ni nos maltratan
- Querernos
- Perdonar
- Liberarnos
- Respetar
- Amar
- Solidaridad con las demás

- Que en las comunidades rurales todas se conocen y no quieren exponer sus vidas personales a otras, por pena o miedo de represalias de los maridos.
- Que no existe el personal especializado para facilitar los grupo.
- Que iniciaron un grupo pero las mujeres no quisieron seguir, no tienen interés.

Al final nos dió la impresión que influye más en el éxito de los grupos la voluntad y habilidad del personal que el sitio o el perfil profesional. No hay mucha práctica de atención grupal en la mayoría de los servicios de salud, y posiblemente la falta de experiencia, las propias vivencias de violencia y el miedo del fracaso son barreras para la conformación de los grupos. Sin embargo, en los sitios donde funcionan los grupos, tanto el personal como las mujeres usuarias nos aseguraron que es una técnica muy útil para las sobrevivientes de violencia.

La experiencia más amplia que conocimos fue en la policlínica del Barrio Lourdes en El Salvador, donde manejan varios grupos de mujeres, incluyendo uno para mujeres de la tercera edad. Lo interesante de esta experiencia es que, a pesar de contar con recursos especializados en atención psicológica, los grupos son manejados por la fisioterapeuta y la especialista en educación especial. Ellas fueron seleccionadas, no por su perfil profesional, sino por su interés en el tema y su habilidad de desarrollar confianza con las personas.

Una enfermera auxiliar de Guazapa nos contó su experiencia,

Me ha costado crear este grupo. A cada mujer después de la atención se le invita. Comenzamos con 12 mujeres, después se bajo, ahora tenemos 6 mujeres que se reúnen cada 15 días. He tenido que pelear en el centro para tener tiempo para atenderlas. Les he enseñado manualidades, y eso les ha gustado.

Una psicóloga de Guatemala nos dijo que considera que la atención grupal da mejores resultados que la atención individual, por los lazos que se crean entre las mujeres.

Caja 9 Qué consejos les darían ustedes a las mujeres maltratadas?

- Ir al centro de salud, para que le escuchan
- Que tenga amor a sus hijos
- Que tenga un capricho interno (valor)
- Que ella vale - es importante
- Que sea independiente
- Que conozca sus derechos

Mujeres de grupo de apoyo, El Salvador

Es admirable la solidaridad con que se tratan. Le dan ideas para salir adelante. Dan mejores resultados los grupos, en pocas sesiones salen diciendo “y no ha probado tal cosa?” En lo personal el grupo me ayudó a entenderlas, a ver como las otras les hablan con gran sabiduría...

Lo importante es que llegan anónimas, que no todos se conocen. No es necesario ser superman para facilitar un grupo, sino comenzar con paciencia y no regañarlas..

La regla principal del grupo es que “no venimos a chismear, sino a resolver nuestros problemas.”

Estas consideraciones coinciden con las opiniones de las mujeres que han participado en los grupos:

Yo pensaba que la única salida era la muerte, la deseaba pero no lo hacía por mis hijos....Yo creía que era la culpable de que me golpeaba...

Aquí aprendí que no es así...tenía la autoestima por el suelo, aquí nos enseñan a amarnos.... (Colonia Kennedy, Honduras)

Antes yo era bien tímida, estaba esclavizada en el hogar...Ahora, gracias al grupo me siento más liberada. (Comayagua, Honduras)

Lo que me ayudó fue darme cuenta que no estaba sola, que somos muchas las que estamos encerradas en nosotras mismas, calladas. La comunicación entre nosotras y el conocimiento legal fue muy importante. (Colonia Kennedy, Honduras)

Caja 10

¿ Qué siente el personal de salud cuando se enfrenta la violencia?

En los primeros casos me ponía a llorar a la par de ellas...

Yo quería poner mi propios juicios.

Siento que preguntarles es una revictimización.

A veces yo siento enojo a los dos, yo quisiera que ella entienda.

A veces me siento impotente, no hallo ni cómo orientarla.

A veces nos cargamos con los problemas de las pacientes. Queremos ayudarlas, a que se despierten y reaccionan, quisiéramos un salto para salir, por que visualizamos la salida.

Quisiera tomar una decisión por ellas, decirle dejéle, pero uno siente que no halla que hacer.

El día antes de vacaciones mi última paciente vino con un golpe, y su niña tenía marcas de estrangulación en el cuello. Me dio un nudo en la garganta, y se me olvidó toda mi enseñanza... Fui a la casa pidiendo a Dios que no la matara durante las vacaciones.

A los 3-4 meses de venir aquí, y antes de recibir capacitación, me salio el caso de una mujer que fue golpeada por su marido y violada a los 7 años por su hermano mayor. Me impactó grandemente y me quitó el sueño durante unos días.

Personal de salud, El Salvador

A veces me pongo a llorar a la par de ellas.....

Las reacciones del personal de salud ante la violencia

Es difícil sobre-estimar el impacto sobre el personal cuando atienden a mujeres y niños/as que han sido víctimas de violencia. “Todas hemos tenido momentos en que se nos mueve el piso” relató una psicóloga de El Salvador. Muchos mencionaron efectos que van desde el desgaste emocional, al miedo de represalias del agresor, a frustración con las mujeres “que no hacen caso.” Las historias de violaciones, humillaciones, golpes y amenazas de muerte dejan huellas físicas y emocionales en quienes las escuchan. Cómo señaló Claramunt “el trauma es contagioso,” y puede manifestarse en problemas emocionales: la depresión, la ansiedad, el temor o la insensibilidad al dolor de quienes sufren. También puede expresarse en síntomas físicos tales como cansancio crónico, dolores continuos de espalda o cabeza, problemas gástricos o alteraciones del sueño (Claramunt, 1999). En la Caja 10 presentamos algunas de las reacciones que

describieron el personal de salud que atienden a víctimas de violencia.

En algunos lugares se suma a esta lista las preocupaciones por la seguridad física del personal. En Guatemala, conocimos testimonios dramáticos sobre el peligro que corren los y las prestatarias. Una ONG que atendía un refugio para víctimas de violencia fue asaltada por hombres enmascarados quienes violaron a varias miembros del equipo. El refugio se cerró. Naturalmente, estas experiencias provocan temor entre el personal, por las consecuencias a que les puede llevar su trabajo. Una enfermera guatemalteca nos dijo, “Se siente miedo del agresor, por si ella cuenta lo que pasó en la consulta.” Otra enfermera atendió una mujer mientras su esposo daba vueltas armado fuera del centro, buscándola:

Me sentí insegura; pensé, a qué hora este hombre me va a buscar a mí?

Una psicóloga de la Ciudad de Guatemala, nos comentó,

Al meterse en esto, uno sabe que se están tirando sólo, pues no hay protección. He aprendido que lo mejor es relajarse, porque si uno se temerice no puede seguir.

A pesar de lo desgastante que resulta atender a los casos de violencia, muchos prestatarios consideraron que el trabajo en violencia también había sido una oportunidad para su transformación personal, y algunos mencionaron como un efecto muy positivo en sus vidas personales y profesionales. Más de una persona notó que los cursos de sensibilización les habían servido para superar sus propias historias de violencia. En las discusiones se mencionaron logros personales, tales como:

Esta unidad de salud trabaja muy bonito, es como ir quitando la suciedad para verse en un espejo.

La sensibilización nos sirvió para conocernos más, a tener más consideración entre nosotros.

Un elemento que se considera imprescindible para el personal que atiende a víctimas de violencia son las medidas de auto-cuido. El auto-cuido se refiere a las acciones que le permiten al personal desahogarse y superar el estrés que implica atender a víctimas. Puede incluir actividades recreativas o sesiones para hablar de las emociones que su trabajo provoca en el personal. En los centros de salud que visitamos encontramos apenas un centro que realiza actividades de auto-cuido con alguna frecuencia. En otros lugares el personal manifestó que les parece muy importante el auto-cuido, pero no lo han desarrollado. En este sentido nos parece importante señalar que OPS ya elaboró un material muy completo para capacitación en el auto-cuido (Claramunt, 1999), pero no ha sido divulgado ampliamente.

Caja 11

Uno nunca espera de su esposa que le haga esto... El grupo de hombres de Honduras

Entrevistamos a unos 30 hombres en el grupo de reflexión masculina de la Consejería de la Familia de la Colonia Kennedy. Ellos asisten a una sesión semanal de 2 horas durante 8 semanas. Todos habían llegado por orden judicial. Reconocen que no hubieran participado en el grupo si no fueran obligados, y la mayoría consideró que habían sido tratados injustamente por el sistema judicial. Únicamente un hombre reconoció haber golpeado alguna vez a su esposa. Otro hombre nos relató que él había denunciado a su esposa utilizando la ley de VIF, "porque me hostigaba mucho," y la juez le mandó a los grupos a él.

La juez se parcializa, la esposa quiere buscar un arreglo y la jueza no lo propicia.
No trata bien a los hombres, después la esposa escucha y agarra alas...

Cuando estaba frente a la jueza, mi esposa se envalentó y se puso más dura.

En relación a la mala atención de la juez hacia los hombres agresores, sugirieron que lo más justo sería tener un juez varón para los hombres "pues así se entiende mejor" y una juez para las mujeres.

A pesar de lo desagradable de ser obligados de asistir a los grupos, algunos de los hombres reconocieron algún beneficio:

Uno nunca espera de su esposa que le haga esto, pero aquí he aprendido y mi comportamiento será distinto. Uno no siempre lo hace todo bien, piensa que la esposa es propiedad de uno.

La primera vez que se viene es difícil hablar. Aquí cada uno puede dar su versión. Se siente liberado al decir las verdades. Eso ayuda; es una carga menos y uno deja de tener ese concepto de que todo lo sabemos y que era buena gente.

Antes, yo sentía un poco de odio hacia las mujeres [por un abuso de parte de su madre]., Después, Gracias a Dios, mi esposa me denunció, pues, ahora mi vida es diferente, pues he podido liberarme de esa carga.

¿Y con los hombres, qué hacemos?

Se percibe angustia entre el personal de salud, acerca de qué hacer con los hombres. Por un lado, se reconoce que difícilmente se podrá eliminar la violencia hacia las mujeres, si no se logra transformar las actitudes y el comportamiento de los hombres violentos.

La atención a los hombres agresores es también una demanda de las mujeres que viven con violencia. Según el personal de salud y policía que entrevistamos, lo que muchas mujeres más desean es una atención a sus maridos – que alguien le de un consejo, que le orienten, que le hagan cambiar. Estas mujeres no quieren terminar sus relaciones, lo que quieren es que termine la violencia. Esta es una de las razones por lo que los arreglos extra-judiciales son más solicitados que los juicios.

Pero este deseo plantea una serie de dilemas: ¿Será posible cambiar toda una vida de enseñanzas y comportamientos violentos?

¿ Es suficiente reducir la violencia física, si se mantienen otras formas de violencia, por ejemplo la violencia emocional?

¿A quién le toca realizar este trabajo - al sector de salud o al sistema de justicia?

Lecciones Aprendidas:

Los grupos de reflexión de hombres no son igual que los grupos para agresores. Para trabajar con agresores es necesario implementar medidas de monitoreo y evaluación y tener presente que la prioridad del programa es garantizar la seguridad de las mujeres, niños y niñas.

Hay pocas experiencias exitosas en el mundo que nos pueden dar pistas para responder a estas preguntas. En los EEUU, existen muchos programas de atención a agresores, con una diversidad de enfoques teóricos y programáticos. La mayoría duran de 8-12 semanas y los asistentes son enviados por los tribunales, como sentencia alternativa. Sin embargo se han realizado pocas evaluaciones para medir la efectividad de los programas. Los

resultados indican que cerca de la mitad de los hombres se retiran antes de finalizar los cursos. De los que terminan, aproximadamente la mitad, dejan de utilizar violencia física, por lo menos durante algún tiempo, aunque en muchos casos mantienen otros tipos de prácticas violentas y/o controladoras. Una clave para el éxito es la motivación del asistente. Los hombres que asisten por su cuenta (por ejemplo porque no quieren perder sus relaciones de pareja, o porque se sienten mal consigo mismo) tienen mejores perspectivas de lograr un cambio, que los que van por cumplir una pena.

En Centroamérica existen pocas experiencias de atención a agresores. En el marco del Proyecto de OPS se inició la reflexión de las masculinidades, dentro del sector salud, para promover cero tolerancia a la violencia, pero no fue política del Proyecto el trabajo con ofensores.

En Honduras y Panamá las leyes de violencia intrafamiliar exigen al sector de salud atender a los agresores y los tribunales han utilizado como sentencia alternativa enviarlos a tratamiento de agresores. En Honduras visitamos un programa para hombres y entrevistamos además a algunas de las esposas de los asistentes (ver la caja 11). Nuestra primera impresión fue que algunos hombres estaban aprovechando la oportunidad para reflexionar, mientras otros estaban simplemente “marcando el tiempo” para que se cumpliera su sentencia. Las parejas que entrevistamos manifestaron que habían notado cambios positivos en sus maridos, aunque una mujer confesó “aun siento miedo de él.”

Nuestras preocupaciones en relación a las leyes que establecen la atención obligatoria para el sistema de salud a agresores son las siguientes:

- No se destinan recursos adicionales para este servicio, así que se corre el peligro de desviar fondos de la atención de mujeres víctimas.
- En Honduras, se establece una especie de simetría entre hombres y mujeres, ya que las mujeres también son enviadas a atención psicológica “con el fin de elevar su auto-estima.” De no asistir, pueden recibir sanciones. Aunque la intención de la medida sea positiva, consideramos que la víctima de un delito no debe ser obligada a recibir atención en contra de su voluntad, ya que esto atenta contra el mismo principio de fortalecer su autonomía personal. Además, constatamos en las discusiones con los hombres que ellos interpretan esta medida como un reconocimiento de la ley de que ambos comparten responsabilidad por la violencia.
- Al no existir normas para la atención a agresores, ni personal capacitado, existe el riesgo de aumentar la inseguridad de las mujeres con programas que no contribuyen a la reducción de la violencia.
- No existe consenso entre profesionales de salud mental sobre el enfoque teórico y metodológico para atender a hombres ofensores.
- No hay capacidad de seguimiento a los casos para ver la efectividad de los programas.

Un grupo que ha recibido apoyo de OPS en Nicaragua, La Asociación de Hombres contra la Violencia, ha desarrollado una propuesta muy novedosa para trabajar “con hombres que tienen problemas de poder y control en sus relaciones de pareja.” Este grupo se refiere explícitamente al problema de control y poder, porque “la violencia masculina puede entenderse como uno de los medios para mantener esta relación de sometimiento” y para no caer en “la trampa de concentrarse en eliminar la conducta violenta del hombre, para que éstos reemplazan la violencia por otras formas más sutiles de dominación.” Este programa propone como meta trabajar con hombres voluntarios que no han sido procesados y condenados por delitos de lesiones. Es decir, han seleccionado como grupo meta hombres que se supone pueden ser más permeables a los mensajes de equidad, que los que ya han entrado en el sistema de justicia.

Esta propuesta establece una clara diferencia entre lo que son los cursos de reflexión masculina y los grupos de ofensores y consideran que deben llevar una metodología diferenciada.

Lecciones aprendidas

“La seguridad de las mujeres, niñas y niños es la prioridad de este proyecto. Se trata de atender a los hombres para beneficiar en primer lugar a las mujeres, niñas, niños y en segundo lugar a los hombres.”

Para los grupos de reflexión de hombres, su propósito principal es estimular la reflexión entre los participantes, en los grupos de agresores se plantea que :

Los hombres como aliados

Otro desafío importante es lograr que la atención a la violencia intrafamiliar sea vista como una función más de todos los profesionales de salud y no como un problema que le incumbe únicamente a las mujeres del sector salud. Conocimos algunos casos notables donde los médicos varones se habían convertido en fuertes aliados del programa de

violencia. En el centro de salud de Estelí, por ejemplo, uno de los consejeros principales es un varón. En El Salvador, una enfermera afirmó,

No importa si es hombre o mujer quien pregunta. En Guazapa, el médico es el que más refiere casos...Es el grado de sensibilidad que uno tenga que es lo importante...

Sin embargo, estos casos representan las excepciones más que la norma. En todos los países que visitamos se mencionó la dificultad de lograr que los profesionales varones se interesaran por esta problemática. Por lo general, se percibe un cierto rechazo hacia el tema. Un estudio que encomendaron OPS y el Ministerio de Salud de Nicaragua observó que los hombres profesionales se sienten “a la defensiva” y algunas capacitaciones producen rechazo entre los hombres porque “se sienten aludidos.”

Lecciones Aprendidas:

La creación de algunos espacios de reflexión separados por hombres y mujeres es una buena estrategia para superar las barreras culturales que existe entre el personal de salud.

Este estudio, que fue realizado por la Asociación de Hombres contra la Violencia, señaló:

Los trabajadores de la salud - médicos, enfermeros, higienistas -- antes de ser su profesión son hombres. Como tales no se escapan a la socialización machista inculcada a todos los hombres por su entorno (Montoya, 2001).

En sus discusiones con profesionales de la salud, recibieron testimonios de hombres médicos que reconocieron haber sido violentos con sus parejas y de mujeres que habían sido víctimas de violencia. Concluyeron que,

...Estos testimonios fundamentan la importancia de no sólo capacitar técnicamente a los prestadores de servicios de salud para que sepan atender casos de violencia, sino también brindarles la oportunidad para que reflexionen sobre sus experiencias de vida relacionadas con la violencia...

Este estudio sugirió la importancia de crear espacios de reflexión entre hombres para romper algunas de las barreras culturales que hay. Se han iniciado algunas actividades de sensibilidad y reflexión en varios de los países y consideramos que es una actividad que contribuye a la institucionalización del programa de atención y prevención de la violencia.

Percepciones del personal de la calidad de atención que brindan a mujeres afectadas por la violencia

Los prestatarios entrevistados en los centros donde se ha alcanzado cierto nivel de desarrollo en sus modelos de atención expresaron mucho orgullo y satisfacción por los cambios que se habían logrado (ver Caja 12 para una lista de los temas más mencionados). Sobre todo, se refirió a un cambio en la calidad de atención en términos generales, no solamente en relación a la violencia.

Nos dice la gente que aquí es diferente, es más cálida...nos buscan porque aquí escuchamos...

Otro tema que fue señalado por varios entrevistados fue haber logrado un giro en el rol del personal de salud y el empoderamiento del personal de enfermería sobre todo:

Las enfermeras se han despertado con este tema, entienden que su labor va más allá de la toma de presión, sangre. Romper con este esquema en cada area fue algo muy grande.

Tuvimos que sensibilizarnos para no ser agresora uno en la atención. Esto fue algo grande de entender y vencer.

Por otro lado muchos prestatarios mencionaron cambios en las relaciones con la comunidad y la sensibilidad de la población hacia la violencia:

Hay mayor cercanía con la comunidad. La gente busca más al centro de salud y nuestras usuarias se han convertido en las mejores promotoras.

La gente sabe de las leyes y que están protegidas. Es notable que las mujeres ya no tienen miedo de ir a las instituciones.

En relación a las barreras que enfrenta el personal en la atención a la violencia, la mayoría tiene que ver con las condiciones en que trabajan (falta de privacidad, presiones de tiempo, productividad) o con aspectos administrativos, como por ejemplo, la falta de apoyo de los niveles superiores.

La falta de normas aprobadas y sistemas de información y vigilancia epidemiológica fue una demanda permanente de los y las prestatarias. El sistema de registro, por un lado, lo consideran necesario para justificar el tiempo que se dedica a la atención a violencia y por otro, para visibilizar la violencia como motivo de consulta. En la mayoría de los centros de salud que visitamos se han conocido las propuestas de normas para la atención, pero no se están implementando.

Caja 12
Atención en Violencia Intrafamiliar
Logros y barreras más mencionados por el personal de salud

Logros	Barreras
<p>En los servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que la violencia se reconoce como un problema de salud, y que se relacione con otras causas de enfermedades • Mayor credibilidad y respeto del personal salud • Cambios en la calidad de atención en general • Cambios en el concepto del personal • Contar con espacios físicos para la atención en la unidad de salud • Mayor integralidad para la atención en VIF • Contar con herramientas básicas para el abordaje • Contar con financiamiento de OPS <p>En relación con la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hay mayor cercanía con la comunidad. • Mayor coordinaciones para apoyo legal, policía y fiscalía • Mayor demanda de parte de las usuarias • Que la población está más sensible sobre la VIF <p>A nivel personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • La satisfacción de poder ayudar a los demás • El personal ha adquirido conocimientos nuevos 	<p>En los servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de normas y protocolos aprobados y diseminados • Mucha rotación de personal • Sobrecarga de actividades • No poder atender a las pacientes con el tiempo necesario • Falta de papelería • Limitados sistema de registro/vigilancia epidemiológica • No se logra que todo el personal se interese por el tema • Falta un plan permanente de comunicación e información • Falta de plan de autocuido • Falta de espacios adecuados para la privacidad • Falta de recursos financieros para capacitaciones y seguimiento de casos • Falta de apoyo de directores • El personal que se capacita no multiplica (hay problemas en la selección de RRHH) • Falta de recursos entrenados en salud mental • Falta de materiales para capacitación • Falta de materiales de promoción (afiches, folletos, etc.) <p>A nivel de la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actitudes de usuarias (no aceptar que viven con violencia, falta de voluntad para recibir ayuda) • Problemas de coordinación y referencias • Problemas en el acceso a la justicia de las mujeres (leyes no se aplican)

Fuera de la clínica: Las redes comunitarias

Entre los desafíos encontrados para consolidar el modelo de atención integral está la consolidación del **sistema de referencia y contrarreferencia** entre las distintas instituciones y organizaciones implicadas en la atención al problema de la VIF.

Algunas de estas instituciones forman parte de las redes locales y esto facilita la comunicación y el encontrar soluciones entre ellas. Pero no todas las instituciones estatales, que tienen que ver con el problema de la VIF participan activamente en las redes o comisiones locales.

Lecciones Aprendidas:

El contar con mecanismos de referencia y contrarreferencia en las redes locales mejora la calidad de la atención hacia la VIF y optimiza los recursos.

Las redes son claves para la prevención de la VIF, pues tienen integrado los diversos y necesarios enfoques en la atención a la VIF

Las redes han sido espacios estratégicos para la sensibilización y capacitación de otros actores sociales.

El nivel de **protagonismo** en las redes de las organizaciones e instituciones varía entre los lugares, pero una constante general en todos los países es que las organizaciones y grupos de mujeres son y han sido medulares en la consolidación de las mismas. Junto con ellas encontramos otros actores protagónicos que son diferentes según los países, en Nicaragua la Policía a través de las Comisarías ha jugado un papel dinamizador; en Costa Rica, Panamá y Belize el sector salud fue el promotor de ese esfuerzo

La ausencia de mecanismos **de referencia y contrarreferencia** a nivel nacional se ha visto como una gran limitación para el trabajo de redes, pero en los sitios visitados han surgido iniciativas locales para llenar ese vacío y han elaborado sus propios formatos.

Mejorar la referencia y contrarreferencia facilitará el desbloquear la ruta crítica de las mujeres viviendo violencia intrafamiliar.

En relación a las redes comunitarias, aunque se han hecho esfuerzos en todos los países por mejorar la coordinación entre las diferentes instituciones en las comunidades del proyecto, Nicaragua es el país donde las redes locales se han consolidado más. Esto se debe en parte a que las comisiones locales de lucha contra la violencia se comenzaron a organizar hace varios años con la creación de las Comisarías de la Mujer y la Niñez, y en la mayoría de los lugares la participación del ministerio de salud como integrante activo es relativamente reciente. En los otros países que visitamos había más dificultad en lograr que las comisiones se reúnan con periodicidad y que desarrollen planes de trabajo en conjunto.

Otro esfuerzo importante que se ha dado en todos los países ha sido la capacitación a líderes comunales (comadronas, defensoras populares, líderes de salud) en la promoción de las relaciones no-violentas y la referencia de casos de violencia a las unidades de salud. El nivel alcanzado por los grupos de promotores ha sido desigual: en algunos países se limitan a la referencia de casos, mientras en otros ha sido capacitadas para brindar atención en crisis a las mujeres y a consejería legal. En general estas experiencias han sido muy positivas y han acercado a la unidad de salud con la comunidad. Sin embargo, nos parece importante destacar la importancia de definir muy bien los roles y responsabilidades de cada actor para evitar desencuentros. En Guatemala se dió un caso de capacitación a promotoras que tuvo mucho éxito al inicio, pero después, se produjeron algunos roces entre el personal de salud y las promotoras comunitarias que perjudicó mucho el trabajo comunitario en VIF. Una de las promotoras nos comentó,

...Nos trajeron este programa y aceptamos. Después tuvimos tropiezos y perdimos el local, el mobiliario ... Ahora estamos con miedo y contradicciones: hay división en el grupo... (promotora de VIF, Guatemala)

Otros funcionarios de salud consideraron que en parte el problema se dió porque las promotoras recibieron más capacitación que el propio personal de centro, y se les dió un papel protagónico sin contar con el necesario apoyo de la unidad de salud. Esta experiencia es muy importante en demostrar lo importante que el modelo de atención se construye de manera conjunta y consensuada desde el nivel local, y no desde las instancias superiores, para que éste corresponde a las necesidades reales de la comunidad.

..El juez de paz hace leyes, pero es a favor de los hombres, tiene muchos casos y los va posponiendo. No tenemos apoyo, el juez no me ayudó para obligar a mi marido a reconocer el apellido de mi hija. El me decía regrese con su esposo (el agresor), si él va a la cárcel quien le va a dar de comer a su hija... (promotora quiche de San Cristobal de Totonicapán)

Lecciones Aprendidas:

Es importante que los agentes comunitarios en salud (promotoras, educadoras,...) sean entrenados en intervención en crisis por personal de salud, de ONGs o grupos de mujeres con experiencia en la temática.

Este entrenamiento puede ser parte del trabajo de redes e intersectorial con metodología participativa y género sensitiva.

VII. Los Sistemas de Registro y Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar

Lo que no se registra no existe

En el marco del Proyecto el poder contar con sistemas de registro y vigilancia fue un aporte, para iniciar la visibilización de la magnitud del problema y elaborar programas de prevención y atención.

En las visitas a los países del area encontramos que hay sistemas de registro en todos los centros de salud pilotos del modelo de atención. Las boletas o formatos del sistema de registro, varían dentro de los mismos países entre un departamento y otro (particularmente en El Salvador y Nicaragua) .

El personal de salud que atiende a las personas viviendo VIF están interesados en registrar, para que se visibilize la magnitud real del problema. Además es importante el registro para que se vea su desempeño laboral, a qué dedican su tiempo, ya que en la mayoría de los perfiles laborales del personal de salud no se contempla un tiempo de atención para VIF. El personal se siente presionado entre su deseo de brindar una atención de calidad, y la necesidad de cumplir con las metas de productividad que se le exigen a los servicios de salud.

En Nicaragua y El Salvador el personal de salud llena los formatos de registro, los envía a nivel departamental o regional y ahí muchas veces se quedan, no son referidos a nivel nacional. En Honduras los registros son enviados por las Consejerías de la Familia directamente al Departamento Nacional de Salud Mental para su consolidación. Estos datos no entran en los registros nacionales de servicios ni a vigilancia epidemiológica. En general, los equipos de

Caja 13

Con los registros se demuestra la demanda de los servicios VIF y se justifica el tipo de atención que amerita en cuanto a tiempo, privacidad y recursos.

Lecciones Aprendidas

El sistema de vigilancia debería contar con indicadores claves para todos los países, que nos permitieran la estandarización y comparabilidad

En general, los equipos de salud no analizan los datos a nivel local, ni tampoco reciben retroalimentación a nivel nacional de los resultados del analisis de los mismos.

Creemos que esta es una limitación no sólo para la VIF, sino para otros problemas de salud como son malaria, o dengue. Es decir hay debilidades en los flujogramas de la

información, en términos generales, en el caso de VIF puede ser más crítico, por lo que se trata de un tema nuevo para el sistema de información.

Existen Sistemas de Vigilancia en Violencia Intrafamiliar funcionando en Belize y Panamá. En Costa Rica, Nicaragua y el Salvador hay propuestas de sistemas de vigilancia en VIF, pero aún no han sido implementadas.

En estos momentos se está usando la Décima Clasificación de Enfermedades, en Costa Rica, Panamá, Belize y Nicaragua para el registro de la VIF⁹.

La información que resulta de los sistemas de vigilancia existentes es diferente. Está previsto en el marco del Proyecto la extensión de los sistemas a otros países, por lo tanto sería valioso contar con **variables e indicadores claves o básicos**, que fueran las mismas en todos los países, para así analizar y comparar .

Desafíos de los sistemas de información

¿Para que queremos la información?

Tomarse un tiempo para definir el para qué y el alcance de la misma, es clave para determinar todo el diseño y proceso del sistema de información y vigilancia.

La información recogida nos permitirá visibilizar la magnitud del problema de la violencia basada en el género y cuales son las consecuencias en la salud de las mujeres y sus familias. Con esta información podremos conocer cuáles son los grupos y comunidades con mayor riesgo; entender los factores de riesgo y protección, así como poder priorizar las intervenciones que vamos a desarrollar, ya que el fin último del sistema es actuar y prevenir la violencia intrafamiliar.

Con la atención y los informes de la Comisaría estamos demostrando que la inseguridad es más evidente en las casas y que ahí esta el problema. Además estamos viendo como está aumentando el número de niñas desaparecidas, sobretodo cuando los hogares están a cargo de madres solas, abandonadas por la irresponsabilidad de los hombres y las muchachas huyen de sus casas, por que mucho pelean con sus mamás . (Policía Chinandega, Nicaragua)

En todos los países hay sistemas de registro de la VIF, pero al no existir sistemas de vigilancia en la mayoría, el uso de la información es limitado. No hay una total apropiación del sistema de información como tal, se recoge el dato, se envía, pero no se llega más allá con el análisis y la devolución de la información a las partes interesadas .

Proceso de implementación del sistema de información y vigilancia

El inicio aislado de los sistemas de registro y vigilancia de la VIF en Panamá, El Salvador y Belize demostró que no pueden ser considerados separadamente éstos, del desarrollo del modelo de atención en violencia

Lecciones Aprendidas:

Un sistema de vigilancia debe recoger la información en un formato de registro o boleta, sencilla, flexible, aceptable, oportuna y con sensibilidad para detectar el problema de salud que estamos estudiando.

Un sistema, es de vigilancia si con la información recogida, hay un plan de análisis, divulgación y diseminación de la misma. Ya que el fin último de un sistema de vigilancia es con la información, tomar la toma de decisiones para la acción. Esta acción puede estar dirigida hacia: elaboración de propuestas de intervención, prevención, control del problema de salud en estudio o evaluación de programas y servicios.

⁹ Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-X , OMS 1995; en la sección de síndrome de maltrato, T74.0 hasta la T74.9 , además se agrega la causa externa del maltrato en la sección de agresiones. X85 hasta la Y09

intrafamiliar. La información es parte esencial del modelo y necesita que existan las normas y protocolos que se van a usar para la atención de la VIF, paralelamente a la recogida de datos .

...Poniendo en práctica el sistema de vigilancia identificamos la necesidad de contar con protocolos específicos para la atención de la VIF ...Ministerio de Salud Belize

La Boleta Unificada

En Panamá, Belize y Guatemala (en propuesta), se cuenta con una **Boleta Unificada de Registro de VIF** para ser usada por diferentes fuentes de información: Ministerio de Salud, policía, jueces, forenses, ONGs de mujeres y niñez. En el caso de Belize, el Ministerio de Salud es el responsable de consolidar, procesar y analizar las boletas y después informar al resto de Ministerios.

La boleta en si misma no constituye una acción de denuncia legal, su objetivo básico es la recolección estadística de información.

Denuncia obligatoria: barreras que ocasiona

La VIF es considerada un “daño a la salud de denuncia obligatoria” en el sistema de justicia en Guatemala y Panamá. En los casos de violencia sexual hacia la niñez y adolescencia, es de denuncia obligatoria, en la mayoría de países centroamericanos.

La obligatoriedad de la denuncia es contradictorio con el derecho de la usuaria, como persona adulta, a tomar sus propias decisiones, que además es uno de los principios del modelo de atención en VIF que se está implementando en la sub-región.

Consideramos que la obligación de la denuncia ocasionará aumento del subregistro de la violencia intrafamiliar, con lo que producirá que los efectos en la salud de las mujeres y sus familias, se detecten más tarde de lo deseable e incluso en algunas ocasiones demasiado tarde.

Estos fueron algunos de los comentarios dados por el personal de salud acerca de la obligación de denunciar el caso que les llegaba a consulta :

- El miedo de las víctimas y sobrevivientes a que el personal de salud denuncie el hecho, en contra de su voluntad.
- El personal de salud no quiere preguntar ni anotar por temor a las consecuencias legales de su reporte, como tener que visitar los juzgados para testificar,...o incluso poner en riesgo sus vidas, por amenazas de la persona agresora.

...a pesar que recibimos la capacitación de como llenar el formato de VIF en las emergencias del hospital, hay renuencia del personal médico

Lecciones Aprendidas:

Los sistemas de información, de vigilancia son parte del modelo de atención, no deben verse como algo aislado del mismo.

Paralelamente e a su diseño e implementación es necesario contar con normas y protocolos de atención del problema de salud, que vamos a reportar y vigilar.

Los sistemas de información son válidos si sus datos se usan, pues éticamente sería cuestionable captar o buscar activamente personas viviendo VIF, registrarlas en una boleta o formato, pero no ofrecerles nada a cambio.

El hecho de preguntar es una intervención en si misma, pero debe contemplar devolución de información, orientación y fortalecimiento de la persona.

para llenar la ficha por temor a las repercusiones legales,... (médica Hospital Nicaragua)

- Al ser de declaración obligatoria está normado en las leyes que se impondrán multas al personal de salud y a otros funcionarios que no cumplan con lo establecido, pero no queda claro como se monitoreará.

VIII. Conclusiones y Recomendaciones

Fortalezas

El equipo de evaluación encontró como fortalezas principales del proyecto los siguientes aspectos:

- El proyecto ha liderado la visibilización de la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública y ha promovido la elaboración de políticas públicas que así lo reconocen, en cada uno de los países de la sub-región.
- El proyecto ha brindado apoyo técnico y financiero para la elaboración de propuestas técnicas de normas y procedimientos para atender la violencia intrafamiliar en todos los países y en cuatro países: Belize, Costa Rica, Nicaragua y Panamá ya han sido aprobadas.
- El proyecto ha suministrado apoyo técnico y financiero para la elaboración de propuestas para el registro y sistemas de vigilancia de la violencia intrafamiliar en todos los países. Existen formatos de registro funcionando en todas las comunidades seleccionadas del Proyecto. En dos países (Belize y Panamá) se han aprobado y se están implementando sistemas de vigilancia nacionales. Costa Rica y Nicaragua cuentan con propuesta de Sistemas de Vigilancia. Y se ha diseñado una propuesta de boleta unificada de información en Belize, Guatemala, El Salvador y Honduras.
- El proyecto ha validado una propuesta de captación activa (tamizaje) en los servicios de salud, para detectar personas víctimas y sobrevivientes de violencia intrafamiliar.
- El proyecto ha promovido el intercambio de experiencias sobre el abordaje de la atención de la Violencia Intrafamiliar desde el sector salud, entre los países de la sub-región y la región andina.
- El proyecto ha elaborado una metodología de investigación operativa: Ruta Crítica, para lograr una rápida valoración a nivel local acerca de las respuestas de los diversos actores sociales en torno a la violencia.
- El proyecto ha logrado en algunos países integrar y transversalizar el tema de género y violencia en otros programas de OPS, lo que ha contribuido a la potencialización de esfuerzos, recursos y a que el impacto sea mayor. Entre los países que visitó el equipo de sistematización, esto fue particularmente notable en El Salvador y Nicaragua
- El proyecto ha promovido la reflexión sobre la masculinidad dentro del personal de salud en todos los países, y particularmente en Nicaragua, como una estrategia para la detección y prevención de la VIF, así como la promoción de formas de vida más saludables y cero tolerancia a la violencia.

- El proyecto ha impulsado la discusión para la inclusión de un módulo de género y violencia dentro de las Escuelas de Salud Pública de la sub-región y en la Maestría Regional de Salud Sexual y Reproductiva. También se ha logrado la inserción en la curricula de las escuelas primarias y Escuelas de Enfermería en Belize, Nicaragua y Guatemala .
- El proyecto ha contribuido, junto con otras agencias internacionales, con asesoría técnica y financiera en la formación de comisiones inter-sectoriales para enfrentar la violencia intrafamiliar a nivel nacional, local y comunitario en los respectivos países
- El proyecto ha colaborado, junto con otras agencias y ONG internacionales, al análisis y propuestas de leyes, planes y políticas públicas sobre la violencia intrafamiliar y ha promovido el seguimiento a su implementación a nivel sub-regional

A nivel de los países, además de lo anteriormente descrito :

- ✓ Se han implementado, en todos los países, programas nacionales de sensibilización al personal de salud
- ✓ Se ha capacitado a un gran número del personal de salud que atiende el programa de violencia intrafamiliar en las comunidades seleccionadas por el Proyecto.
- ✓ Se ha logrado en la mayoría de los países, ampliar el alcance del proyecto, integrando más unidades y regiones de salud, en algunos de ellos, con apoyo de los proyectos de OPS de Reforma del sector salud (Salvador, Honduras, Nicaragua , Costa Rica)
- ✓ Se ha logrado movilizar fondos adicionales en la mayoría de países de OPS y otras agencias para la ampliación del proyecto, basado en el mismo modelo de atención
- ✓ Se ha logrado integrar dentro de las Reformas del sector salud la atención a la violencia intrafamiliar como parte del paquete de atención básica de salud en Belize, Costa Rica, Nicaragua y Panamá.
- ✓ Se han elaborado 5 Módulos de Capacitación : *Sentir, Pensar y Enfrentar la Violencia Intrafamiliar* por parte de la comisión de “interaprendizaje “ del PLANOSI, Costa Rica. Este esfuerzo contó con el apoyo técnico y financiero del Proyecto. Han sido usados para las capacitaciones del personal de salud, en la mayoría de los países de la sub-región
- ✓ Se ha colocado al tema de la violencia intrafamiliar en la agenda de salud de Centro América a través de la reunión de Ministros de Salud (RESSCAD) y se ha promovido la coordinación con otros espacios políticos desde la subregión (reunión de Primeras Damas, mujeres líderes etc)
- ✓ Se ha logrado la interacción horizontal con socios del Estado y la sociedad civil en espacios donde no había mucha experiencia previa.
- ✓ En la mayoría de países se han consolidado las redes comunitarias alrededor de los proyectos-piloto o fortaleciendo espacios locales y nacionales ya existentes alrededor de las Comisarias de la Mujer y la Niñez, en el caso de Nicaragua.

Desafíos

Como desafíos principales encontramos los siguientes aspectos:

- La falta de voluntad política, en algunos países para implementar y extender la atención de la violencia intrafamiliar a nivel de los servicios de salud.
- La ubicación del programa de violencia en las instancias de salud mental de los ministerios de salud, como sería el caso de Honduras y Guatemala, a nuestro juicio, constituye una barrera para lograr un mayor impacto e integralidad en el resto de los servicios de salud.
- Las normas y procedimientos de atención a la Violencia Intrafamiliar, en algunos países no se han aprobado aún, o su diseminación entre el personal de salud es incipientes lo que ocasiona dispersión de actividades a nivel local y la falta de indicadores para la calidad de atención y la evaluación de desempeño.
- La coordinación interna en el sector salud entre las diversas instancias involucradas en el programa (ej. vigilancia epidemiológica, planificación e información, salud reproductiva, salud mental, etc.), se considera una debilidad en los ministerios de salud de Nicaragua, Guatemala, El Salvador, Costa Rica y Honduras: menos en Belize y Panamá.
- La falta de coordinación entre las diferentes instancias, la insuficiente implementación de los sistemas de información han sido un obstáculo para la institucionalización del programa. Limitando además la visibilización de la magnitud real del problema, la toma de decisiones y la priorización..
- La capacitación la calidad y contenidos de la misma tiene desniveles entre los países, respecto a la cobertura, metodología, monitoreo, evaluación y plan de reproducción de las mismas.
- La rotación continua del personal de salud y en algunos casos la ausencia de contrapartes nacionales, durante largos períodos, ha perjudicado el proceso de consolidación del modelo de atención, por la pérdida de continuidad y de memoria institucional.
- El apoyo técnico y financiero brindado por OPS en Honduras tuvo desfases grandes, por ausencia de la punto focal del Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Esto ocasionó algunos problemas de coordinación con las contrapartes nacionales.,
- En las representaciones de OPS en Nicaragua y El Salvador, se observó una excelente coordinación entre el proyecto de VIF y otros proyectos de cooperación técnica, como, por ejemplo, los proyectos de apoyo a reformas en salud. Esta coordinación facilita enormemente la consolidación y la expansión del modelo. Esta coordinación fue menos evidente en Honduras, Guatemala y Costa Rica.
- La creación o consolidación de redes comunitarias alrededor de los proyectos piloto ha sido mas dificultosa en Guatemala y Honduras. Esto ha obedecido en parte a las condiciones propias de los países, más que a problemas técnicos.
- En todos los países que visitamos se mencionó como una carencia importante la falta de materiales para la sensibilización, capacitación y movilización social No

están generalizados los directorios para orientar a las usuarias y saber donde ir en caso de estar viviendo violencia intrafamiliar.

La sostenibilidad del modelo

La sostenibilidad del modelo de atención a VIF debe valorarse desde varios puntos de vista; la institucional, lo financiero y lo social. Nuestras consideraciones principales en relación a este tema son las siguientes:

Institucional

Un elemento que permite valorar la sostenibilidad institucional es el nivel de apropiación del modelo a nivel de los ministerios de salud. A pesar de que el tema ha logrado alguna aceptación a nivel sub-regional, consideramos que en los países que no cuentan con normas y protocolos aprobados el programa VIF es vulnerable a los cambios políticos. De hecho, se ha visto mucha rotación de las contrapartes (en Guatemala pasaron años sin contraparte) y esto lógicamente afecta la institucionalidad del proyecto.

Por otro lado, se puede valorar la sostenibilidad institucional en términos de la apropiación del personal de salud y en este sentido encontramos mucha apertura y disposición. El desafío actual es convertir los programas pilotos en políticas nacionales.

En este momento se percibe un dinamismo a nivel local mucho mayor que el nivel nacional. Esto es muy positivo porque significa que ahora la presión para aprobar las normas vendrá por demandas a nivel de la sociedad civil y del propio personal del ministerio de salud y no como algo impuesto por las agencias internacionales.

Los países que han logrado más en términos de la extensión del modelo a otras regiones son Nicaragua, El Salvador, Costa Rica, Panamá y Belize. A nuestro juicio, Guatemala y Honduras se encuentran en situaciones relativamente más débiles en términos institucionales.

Otro aspecto que debe valorarse es el nivel de apropiación del programa dentro de OPS. En este sentido observamos un desnivel en el seguimiento técnico que las diferentes representaciones de OPS han brindado al programa a nivel de la sub-región, y el nivel de integración transversal del tema de género y violencia en los demás programas de OPS. Ejemplo de esto es el problema mencionado anteriormente en Honduras donde se permaneció durante casi un año sin punto focal. Durante este período no se realizaron desembolsos del proyecto, lo que ocasionó atrasos en el programa e inconformidad entre las contrapartes nacionales. Las representaciones de OPS de Nicaragua y El Salvador han tenido los mayores logros en este sentido, particularmente en relación a los vínculos entre el programa VIF y el apoyo a las reformas del sector salud.

Sostenibilidad Financiera

En términos financieros, los ministerios de salud de Costa Rica, Panamá y Honduras han asignado recursos nacionales para la institucionalización del programa. En Honduras es notable que se han destinado 20 recursos de salud mental para el programa de Consejerías de la Familia. Este le da un buen nivel de sostenibilidad de las actividades de VIF. Sin embargo, en todos los países se carece de fondos para realizar las capacitaciones al personal y las otras actividades, como seguimiento a casos y supervisión, y papelería que son necesarios para la implementación del modelo.

En este sentido aun se depende en gran medida del apoyo internacional. Un factor de éxito de los proyectos es la movilización de recursos adicionales para la atención de VIF. Por ejemplo, en el caso de Nicaragua, esto se evidencia en la cantidad de recursos de otras agencias y proyectos (SAREM, GTZ, PROSILAIS) que han permitido al ministerio de salud ampliar el modelo a otras regiones.

Sostenibilidad Social

La sostenibilidad social depende en gran medida del nivel organizativo y del grado de sensibilidad que existe en la población en torno a la violencia. De los países que visitamos Nicaragua es el que tiene el mayor grado de sostenibilidad social. Esto tiene que ver con la historia de Nicaragua, donde existe una tradición muy fuerte de movilización social, y donde la violencia hacia la mujer ha sido un tema de incidencia política por parte del movimiento de mujeres durante muchos años. Otro elemento importante es que existe bastante tradición dentro el sector de salud de coordinarse con la sociedad civil en temas comunes. Además, existen otros programas del estado muy fuertes en relación a la VIF, como son las Comisarías de la Mujer y la Niñez. Ejemplo de la sostenibilidad lo vimos en el hecho de que el financiamiento internacional de las comisarías fue discontinuado durante más de un año, se mantuvo la atención a las mujeres por medio del trabajo voluntario de muchas activistas, y los aportes locales de los ministerios.

En los otros países que visitamos notamos cambios importantes en relación al conocimiento general y el compromiso de los funcionarios públicos en torno a la VIF, pero son situaciones relativamente frágiles, por razones históricas de los propios países. Por ejemplo, la situación de Guatemala es muy especial, donde la precariedad de la seguridad ciudadana en general no permite mucho espacio para la discusión sobre la VIF. A esto se suma la poca tradición de concertación entre el estado y la sociedad civil. Por este motivo no es posible fijar metas iguales para los países, pues cada uno tiene situaciones específicas que deben tomarse en cuenta.

Recomendaciones

En vista de lo anterior expuesto, hacemos las siguiente recomendaciones para el futuro:

A nivel de la cooperación internacional:

- El proyecto ha hecho importantes avances en su desarrollo, pero aun no está totalmente consolidado el modelo de atención a nivel de los países. Por este motivo consideramos que es conveniente establecer un nuevo período de cooperación específicamente para el proyecto.

En el caso de la cooperación sueca, que está reorientando su cooperación a la sub-región a proyectos cooperación bi-lateral sugerimos lo siguiente:

- Que se incluya un objetivo y presupuesto específico en los acuerdos bilaterales para apoyar el seguimiento del programa de violencia intrafamiliar.
- Que se priorice la extensión del programa a las regiones priorizadas por los proyectos bilaterales.
- Que se incluya dentro del diálogo con los gobiernos, el seguimiento a los siguientes aspectos: la aprobación de las normas y procedimientos para la atención, el establecimiento de instancias de coordinación interna en los ministerios, la

implementación de los sistemas de información y vigilancia sobre la violencia basada en el género y los planes de capacitación.

- En el caso de la cooperación noruega, se recomienda continuar el apoyo sub-regional al programa, con énfasis en los aspectos que a continuación se señalan.

A nivel de la cooperación técnica

- A pesar de la probable reducción en los montos disponibles a nivel sub-regional, consideramos que es una prioridad mantener un nivel de atención técnica mínima en todos los países, incluyendo los países que no son priorizados por la cooperación nórdica. Consideramos que es esencial preservar la presencia de los puntos focales, en cada uno de los países para asegurar el seguimiento y asesoría en las actividades
- Garantizar la coherencia del modelo a nivel sub-regional, para aprovechar las experiencias de todos los países, para ello es recomendable que se continúen realizando eventos de intercambio y capacitación técnica con la participación de todos los países.
- Ampliar el concepto de atención a la violencia intrafamiliar a un concepto de violencia basado en el género, para poder atender a los casos de agresión sexual. Esto no implica que otros aspectos de la violencia intrafamiliar (ej. Abuso a ancianos) no puedan atenderse también
- Profundizar los componentes del Modelo de Atención en Violencia Intrafamiliar que se han señalado como incompletos, con intercambios, pasantías, talleres, Esto se podría lograr promoviendo que la facilitación de los mismos esté liderada por una o varias de las organizaciones locales que tengan especial expertise en el tema. Esto contribuiría al fortalecimiento de las organizaciones nacionales, a la vez que apoya la institucionalización del proyecto y la coherencia teórica y metodológica del proyecto a nivel sub-regional. Ejemplos de ejes de trabajo podrían ser: trabajo con hombres, comunicación social, sistemas de vigilancia e información, capacitación en grupos de apoyo.
- Promover una política de tamizaje de la violencia de género en los servicios de salud, utilizando la experiencia subregional y ampliándola con la detección de la violencia sexual.
- Promocionar una mayor integración y transversalización del tema de género y violencia en los demás programas de OPS en los diferentes países de la subregión.
- Mantener un diálogo con los países para lograr la aprobación de normas y protocolos, así como los sistemas de información y vigilancia.
- Proponer variables comunes de los sistemas de información y vigilancia para poder diseminar la información y compararla entre los países.
- Promover el uso de la información recopilada en los sistemas de registro e información para la acción y divulgación.

- Priorizar la publicación y diseminación de materiales de capacitación y sensibilización para personal de salud, así como materiales de comunicación social, tales como afiches, folletos, etc.
 - Impulsar a nivel de cada país la elaboración de directorios institucionales y profesionales para que estén en los servicios de salud y facilitarían la referencia de las mujeres
 - Dar mayor énfasis a la promoción comunitaria, fortaleciendo las redes comunitarias y concentrando apoyo técnico en aquellas áreas que han tenido mayores dificultades.
 - Crear un modelo - siguiendo el ejemplo de Nicaragua- a nivel de los países de “centros asistenciales docentes” donde se pueda aprovechar las experiencias de las unidades con mayor nivel de especialización para la formación en servicio de otros recursos, a través de pasantías o capacitación y apoyo técnico.
 - Promover alianzas entre las diferentes agencias de cooperación e interagenciales que están trabajando en la subregión el componente de VIF, para optimizar recursos y compartir experiencias exitosas. Se podrían aprovechar las comisiones existentes interagenciales de género, que existen en varios países, para trabajar más específicamente VIF.
-