



**LA VIOLENCIA CONTRA
LAS MUJERES:**
responde el sector de la salud

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: responde el sector de la salud

Marijke Velzeboer
Mary Ellsberg
Carmen Clavel-Arcas
Claudia García-Moreno

Producido en colaboración con



PROGRAMA PARA LA TECNOLOGÍA APROPIADA EN SALUD



AGENCIA NORUEGA DE DESARROLLO INTERNACIONAL



AGENCIA SUECA DE DESARROLLO INTERNACIONAL



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N. W. Washington, D.C. 20037, E.U.A.

Se publica también en inglés (2003) con el título:

Violence against Women: The Health Sector Responds

ISBN 92 75 12292 X

Catalogación por la Biblioteca de la OPS

Velzeboer, Marijke

La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud

Washington, D.C.: OPS, © 2003.

(Publicación Ocasional No. 12)

ISBN 92 75 32292 9

I. Título

II. Serie

III. Ellsberg, Mary

IV. Clavel-Arcas, Carmen

1. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

2. SALUD DE LAS MUJERES

3. GÉNERO

4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

5. EMPODERAMIENTO

LC HQ5528.P187 2003

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

©Organización Panamericana de la Salud, 2003

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

ILUSTRACIÓN DE LA CUBIERTA: LILIANA GUTIÉRREZ

Lápiz y Papel

Quito, Ecuador

DISEÑO: ULTRADESIGNS

Silver Spring, Maryland, E.U.A.

CONTENIDO

LAS AUTORAS Y AGRADECIMIENTOS vi

PRÓLOGO ix

INTRODUCCIÓN xi

SECCIÓN I

EL SECTOR DE LA SALUD RESPONDE A LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO 1

CAPÍTULO UNO

La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos 4

CAPÍTULO DOS

Los estudios de la “Ruta Crítica”: de la investigación a la acción 8

CAPÍTULO TRES

Unir fuerzas para abordar la violencia basada en el género en las Américas 20

SECCIÓN II

LECCIONES APRENDIDAS EN AMÉRICA CENTRAL 27

CAPÍTULO CUATRO

Reformas políticas y jurídicas relacionadas con la violencia basada en el género 32

CAPÍTULO CINCO

El sector de la salud: establecimiento de un enfoque integral 42

CAPÍTULO SEIS

¿Qué sucede en la clínica? 58

CAPÍTULO SIETE

Más allá de la clínica: la prevención de la violencia con otros aliados de la comunidad 78

CAPÍTULO OCHO

Implicaciones mundiales: el enfoque de la OPS de la violencia basada en el género 100

SECCIÓN DE RECURSOS SOBRE LA VBG 112

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS 127

LAS AUTORAS

Marijke Velzeboer, Coordinadora del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), preparó la sección I (capítulos uno a tres). *Mary Ellsberg*, Responsable del Programa de Género, Violencia y Derechos Humanos, Programa para la Tecnología Apropriada en Salud (PATH), y *Carmen Clavel-Arcas*, Becaria Internacional, Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos de América, prepararon la sección II (capítulos cuatro a siete). *Claudia García-Moreno*, Coordinadora, Departamento de Género y Salud de la Mujer de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aportó las perspectivas mundiales presentadas en el capítulo ocho.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras desean agradecer las valiosas contribuciones y apoyo de las siguientes personas, equipos e instituciones: Janete da Silva y Cathy Cuellar de la OPS; Colleen Conroy, Willow Gerber y Rebeca Quiroga, de PATH; y James A. Mercy, Director Adjunto para la Ciencia, División de Prevención de la Violencia, Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones de los CDC, y Mark Anderson, División de Servicios de Emergencia y de Salud Ambiental, Centro Nacional de Salud Ambiental de los CDC, por revisar los borradores del manuscrito. Hilary Anderson de la OPS y Rebeca Quiroga de PATH redactaron la sección de recursos presentada al final del libro y Edna Quirós de la OPS brindó apoyo administrativo. Las oficinas de la OPS en los países centroamericanos y los puntos focales del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS facilitaron la evaluación de las “lecciones aprendidas”, sobre las cuales se basa esta obra.

Además, los puntos focales de la OPS y sus homólogos nacionales en los respectivos ministerios de salud, oficinas para asuntos vinculados con la situación de la mujer y organizaciones no gubernamentales dedicados a temas de la mujer, bajo la dirección

del equipo de Coordinación Subregional de la OPS, han sido elementos fundamentales en la elaboración y aplicación del enfoque integral de la violencia basada en el género descrito en la obra y contribuyeron a su éxito. Esas personas son la actual coordinadora del equipo, Cathy Cuellar, y su predecesora, Lea Guido, con la asistencia de Marta Castillo, así como los puntos focales Sandra Jones, en Belice; Florencia Castellanos, en Costa Rica; Amalia Ayala y Ruth Manzano, en El Salvador; Elsy Camey, Paula del Cid, Rebeca Guizar y Patricia Ruiz, en Guatemala; Raquel Fernández, en Honduras; Silvia Narváez, en Nicaragua, y Dora Arosemena, en Panamá. Janete da Silva proporcionó un apoyo fundamental a la red centroamericana. También deseamos agradecer a las mujeres, hombres, proveedores de servicios de salud, activistas comunitarios y representantes de los ministerios de salud y de la OPS por compartir su tiempo, experiencias y conocimientos con la OPS y el equipo de evaluación del proyecto, con un espíritu crítico, pero constructivo.

Sin lugar a dudas, el sostenido patrocinio de los Gobiernos de Noruega y Suecia no solo ha permitido elaborar el enfoque integral y el proyecto centroamericano, con su subsiguiente evaluación, sino también ha facilitado la publicación de este libro. Expresamos nuestro especial agradecimiento a Carola Espinoza y Mette Kottman de la Agencia Noruega de Desarrollo Internacional (NORAD) y a Hans Åkesson, de la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional (Asdi), por su asistencia durante toda la etapa de evaluación del proyecto. Asimismo, las autoras tienen una deuda de gratitud con el Gobierno de los Países Bajos, que patrocinó las contribuciones a esta obra aportadas por nuestras colegas bolivianas, ecuatorianas y peruanas.

Las autoras desean dedicar este libro a todas las sobrevivientes de la violencia que con tanto valor narraron sus historias con el deseo de que otras personas puedan beneficiarse de sus experiencias y tener vidas más seguras y felices. Las experiencias de estas mujeres son excepcionales y al mismo tiempo universales; contribuyen a nuestro conocimiento y comprensión de la violencia basada en el género y fortalecen nuestra resolución de superarla y las medidas para hacerlo. Esperamos que las lecciones aprendidas en América Central trasciendan las fronteras nacionales y culturales y encuentren resonancia en todas las partes del mundo donde personas dedicadas y preocupadas buscan orientación para hacer que sus comunidades sean más sanas y estén libres de la violencia.

PRÓLOGO

Me complace que se publique este libro al comienzo de la primera administración de la Organización Panamericana de la Salud encabezada por una mujer, y que en este, mi primer prólogo para un libro, yo tenga la oportunidad de dejar constancia de mi compromiso de cambiar la situación de la violencia basada en el género en la Región de las Américas.

Las voces de las mujeres que oirán en las narraciones de este libro se originan en la realidad de sus vidas cotidianas y exigen una respuesta humanitaria en forma de un reconocimiento y la conclusión de su sufrimiento. Desde luego, el primer llamado a la acción está dirigido al sector de la salud. Sin embargo, en la respuesta universal y definitiva está implícita la acción de diversos aliados, que incluyen a los gobiernos y los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que trabajan a la par de los líderes políticos, la policía y los sistemas judiciales, las organizaciones no gubernamentales, las escuelas y las iglesias.

En América Central, el trabajo de la OPS orientado a poner fin a la violencia y utilizar la salud como un puente para crear una paz perdurable comenzó en 1985, y el mejoramiento de la situación de salud de las mujeres fue y continúa siendo una piedra angular de los esfuerzos de la OPS y la comunidad internacional por consolidar la democracia y la integración subregional. Durante más de un decenio, los Gobiernos de Noruega y Suecia han reconocido la función esencial de las mujeres dentro de las familias y las comunidades en la construcción de la paz en su nivel más básico y elemental; la firme creencia de los colaboradores nórdicos en este principio fue en gran medida el punto de partida de la labor esencial que ha hecho posible este libro.

Por último, me gustaría que las voces que se escuchan en este libro sean como nuestra conciencia social cuando nos embarquemos en una campaña interinstitucional e internacional durante 2003 y más adelante, con el fin de guiar y apoyar las iniciativas de la comunidad orientadas a prevenir la violencia basada en el género y facultar a las mujeres para que concreten todo su potencial y recompensen a nuestras sociedades con su sabiduría y con su experiencia.

MIRTA ROSES PERIAGO
Directora

INTRODUCCIÓN

La violencia basada en el género (VBG) es uno de los abusos contra los derechos humanos y uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual, que afecta a una de cada tres mujeres. Es también una manifestación extrema de la desigualdad relacionada con el género, impuesta a las mujeres y a las niñas a causa de su posición subordinada dentro de la sociedad. Las consecuencias de la VBG a menudo son devastadoras y prolongadas y afectan la salud física y el bienestar mental de las mujeres y las niñas. Al mismo tiempo, sus repercusiones ponen en peligro el desarrollo social de otros niños en la familia, de la familia como unidad, de las comunidades donde viven las personas afectadas y de la sociedad en general.

La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud ofrece una estrategia para abordar este complejo problema y unos métodos concretos para ponerla en práctica, no solo a aquellos que están en las primeras líneas atendiendo a las mujeres que viven con violencia sino también a las personas encargadas de tomar las decisiones, que pueden incorporar las lecciones en la generación de políticas y recursos. En las comunidades donde todavía no existe apoyo para las mujeres, las autoras esperan que este libro motivará a los proveedores de servicios de salud y a los líderes a afrontar en forma más directa el problema de la violencia relacionada con el género, y a dar el apoyo necesario a las mujeres afectadas para que resuelvan su situación.

Esta obra es el resultado de un esfuerzo de colaboración entre la OPS y PATH, con la ayuda técnica proporcionada por los CDC. La OPS elaboró los tres primeros capítulos de la sección I. El capítulo uno ofrece una idea del por qué la violencia basada en el género es un problema de salud pública; los capítulos dos y tres analizan la elaboración, la aplicación y los logros de la estrategia integral de la OPS para abordar la VBG, a partir de la forma en que el estudio de la “Ruta Crítica” ayudó a definir la estrategia. En los siguientes cuatro capítulos de la sección II, PATH presenta la aplicación de la estrategia y las “lecciones aprendidas” en el macronivel o nivel político (capítulo cuatro), dentro del sector de la salud (capítulo cinco), en la clínica (capítulo seis) y fuera de ella, en la comunidad en general (capítulo siete). La Organización Mundial de la Salud aportó el capítulo final (capítulo ocho), que presenta una perspectiva más amplia sobre cómo las lecciones aprendidas y la estrategia integral pueden aplicarse en otras comunidades del mundo.



Los obstáculos para superar la violencia intrafamiliar son 500 años de cultura que se reproduce en la socialización de hijos e hijas.

—Montserrat Sagot, 2001

SECCIÓN I

El sector de la salud responde a la violencia basada en el género

INTRODUCCIÓN

Un logro importante en el último decenio es que se reconoce cada vez más que la violencia contra las mujeres es un importante problema de salud pública. En gran medida, como resultado de la continua incidencia política por parte de las organizaciones de mujeres, el problema ha ocupado un lugar en el temario de una serie de conferencias internacionales: la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Los compromisos contraídos durante estas conferencias por los gobiernos, organismos internacionales y donantes participantes, generaron una creciente atención hacia este problema alarmante en todo el mundo.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1994) proporcionan un marco político concreto para la acción al pedir a los gobiernos que aprueben y vigilen leyes y otras medidas conexas. Casi todos los países de la Región de las Américas han ratificado estas convenciones y han aprobado leyes que castigan la violencia contra las mujeres.

Aun antes de la existencia de sanciones internacionales contra la VBG, las organizaciones de mujeres de muchas partes de las Américas habían propuesto y promovido una legislación pertinente, formado coaliciones nacionales, obtenido fondos para capacitar a la policía y a los jueces y proporcionado asesoramiento y servicios a las mujeres afectadas. No obstante, el sector de la salud había estado notoriamente ausente en la mayoría de estos empeños.

La sección I de este libro describe los esfuerzos de la OPS por movilizar al sector de la salud para que se uniera a esas fuerzas. Reconociendo la función esencial que podía desempeñar el sector en la prevención de la VBG, en 1993 los Cuerpos Directivos de la Organización aprobaron una resolución recomendando a los Gobiernos Miembros que formularan políticas y planes para la prevención y el control de la violencia contra las mujeres.

Conforme a la resolución, se le encomendó al Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS, la formulación de una estrategia sanitaria. Al año siguiente, el programa, en conjunto con sus colaboradores en el sector de la salud y otras entidades homólogas, creó un enfoque integral que se basó en las actividades existentes, al mismo tiempo que fortaleció la participación y contribución del sector de la salud en el tratamiento de la VBG en el ámbito de las políticas, la prestación de servicios y la comunidad. Para fines de 2002, un total de 16 países habían puesto en práctica este enfoque, 10 de ellos con el apoyo de la OPS y seis con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo. Los Gobiernos de Noruega y Suecia patrocinaron el trabajo de la OPS en los países centroamericanos, mientras que el Gobierno de los Países Bajos apoyó la labor en Bolivia, Ecuador y Perú.

“ . . . así sentí que ya mi vida había cambiado, que ya era otra, no era la misma, ya no iba a sufrir. . . . ”

—Mujer guatemalteca

Los logros vinculados con el enfoque son numerosos, pero el más significativo fue la nueva función del sector de la salud en la labor de estimular la incidencia política, organizar redes comunitarias y prevenir, detectar y atender a las mujeres y las familias que viven en situaciones de violencia. Las redes comunitarias intersectoriales ensayadas

por el nuevo proyecto se reprodujeron posteriormente mucho más allá de las dos redes iniciales programadas para cada país. Los países compartieron materiales y experiencias para capacitar al personal de la salud, establecer protocolos y sistemas de información y poner en marcha grupos de ayuda mutua. Estas experiencias generaron el apoyo adicional de los gobiernos, la sociedad civil y otras fuentes, que a su vez dio como resultado la capacitación de miles de proveedores de servicios del sector de la salud y otros sectores, el mejoramiento de las políticas de salud y el fortalecimiento de las coaliciones que promueven la aprobación de leyes nacionales nuevas o más adecuadas.

Durante el período de aplicación, los puntos focales de la OPS para los 10 países incluidos en el proyecto y sus homólogos del sector de la salud se reunieron anualmente para evaluar las actividades del proyecto y acordar planes anuales de operación. Si bien estas evaluaciones revelaron una gran cantidad de logros operativos, la OPS quería saber si el proyecto en realidad había producido un cambio en las prácticas y actitudes de las personas encargadas de tomar las decisiones, los proveedores de servicios y las mujeres mismas. En consecuencia, el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo abordó a sus donantes nórdicos con el fin de obtener su apoyo para realizar una evaluación participativa en los países centroamericanos. Los donantes aceptaron y se pusieron en contacto con el Programa para la Tecnología Apropriada en Salud (PATH) y los Centros

para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, con el propósito de solicitar su colaboración con la OPS en el proceso de evaluación. Ambas organizaciones tienen una amplia experiencia en el trabajo sobre temas relacionados con la VBG en América Central y en la colaboración con la OPS y, por consiguiente, estaban familiarizadas con el proyecto. Durante julio y noviembre de 2001, se efectuó la evaluación, la cual incluyó una amplia revisión de los documentos del proyecto y visitas a dos sitios seleccionados en cada uno de los siguientes países: El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. En Belice, Costa Rica y Panamá, el equipo de evaluación entrevistó a las personas encargadas de la toma de decisiones en el sector de la salud y a las coordinadoras del proyecto de la OPS.

Las resultantes “lecciones aprendidas” (Ellsberg y Clavel-Arcas 2001) dan fe de los logros del proyecto y los atribuyen al enfoque integral que se aplicó en todo el proceso mediante coaliciones, el fortalecimiento de la capacidad del sector de la salud y de otros sectores, y las redes comunitarias. También destacan los desafíos que subsisten para el sector de la salud al abordar el complejo problema de la VBG y en su colaboración con otros sectores. Estas “lecciones” constituyen la base de este libro. 

Capítulo uno

La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos

La violencia basada en el género o “violencia contra las mujeres” abarca muchos tipos de comportamientos físicos, emocionales y sexuales nocivos para las mujeres y las niñas, que son practicados con más frecuencia por miembros de la familia, pero a veces también por extraños. La Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer incluye la siguiente definición, hoy ampliamente aceptada, de este tipo de violencia:

... todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Esta definición sitúa la violencia contra las mujeres en el contexto de la desigualdad relacionada con el género como actos que las mujeres sufren a causa de su posición social subordinada con respecto a los hombres.

Hay un gran debate acerca de una terminología sobre la VBG aceptada en forma universal. En los países latinoamericanos, la mayoría de las leyes y políticas emplean el término “violencia intrafamiliar” cuando se refieren principalmente a la violencia contra la mujer perpetrada por su pareja. La OPS utilizó inicialmente el término “violencia intrafamiliar” en los primeros días de su labor en esta área, pero luego ha cambiado al empleo de “violencia basada en el género” o “violencia contra las mujeres” para referirse a toda la gama más amplia de actos que comúnmente sufren las mujeres y las niñas, realizados tanto por sus parejas y los miembros de la familia como por individuos ajenos a ella. En consecuencia, se usarán estos dos términos en todo el libro. El término “violencia intrafamiliar” solo se empleará al referirse a títulos de leyes o programas oficiales.

**VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO:
¿CUÁL ES SU PREVALENCIA? ¿CUÁN
COMPLEJA ES?**

Según una reseña reciente de 50 estudios provenientes de todo el mundo, entre 10% y 50% de las mujeres han sufrido en algún momento de sus vidas un acto de violencia física realizado por sus parejas (Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999). Esta reseña y otra anterior del Banco Mundial (Heise, Pitanguy y Germain 1994) destacan algunas de las características que a menudo acompañan la violencia en las relaciones de pareja:

- La gran mayoría de los autores de la violencia son hombres; las mujeres corren el mayor riesgo con hombres que ya conocen.
- La violencia física casi siempre va acompañada de maltrato psicológico y, en muchos casos, de abuso sexual.
- La mayoría de las mujeres que sufren alguna agresión física de su pareja por lo general serán víctimas de múltiples actos de violencia con el paso del tiempo.
- La violencia contra las mujeres traspasa los límites de la clase socioeconómica, la religión y el origen étnico.
- Los hombres que golpean a sus parejas exhiben un marcado comportamiento de control sobre alguien.

En León, Nicaragua, de 188 mujeres que sufrieron el maltrato físico de sus parejas, solo cinco no sufrieron maltrato sexual, psicológico o de ambos tipos.

—Ellsberg et al. 1998

Estos estudios muestran que la violencia basada en el género es un problema complejo que no puede ser atribuido a una sola causa. Hay factores de riesgo, como el abuso de alcohol y de drogas, la pobreza y el hecho de presenciar o sufrir violencia en la niñez, que contribuyen a la incidencia y a la severidad de la violencia contra las mujeres. Sin embargo, en general es un problema que obedece a múltiples causas, influido por factores sociales, económicos, psicológicos, jurídicos, culturales y biológicos, como se muestra en la figura que se presenta a continuación.

FIGURA 1-1. MODELO ECOLÓGICO DE FACTORES ASOCIADOS CON LA VIOLENCIA INFLIGIDA POR LA PAREJA

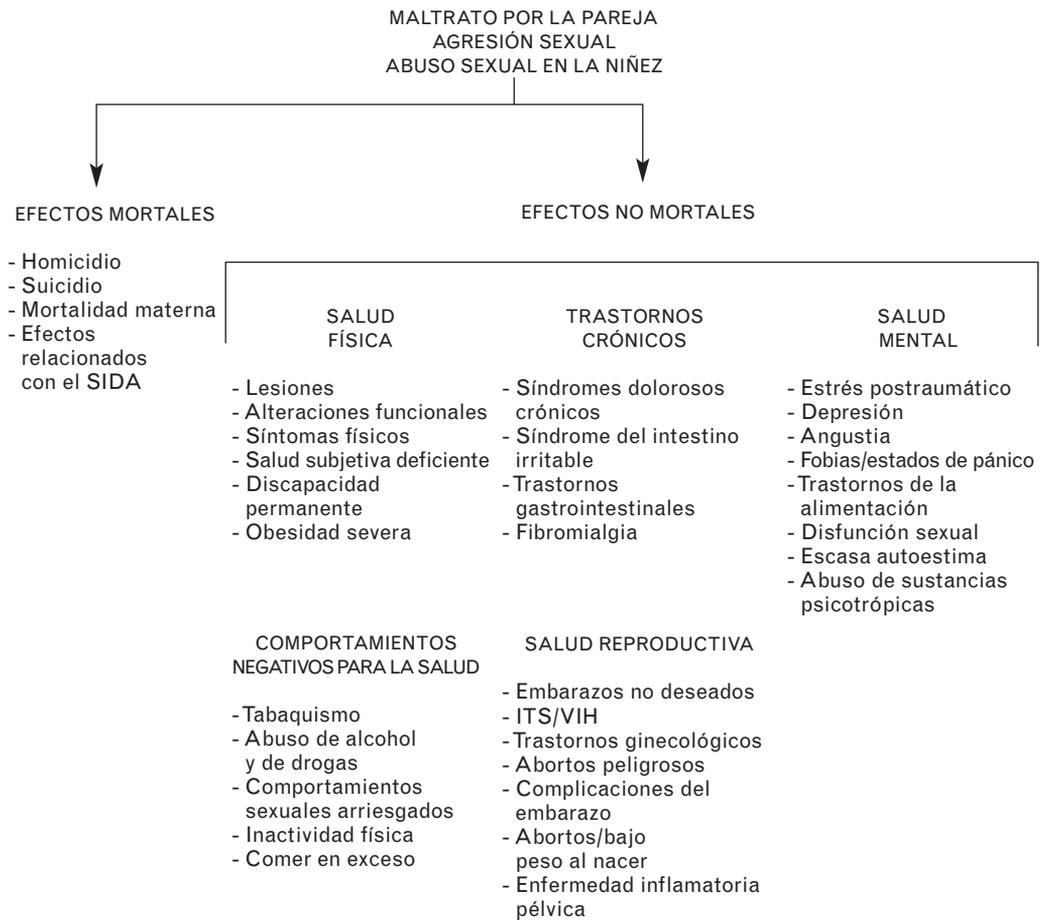


Tomado de: Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999

¿POR QUÉ LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO ES UN PROBLEMA DE SALUD?

A medida que pasa el tiempo, son cada vez más numerosas las pruebas y mayor la concienciación entre los proveedores de servicios de salud y las personas encargadas de formular las políticas de los resultados negativos para la salud causados por la violencia basada en el género, que ha sido asociada con riesgos y problemas para la salud reproductiva, enfermedades crónicas, consecuencias psicológicas, lesiones y la muerte (figura 1-2).

FIGURA 1-2. EFECTOS DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LA SALUD



Información tomada de: Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999

El maltrato físico y sexual afecta la salud reproductiva de las mujeres, ya sea directamente por los riesgos a causa de las relaciones sexuales forzadas o el temor, o indirectamente por los efectos psicológicos que conducen a comportamientos arriesgados. Los niños también pueden sufrir las consecuencias, ya sea durante el embarazo de la madre, o en su propia niñez a causa del descuido o los efectos psicológicos o sobre el desarrollo resultantes de presenciar el maltrato o sufrirlo personalmente (Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999). En el recuadro siguiente se sintetiza cómo la violencia socava el control de la mujer sobre su propia salud reproductiva y también sobre la salud de sus hijos.

**RECUADRO 1-1. SALUD REPRODUCTIVA
RIESGOS Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

- Es más probable que los hombres autores de maltrato físico tengan múltiples parejas sexuales y que las fuercen a mantener relaciones, con lo cual las exponen a infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH.
- Las mujeres víctimas de maltrato son menos capaces de negarse a mantener relaciones sexuales forzadas, usar anticonceptivos o negociar el empleo del condón, con lo cual aumenta su riesgo de embarazos no deseados y de contraer ITS/VIH.
- La violencia física y sexual aumenta el riesgo de que las mujeres sufran muchos problemas de salud reproductiva, como dolor pélvico crónico, flujo vaginal, disfunción sexual y problemas premenstruales, además de embarazos malogrados por abortos e hijos con bajo peso al nacer.
- El temor, el aislamiento geográfico y la falta de recursos económicos pueden impedir que las mujeres busquen servicios de salud reproductiva —atención prenatal, servicios ginecológicos y anticonceptivos, detección y atención de ITS/VIH— y atención adecuada para sus hijos.
- El hecho de haber presenciado o sufrido la violencia contra las mujeres durante la infancia se ha asociado con comportamientos arriesgados durante la adolescencia y la edad adulta: la iniciación sexual temprana, el embarazo en las adolescentes, las parejas múltiples, el abuso de sustancias psicotrópicas, el comercio sexual, y no emplear condones u otros métodos anticonceptivos.

Basado en información tomada de Population Reports (Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999)

Sin importar cuán severas sean las consecuencias físicas de la violencia, la mayoría de las mujeres encuentran que los efectos psicológicos son aún más prolongados y devastadores (Sagot 2000). El Informe sobre la Salud en el Mundo titulado *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* señala las tasas desproporcionadamente altas de depresión en las mujeres y reconoce que la VBG puede contribuir a ese aumento (OMS 2001). El maltrato recurrente puede erosionar la resistencia de las mujeres y exponerlas al riesgo de sufrir otros problemas psicológicos, como el trastorno de estrés posttraumático, el suicidio y el consumo de alcohol y de drogas.

Los proveedores de servicios de salud pueden desempeñar una función esencial al detectar, enviar y atender a las mujeres que viven con violencia. Las mujeres que sufren

maltrato a menudo recurren a los servicios de salud, aun cuando no revelen el episodio de violencia. Si bien las mujeres tienden más que los hombres a buscar servicios de salud durante su vida, los estudios muestran que las mujeres víctimas de maltrato buscan aún más los servicios para dolencias relacionadas con el maltrato sufrido (García-Moreno 2002). Por consiguiente, las intervenciones de los proveedores de servicios de salud en potencia pueden mitigar los efectos tanto a corto como a largo plazo de la violencia basada en el género en las mujeres y en sus familias. En la sección II de este libro veremos los efectos de estas intervenciones, que transforman la vida y a veces incluso la salvan, en las mujeres y las familias afectadas por la violencia. 

Capítulo dos

Los estudios de la “Ruta Crítica”: de la investigación a la acción

“Se dice que todos nacemos con una estrella;
en las noches, cada vez que miro al cielo pregunto:
¿cuál de ellas será mi estrella para cambiarla por otra?”
—Mujer quechua, Perú

Cuando el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS formuló su estrategia integral para abordar la violencia basada en el género, comenzó con un análisis del problema. La serie de estudios efectuados en los países, llamada “La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina”,¹ y los resultados de esos estudios en muchas formas constituyeron elementos esenciales para elaborar la estrategia. La metodología orientada a la acción de esos estudios proporcionó información fundamental sobre las mujeres que viven situaciones violentas y al mismo tiempo permitió conocer los tipos de servicios locales (de salud, aplicación de la ley, jurídicos/judiciales, educativos, religiosos, no gubernamentales, etc.) en los que normalmente las mujeres buscaban ayuda y la secuencia en que lo hacían. También reveló los obstáculos más comunes que encontraban en esas instituciones. Lo que es tal vez más importante, los resultados de los estudios sirvieron como catalizador para crear conciencia y movilizar a las comunidades y a las personas encargadas de formular las políticas con el fin de abordar las necesidades de las mujeres que viven en situaciones de violencia.

La necesidad de un estudio de ese tipo surgió por primera vez como resultado de una serie de evaluaciones de la salud de las mujeres, realizada a comienzos de los años noventa por la OPS y sus contrapartes de los ministerios de salud en siete países centroamericanos.² Los resultados identificaron la VBG como una prioridad de salud en las comunidades del estudio y revelaron las deficiencias y la falta de coordinación entre los servicios existentes.

En respuesta a esta situación, la OPS y múltiples instituciones homólogas elaboraron y aplicaron el protocolo de investigación cualitativa de la “Ruta Crítica”. Fue diseñado para catalizar la elaboración de una estrategia integral orientada a abordar la VBG, específicamente dirigida a las mujeres que viven en situaciones violentas, la cual incorporó los recursos de las comunidades locales y los sectores sociales –en particular el sector de la salud– en una respuesta coordinada al problema. Sus resultados aportaron a las personas clave a nivel de la comunidad, tanto como nacional, un conocimiento más profundo de las barreras que afrontan las mujeres al romper el silencio e intentar superar los obstáculos, la humillación y las respuestas inadecuadas encontradas en su ruta crítica.

Los resultados de la “Ruta Crítica” inspiraron la creación de 16 redes en 10 países y estimularon en cada caso la atención nacional. El sector de la salud y otros sectores respondieron creando y poniendo en práctica procedimientos y protocolos de atención, capacitando a los proveedores de servicios y estableciendo sistemas de información para detectar y responder en forma más adecuada a la VBG dentro de sus respectivos centros de servicios. Además, en cada país se publicaron los resultados, que fueron presentados en foros nacionales con las personas encargadas de formular las políticas para reforzar el compromiso de mejorar las políticas y leyes nacionales que podían abordar el alarmante problema.

Estos primeros estudios de la “Ruta Crítica” entrañaron un prolongado proceso de investigación, que demoró el empleo inmediato de los datos por las comunidades. En consecuencia, se simplificó el protocolo para que su aplicación fuera más fácil y flexible. Desde entonces se ha aplicado el más moderno “protocolo de evaluación rápida” (PER) en muchas otras comunidades, donde sus resultados más fáciles de obtener inspiran los planes para abordar los problemas de la VBG (OPS 2002). Las versiones en español y en inglés del protocolo original y el PER, las publicaciones

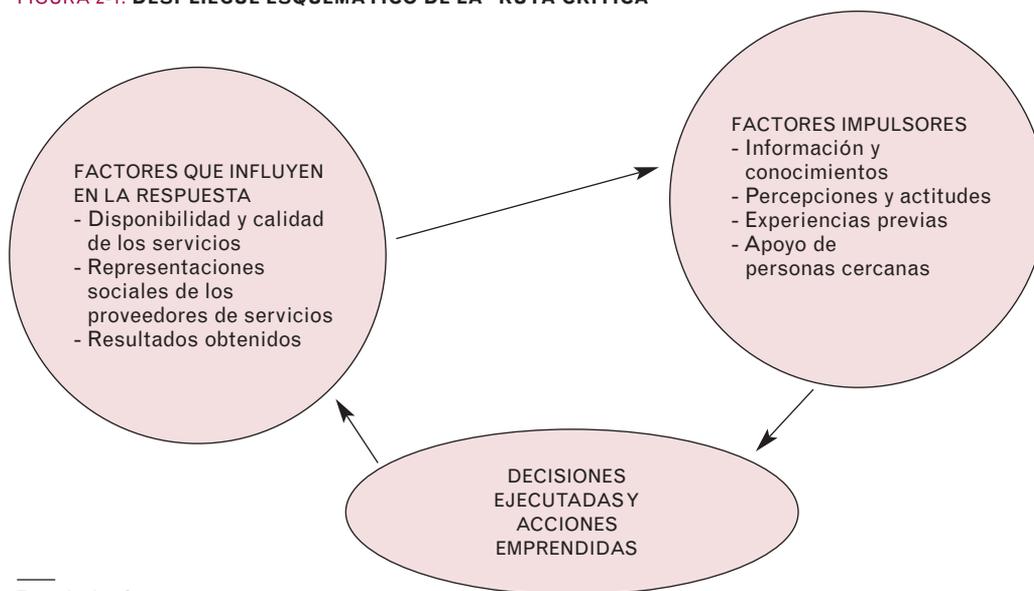
de los resultados en los países y los estudios de casos de los 10 países en español, pueden ser consultados en el sitio del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS, en www.paho.org/generoysalud. La información proporcionada en este capítulo se basa en gran medida en los resultados recopilados en los estudios de caso efectuados en los 10 países (Sagot 2000).³

¿POR QUÉ LA “RUTA CRÍTICA”?

La información es esencial para identificar y abordar la VBG, pero la frecuente subnotificación o la no notificación de casos continúa contribuyendo a que el problema sea invisible. El informe de las Naciones Unidas en 2000 *World’s Women* estima que solo se comunica 2% del abuso sexual en las niñas y entre 20% y 30% en las mujeres (United Nations 2000). La “Ruta Crítica” comienza a cerrar esta brecha proporcionando información básica sobre las características de las mujeres que viven la violencia y los factores que las motivan a buscar soluciones. Al mismo tiempo, identifica los tipos de respuestas de las instituciones que influyen en que las mujeres den o eviten dar los primeros pasos en su ruta (figura 2-1).

- 1 *El protocolo de la investigación “La ruta crítica” se publicó inicialmente en español y fue luego traducido al inglés con el título Women’s Way Out con el propósito de mantener el concepto de la ruta crítica que siguen las mujeres para escapar de las situaciones violentas. Se usará la forma abreviada “Ruta Crítica” para referirse al protocolo de la investigación y el estudio. Además, se empleará el término “violencia basada en el género” en lugar de “violencia intrafamiliar” o “violencia doméstica”, a menos que estos últimos términos formen parte de un título oficial o una definición citada.*
- 2 *En los siete países centroamericanos se llevaron a cabo el “Análisis de situación de salud a nivel local según condiciones de vida con enfoque de género”, (ASIS) y el “Diagnóstico centroamericano de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que realizan acciones en relación con la violencia y la violencia intrafamiliar en el nivel local/nacional”, con el apoyo de los Gobiernos de Noruega y Suecia.*
- 3 *El protocolo original de la “Ruta Crítica” fue elaborado por Monserrat Sagot y Elizabeth Shrader, quienes también coordinaron el proceso de la investigación en los 10 países. Sagot hizo una comparación de los resultados obtenidos en los países en La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso en diez países (2000).*

FIGURA 2-1. DESPLIEGUE ESQUEMÁTICO DE LA "RUTA CRÍTICA"



Tomado de: Sagot 2000

Además de ayudar a las mujeres y a las comunidades a romper el silencio, la "Ruta Crítica" también facilita la coordinación de las respuestas, que es esencial para abordar eficazmente este complejo problema. En primer término, ayuda a las mujeres a analizar y reconstruir sus propias experiencias y las capacita para buscar soluciones dentro de sus propias comunidades. Al mismo tiempo, el proceso de investigación ayuda a que los miembros y las instituciones de la comunidad tomen una mayor conciencia de sus propias deficiencias para responder a las necesidades de las mujeres víctimas de maltrato y las motiva a trabajar juntas para lograr esta meta común.

METODOLOGÍA DE LA "RUTA CRÍTICA"

Se realizó el estudio de la "Ruta Crítica" en 16 comunidades de los 10 países incluidos en los proyectos de la OPS para abordar la violencia basada en el género.⁴ Las comunidades del estudio reflejaban la diversidad de los entornos rurales y urbanos en América Latina, así como la de sus grupos étnicos. Se reunieron

datos entre 1997 y 1999 y, para 2000, se publicaron los resultados en la mayoría de los países.

La "Ruta Crítica" emplea una metodología cualitativa e interactiva, con un protocolo normalizado que fue traducido y adaptado para los diversos grupos étnicos. El proceso fue guiado por un conjunto de principios éticos previamente establecidos, basados en el respeto a las experiencias narradas por las mujeres, la promesa de mantener la confidencialidad y la seguridad personal y un compromiso de todas las instituciones participantes con la prevención y la erradicación de la violencia basada en el género.

Se reunió información mediante entrevistas detalladas a las mujeres y entrevistas semiestructuradas a los proveedores de servicios en los sectores de la salud, de aplicación de la ley, jurídico/judicial, educativo, religioso y las organizaciones no gubernamentales (ONG), así como mediante grupos de discusión con los miembros de la comunidad. La OPS y sus

⁴ El estudio se realizó inicialmente en una comunidad de cada uno de los países centroamericanos y en tres comunidades de cada uno de los países andinos, como parte de los proyectos de la OPS sobre la violencia basada en el género. Los proyectos se examinan en el capítulo tres y se llevaron a cabo en América Central con el apoyo de los Gobiernos de Noruega y Suecia, y en Bolivia, Ecuador y Perú, con el patrocinio del Gobierno de los Países Bajos.

colegas de los ministerios de salud seleccionaron las comunidades del estudio sobre la base del tamaño, la disponibilidad de servicios básicos y la existencia de ONG, organizaciones de mujeres, o ambas. En cada comunidad, las participantes incluyeron a entre 15 y 27 mujeres de 15 y más años de edad que eran víctimas de la violencia basada en el género y que habían entrado en contacto con un proveedor de servicios en los 24 meses anteriores. En cada comunidad se entrevistó a un mínimo de 17 proveedores de los diversos tipos de centros de servicio.

El análisis de los datos se basó en la interpretación de cuestionarios estructurados. Se registraron y transcribieron las entrevistas para un análisis más detallado. Las investigadoras trabajaron en estrecha colaboración con equipos de la comunidad con el fin de desarrollar sus habilidades y conocimientos para reunir, analizar y utilizar los resultados.

RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE LA “RUTA CRÍTICA” EN LOS 10 PAÍSES

Aun cuando el estudio abarcó a mujeres de distintos países y diversos grupos étnicos y socioeconómicos, sus experiencias eran trágicamente similares. Las características comunes incluían una falta general de conciencia de sus derechos y el hecho de que la mayoría habían tomado por lo menos algunas medidas iniciales para resolver su situación y habían obtenido resultados frustrantes. Todas ellas sufrían la violencia como una medida de control esgrimida por sus parejas para reforzar las relaciones desiguales de poder dentro de la familia y la propia situación de impunidad del agresor.

“Una de las cuestiones es el machismo en nuestra cultura, que dice que el hombre es el más fuerte y tiene que, de alguna forma, estar sobre la mujer, y cuando no le parece algo, la golpea.”

—Jueza de paz, El Salvador

En la comparación de los estudios de la “Ruta Crítica” en los 10 países, Sagot presenta un examen amplio y conmovedor de las experiencias comunes de muchos tipos

diferentes de mujeres (Sagot 2000). Cita detalladamente los desgarradores relatos de mujeres que viven rodeadas de la violencia, y su ingenio, valor y fortaleza para afrontar su situación dentro de sus familias y buscar ayuda en sus comunidades. Es significativo que la mayoría de estas mujeres no consideraban los servicios públicos o privados como parte de su camino, ya sea porque no conocían el apoyo que podían proporcionar esas instituciones o porque en el pasado habían recibido un tratamiento ineficiente o humillante en esos servicios.

“La burocracia, ¡imágetate!, una persona maltratada por su esposo va a la comisaría, después tiene que ir al médico legalista, de ahí regresa a la comisaría, luego a la fiscalía, todo un lío...”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Perú

“Le pongo esa demanda y la autoridad no va a hacer nada con él. No le van a encerrar para todo el resto de la vida. No me van a curar la pierna... Y si lo encierran un día, dos días para que escarmiente, yo sé que no escarmienta.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Costa Rica

ASPECTOS DE LA “RUTA CRÍTICA”: LOS PRIMEROS PASOS DE LAS MUJERES

Todas las mujeres entrevistadas identificaron la VBG como un problema serio que afectaba sus vidas. Todas informaron ser sometidas sistemáticamente a maltrato físico, que incluía bofetadas, puñetazos y palizas, pero algunas también eran amenazadas con cuchillos y armas de fuego, que ponían en grave peligro su salud y su vida.

“Él me volvió a apuñetear, me golpeó la sien, estuvo a punto de estrangularme, yo tardé dos meses en volver a recobrar me, a tragar fácilmente, todo eso para terminar de nuevo con el ojo hinchado y moreteado.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Honduras

“Dos veces trató de matarme. Creo que la tercera vez lo logrará.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Belice

La violencia física casi siempre iba acompañada de maltrato psicológico. No obstante, sin importar cuán lesivo y humillante fuera el maltrato sexual y físico descrito por las mujeres, ellas consideraban que la violencia psicológica era aún más dolorosa ya que estaba dirigida a su sexualidad, su autoestima y su capacidad de procrear. La violencia que incluía amenazas a sus hijos era especialmente traumática:

“Le dice: ‘Sos una estúpida [llanto], no servís para nada, sos una inútil’ y ella tenía 1 año. Me decía: ‘Mira tu nena, no sirve para nada, es una estúpida, no la respetés’; esas cosas así... Ella tenía 1 año, ni siquiera hablaba, solo se quedaba viendo, y eso a ella se le ha metido.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Guatemala

“A consecuencia de ese maltrato me han sacado el útero... Ahora sigue pegándose, siempre lo hace y en el rostro, pero lo que más me duele son los insultos. Yo le digo que es peor que un puñal que me meta en la espalda.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Perú

La mayoría de las mujeres también eran víctimas de violencia sexual, pero muchas no se daban cuenta de este maltrato durante la mayor parte de sus relaciones ya que consideraban que el sexo forzado era parte de sus obligaciones domésticas.

“Siempre me ha pegado y después tiene relaciones conmigo.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Guatemala

“Cuando yo era novia de él, me dijo que llegara a su cuarto... Y yo tenía miedo, y entonces esa vez me bajó el bloomer y se me subió. Y yo pensaba que así era. Después yo llegaba y siempre hacía lo mismo. Así ha sido siempre. Platicando me han contado que lo acarician a uno, pero eso no lo sé yo.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Guatemala

Las parejas a menudo sometían a las mujeres a violencia económica limitando, reteniendo o retirando el apoyo económico prestado a ellas y a sus hijos, amenazándolas o de hecho echándolas de la casa, controlando cualquier ingreso que las mujeres trajeran al hogar y rompiendo objetos de valor para la familia.

Los agresores eran hombres de todas las generaciones y de todos los tipos de relaciones, si bien la mayoría eran parejas sexuales.

“La violencia que yo más veo es la violencia de marido y mujer, porque los maridos faltan al matrimonio, son parranderos, son machistas, tienen mujeres en la calle, desatienden el hogar. Cuando llegan a la casa, hay problemas...”

—Trabajadora de salud, informe de la “Ruta Crítica”, Panamá

Para algunas mujeres el maltrato se inició inmediatamente después de establecer una relación con sus parejas. No obstante, en la mayoría de los casos la violencia comenzó después de la cohabitación o el matrimonio, momento en el cual el comportamiento de sus parejas se volvió marcadamente más agresivo. A partir de ese momento los hombres pudieron establecer el dominio completo sobre sus compañeras y su sexualidad.

“El problema comenzó cuando nos casamos.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, El Salvador

“Él antes era otra cosa, no quebraba un plato, pero ya cuando sintió que tenía la pollita agarrada dijo: ‘Hoy voy a sacar las uñas’, y entonces ya se volteó de otro modo.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, El Salvador

En muchos casos, la agresión se había iniciado hacía mucho tiempo y a menudo comenzó o se incrementó durante el primer embarazo y los embarazos posteriores. El maltrato durante el embarazo no solo provocó abortos y esterilidad en las mujeres sino también puso en peligro las vidas de sus hijos aún no nacidos.



Cortesía OPS/OMS-Honduras

Mujeres hondureñas asisten a una reunión de la comunidad para aprender más acerca de la VBG.

“El propósito de él era sacarme la criatura de adentro del vientre, porque colocó las rodillas en mi barriga y me trataba bruscamente.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Nicaragua

“Tengo ocho meses de embarazo y cuando él llega comienza a insultarme y a romper cosas. Me pateó en el vientre y se rompió la bolsa de las aguas.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Belice

Algunas mujeres también informaron que habían sufrido el maltrato de otros miembros de sus familias, o de sacerdotes o maestros, aun en la niñez. Algunas jóvenes señalaron que tuvieron relaciones, a menudo con hombres de más edad, para escapar del maltrato al que las sometían miembros de sus familias.

“Bueno, imagínese que, para serle exacta, como a la edad de 8 años fui violada por mi hermano mayor.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Nicaragua

“Yo he recibido mucho maltrato de mi padre y hermanos, mi padre una vez hasta me colgó del árbol, cuando tenía 10 años, por haber comido un poco de queso.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Perú

En las zonas rurales aisladas, los agresores podían controlar la libertad de sus mujeres con más facilidad. Era muy poco probable que esas mujeres tuvieran contacto con vecinos y acceso a servicios sociales y, por lo tanto, estaban expuestas a un mayor riesgo de daños causados por la violencia.

“Viví tres años sufriendo encerrada en un cuarto. Él abría la puerta y salía a las seis de la mañana, y a las seis de la tarde regresaba, hasta esa hora yo no veía la luz del día.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Guatemala

Las mujeres a menudo señalaron que toleraban el maltrato porque temían que la resistencia solo agravaría la situación. La permanencia en la relación también era con frecuencia alentada



Cortesía OPS/OMS-Bolivia

En el último decenio, la conciencia de las mujeres acerca de sus derechos civiles se ha propagado desde los grandes centros urbanos hasta las ciudades pequeñas y aldeas en toda América. Esta manifestación contra la violencia organizada por mujeres líderes indígenas en Sucre, Bolivia, ha ayudado a promover los mensajes de prevención de la violencia en todo el país y estimula a las comunidades a ver la violencia en forma diferente a la que la veían en el pasado.

por las presiones sociales ejercidas por sus propias madres, hijos y otros miembros de la comunidad, con el propósito de mantener unida a la familia. La falta de recursos económicos independientes y de apoyo familiar e institucional también inhibía sus acciones.

“... Pasé con la cara morada un montón de tiempo, como un mes; entonces no seguí el caso porque él me dijo que de la cárcel saldría, pero yo del cementerio no; entonces yo no quería morir.”
—Informe de la “Ruta Crítica”, Honduras

“Yo he tenido paciencia por los hijos, me da lástima dejarlos; o tal vez se va una con los hijos y anda peor todavía, aventurando, porque no tiene adónde estar con ellos; por eso le he soportado muchas cosas.”
—Informe de la “Ruta Crítica”, El Salvador

“Mis papás me decían: ‘Si es tu esposo, tienes que aguantar, si es tu marido, tienes que aguantar, así

es, así también yo he sufrido con mi esposo'.
Así me decía mi mamá.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Perú

Las mujeres tendían a tolerar su situación violenta hasta que se daban cuenta de que sus estrategias para sobrellevarla no funcionaban y que sus parejas no cambiarían. Estaban especialmente motivadas para dar los primeros pasos cuando percibían modificaciones en el patrón del maltrato, por ejemplo cuando aumentaba la violencia, había infidelidades, sus agresores despilfarraban el dinero para el sustento familiar, o las posesiones y, especialmente, cuando la agresión se dirigía a sus hijos.

“Él tenía un revólver, incluso él me había amenazado con el revólver... porque así era cada vez: ‘¡Te voy a matar camba puta!’ Así que esa vez que disparó así, a mí me dio miedo, francamente, y por eso fue más que todo, eso me animó a ir a dar parte a la policía.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Bolivia

“Fui porque me golpeó al niño, me le tiró un gran pedazo de caña... Como si a un animal le tirara un palo y al niño le fue a caer, y me iba entrando una gran cólera.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, El Salvador

El apoyo confiable de miembros de la familia y amigos y el tener acceso a información sobre la violencia basada en el género ayudaron a motivar a las mujeres a dar los primeros pasos hacia la solución de sus situaciones.

“... La gente vecina vio cómo mi marido me pegaba, me dijeron que no valía la pena que yo siguiera más con él. Empezaron a darme ánimos para separarme.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Ecuador

“Gracias a Dios por esa propaganda, esa propaganda a mí me hizo... dije yo: ‘Tengo que averiguar, tengo que ir, tengo que saber qué se puede hacer’.”

- Informe de la “Ruta Crítica”, Honduras

Una vez que las mujeres llegaban al punto en que eran capaces de analizar la futilidad y peligrosidad de su situación y a reconocer que estaban cansadas de vivir temiendo por su seguridad y la de sus hijos, aceptaban que ya no podían tolerar más el maltrato y estaban listas para tomar medidas. Para la mayoría de las mujeres, la salida –su ruta crítica– era dolorosa y lenta, a menudo con recaídas en la relación, si bien algunas tuvieron éxito en su intento inicial y pudieron seguir un curso directo para salir de su situación.

“... Yo pienso que tengo que luchar, tengo que defender mi derecho a vivir en paz, a vivir tranquila, a criar mis hijos sin violencia, a que se desarrollen de una manera normal, que tengan matrimonios normales.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Costa Rica

“... Tomé la decisión de que no podía seguir en esa vida, soportando como soportaba... Me sentía como ahogada.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Honduras

“Porque yo ya no lo quiero, quiero dejarlo... Yo me desesperé, porque sí lo quería, a pesar de que él me pegara. Pero ya no siento nada, ya no quiero estar con él.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Guatemala

Si bien los caminos tomados por la mayoría de las mujeres eran tortuosos y a veces contradictorios, el análisis de los datos del estudio mostró que sus decisiones de comenzar la ruta y las direcciones escogidas eran constantemente guiadas por una consideración cuidadosa de los posibles riesgos y resultados.

¿SON LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS PARTE DEL PROBLEMA?

Cuando se les preguntó por qué no incluían servicios públicos o privados en su “Ruta Crítica”, la mayoría de las mujeres identificaron como obstáculos básicos la actitud negativa de los proveedores y su incapacidad para satisfacer las necesidades

urgentes de las mujeres, o su renuencia a hacerlo. Estas actitudes hacían que las mujeres se sintieran frustradas y perplejas; temían ser nuevamente víctimas y que sus agresores tuvieran impunidad.

“Muchas veces las mujeres no presentan ninguna evidencia de maltrato y no se les cree y se les trata mal, y muchas veces se culpa a las mujeres sin tener todos los detalles; es por eso que muchas mujeres no quieren venir a la delegación.”

—Policía, Perú

“Las salidas de negociaciones frente a la violencia debilitan la posición de las mujeres, quienes se ven forzadas a aceptar la impunidad como punto de partida y posteriormente deben olvidar y perdonar y, en ocasiones, incluso mantener el respeto al agresor.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Ecuador

Durante las entrevistas, casi todos los proveedores de servicios de salud, legales y policiales, afirmaron que a menudo las mujeres temían que la búsqueda de atención empeorara la situación, en vez de mejorarla. Al mismo tiempo, reconocieron su apego a las pautas patriarcales y tradicionales según las cuales la violencia basada en el género era un asunto privado, en muchos casos justificada, y que, con frecuencia, las mujeres eran las culpables de la situación de violencia.

En términos generales, los proveedores de servicios entrevistados aceptaron que no conocían todas las complejidades de la VBG. Pocos declararon estar totalmente conscientes del extremo peligro que afrontaban diariamente las mujeres de sus propias comunidades en las situaciones de maltrato, o las terribles condiciones que finalmente las conducían a buscar ayuda. Además, los proveedores rara vez conocían el riesgo que implica iniciar y mantener una “Ruta Crítica” para salir de la violencia, y al mismo tiempo expresaban frustración por el hecho de que las mujeres en muy pocas ocasiones seguían los caminos directos que suelen recomendar los proveedores.

Según las mujeres, la generalizada falta de comprensión por parte de los proveedores de servicios daba como resultado comportamientos antagónicos tales como la indiferencia, el cuestionamiento, la burla e intentos de inspirar un sentimiento de culpa; en los casos extremos, incluso se observaron el asedio sexual y la convivencia con los agresores. Cuando los proveedores respondían a las necesidades de las mujeres, rara vez efectuaban un seguimiento de los casos o enviaban a esas mujeres a los servicios apropiados. Como resultado, las mujeres a menudo se daban por vencidas, frustradas ante el laberinto de “pruebas” que se les exigían para iniciar procedimientos penales o judiciales. En especial al tratar con la policía y los sistemas judiciales, en todos los países estudiados las mujeres expresaron un abrumador sentimiento de la futilidad de esperar que alguna vez fueran protegidos sus derechos civiles y de recibir justicia por los agravios de que fueron víctimas.

PASOS EN LA “RUTA CRÍTICA”: ¿CÓMO RESPONDIERON LOS SECTORES?

➤ **El sector de la salud:** Las reacciones de las mujeres a la atención proporcionada por este sector eran variadas. Si bien casi todas las mujeres entrevistadas dijeron que habían visitado el centro de salud de su comunidad en varias ocasiones por diversos trastornos —algunos de ellos relacionados con el maltrato sufrido— coincidían en que los proveedores rara vez les hacían preguntas acerca de la violencia o trataban de detectar víctimas de maltrato.

“Las mujeres ven estas instituciones como el lugar donde curar sus lesiones o enfermedades y acuden a ellas solo cuando ya no pueden atenderse ellas mismas.”

—Montserrat Sagot, 2001

“El personal no pregunta y no tiene la capacitación para detectar, tampoco considera que sea parte de su trabajo.”

—Proveedor de servicios de salud, Honduras

Durante el período del estudio, solo muy pocos proveedores de servicios de salud habían recibido capacitación especializada para tratar a mujeres que vivían en situaciones de violencia y ninguno tenía protocolos o normas para la atención. Tal vez por esta razón, las mujeres percibían en los trabajadores de salud una renuencia generalizada a abordar directamente o en forma sostenida sus problemas. La mayoría del personal de salud prefería enviar a las mujeres a la policía o al sistema judicial local, quizás temiendo que tratar y seguir esos casos los atraparían en prolongados procesos judiciales para los cuales no tenían tiempo y que deseaban evitar a toda costa.

“Con un familiar se verifica la violación, no nos interesa quién fue, cómo fue, dónde fue, porque eso no nos incumbe a nosotros... Eso ya es un problema legal.”

—Médico, Ecuador

Además, el estudio reveló que la mayoría de los proveedores ya no tenían más contacto con esas mujeres y, por lo tanto, desconocían cualquier tratamiento o atención posteriores que recibieran en otro lugar.

- ➔ **Sistemas de aplicación de la ley y de servicios legales y jurídicos:** La policía y los servicios jurídicos eran en muchos casos los primeros lugares a los que recurrían las mujeres, ya sea por sí solas o enviadas por trabajadores de salud u otros proveedores de servicios. Había comisarías en casi todas las comunidades estudiadas. Estas comisarías eran también las instituciones que prestaban menos ayuda, en términos de las actitudes y la disposición a ayudar de los proveedores y la disponibilidad de servicios e información sensibles al género. Esto, combinado con el hecho de que los funcionarios policiales y judiciales en general no conocían las leyes para proteger a las mujeres —ni las aplicaban— provocaba gran frustración y humillación en las mujeres en todos los países estudiados. Esta deficiencia general se exacerbaba más por la falta de coordinación entre los diversos sectores cuando las mujeres buscaban ayuda, lo que causaba nuevas

demoras e interrupciones en las “rutas críticas” que las mujeres intentaban tomar para salir de su situación.

“Cuando las mujeres llegan a pedir que amonesten a sus maridos, ni siquiera queda nota de aviso.”

—Oficial de policía, El Salvador

“Ha sido una experiencia muy dolorosa, muchas mujeres se devuelven a los órganos de policía llorando, que la policía les dijo que no fueran vagas, que si no tenían nada que hacer, también se les trata de que ‘de por sí, señora, en la noche usted va a estar entrepiernada con su hombre’, o sea que, además de no darles ayuda, se les irrespetan...”

—Proveedora de servicios jurídicos, Nicaragua

“A la larga, la persona se cansa de acudir a uno u otro lugar... una mujer que ha sido violada... lo primero es llegar a la policía, la policía le dice que es una cuestión familiar, lo detienen al tipo, después le quieren sacar multa porque no quieren pasar el caso al juzgado, entonces, ella va donde un abogado, va donde el fiscal, va donde el juez, así muchas veces por falta de información... la persona dice: ‘Bueno...’ y desiste y se va.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Bolivia

- ➔ **El sector educativo:** Como la violencia basada en el género y la violencia intrafamiliar son problemas que normalmente están fuera del ámbito de las políticas educativas y los planes de estudio, los maestros comprensiblemente se sienten mal equipados para responder a las necesidades de las estudiantes afectadas y sus familias. En consecuencia, la mayoría de los maestros mantienen una actitud cautelosa que fluctúa entre la conciencia del problema y el deseo de evitar involucrarse en cuestiones legales concernientes a los menores de edad.

“Algunas profesoras me decían: ‘No te metas, no te inmiscuyas mucho, porque a veces, por hacer un favor, te vas a ver complicada’.”

—Maestra, Perú

“...No es tarea del profesional profundizar en los problemas familiares de los alumnos.”

—Maestro, Ecuador

No obstante, algunos maestros dijeron que habían proporcionado apoyo a las estudiantes a pesar de la falta de pautas institucionales y expresaron el deseo de que en el futuro se abordaran mejor en sus escuelas los problemas relacionados con la violencia.

“Los prestatarios educativos han actuado a voluntad y criterio personales en ausencia de una política clara frente a los casos de violencia.”

—Informe de la “Ruta Crítica”, Perú

- **Organizaciones comunitarias:** Estos grupos parecerían estar en la mejor posición para detectar y abordar temas relacionados con la VBG, principalmente porque están

constituidos por vecinos involucrados en todos los aspectos de la vida local. Sin embargo, el análisis mostró que la mayoría de las organizaciones comunitarias tradicionales, como los sindicatos y las cooperativas, tenían ideas conservadoras y no prestaban ningún apoyo a las mujeres afectadas por la violencia. Aun en el caso de empresas locales donde las mujeres ejercían funciones de liderazgo, estas por lo general carecían de información, habilidades y políticas para detectar el problema y responder a él. En ocasiones las mujeres sí buscaban apoyo espiritual para evaluar su situación y justificar sus acciones. Algunas organizaciones religiosas admitieron que sabían que existía la violencia basada en el género, pero, en sus prácticas y asesoramiento, por lo general no proporcionaban ningún apoyo específico a las mujeres afectadas.

“La mujer debe contar hasta tres, tragar saliva para que se pase el coraje, y evitar que se den más agresiones.”

—Sacerdote, Ecuador



Cortés OPS/OMS-El Salvador

Si bien todavía está lejos de ser la norma, algunos escolares, como estas de El Salvador, han recibido información y han analizado la violencia basada en el género en el aula con sus maestros y otros miembros de la comunidad.

“Yo consulté [a la monja] si era normal eso o qué... Me dijo que no, que eso no era normal, que eso era una violación y que yo tenía derecho a decir que no.”

—Costa Rica

Según las entrevistas, las organizaciones de mujeres brindaban el mejor apoyo, en especial las que prestaban servicios relacionados con la salud, los derechos legales y la autoestima de la mujer y otras cuestiones conexas. Los grupos de este tipo a menudo podían satisfacer eficazmente las necesidades de las mujeres porque su misión era servir a las mujeres desfavorecidas y maltratadas. Lamentablemente, ese apoyo se limitaba principalmente a las zonas urbanas más grandes y no se extendía a las comunidades rurales.

“... Las escuchamos y les devolvemos la pregunta: ¿En qué cree ella que la podemos ayudar?... Nosotras somos respetuosas de las compañeras que vienen a solicitar el servicio, les explicamos posibles alternativas, pero la decisión la toman ellas.”

—ONG de mujeres, Honduras

APRENDIENDO DE LA “RUTA CRÍTICA”

En los 10 países estudiados, los resultados del estudio de la “Ruta Crítica” confirmaron de manera concluyente que la VBG es un grave problema de salud pública y de derechos humanos. También indicaron que, mientras que el problema siga siendo en gran medida invisible para la sociedad en general y no sea tenido en cuenta por esta, correrá peligro y se reducirá el desarrollo social de las mujeres, las niñas, sus familias y las comunidades afectadas. El proceso de investigación incluyó un componente en el cual se presentaron los resultados a los diversos sectores que habían sido entrevistados. En particular, los relatos de las mujeres ayudaron a “romper el silencio” en cuanto a este complejo problema

y cambiaron las actitudes de las comunidades del estudio hacia la VBG al hacer a sus residentes, y en especial a los proveedores de servicios, más conscientes de la tremenda carga que soportan las numerosas mujeres afectadas a causa de las lamentables deficiencias de los servicios y las políticas nacionales. Esto a su vez estimuló a las comunidades a crear medidas intersectoriales concretas para abordar la violencia basada en el género.

El análisis de los resultados de la “Ruta Crítica” reveló que el éxito de las intervenciones dependía de la disponibilidad, la calidad y la coordinación de los servicios y, sobre todo, del compromiso de los proveedores. Las mujeres proporcionaron las respuestas más positivas cuando sentían que las instituciones, ya fueran públicas o privadas, estaban genuinamente preocupadas por su bienestar, les brindaban apoyo emocional e información, las respetaban y apoyaban, y se mostraban dispuestas a defender sus derechos y seguridad. Las mujeres apreciaron en particular los esfuerzos de los proveedores por ayudarlas a fortalecer su autodeterminación y facilitar su capacidad de tomar sus propias decisiones acerca de cuándo y cómo librarse de las situaciones violentas. Los servicios considerados más eficaces fueron aquellos que no eran obstaculizados por rígidos mandatos institucionalizados y cuya flexibilidad les permitía tener en cuenta las situaciones y necesidades individuales. En la medida en que las instituciones tenían estas cualidades, podían servir como valiosos pasos adelante en las “rutas críticas” de las mujeres. 

Capítulo tres

Unir fuerzas para abordar la violencia basada en el género en las Américas

“... El maltrato de las mujeres infligido por sus parejas es un problema complejo, desde sus causas hasta sus consecuencias y su prevención efectiva. Solo cuando estemos convencidos de que nuestras sociedades deben estar libres de la violencia, podremos embarcarnos en el camino hacia su abolición.”

—Cecilia Claramunt, 1999

A comienzos de los años noventa, a medida que los derechos de las mujeres y las interrelaciones entre la salud y el desarrollo socioeconómico adquirían nueva importancia en los temarios internacionales, la OPS y sus contrapartes de los ministerios de salud de América Central llevaron a cabo la primera evaluación de la situación del género y la salud, con el apoyo de los Gobiernos de Noruega y Suecia. El momento era especialmente pertinente ya que en la mayoría de los países se estaban realizando procesos de reforma del sector de la salud para aumentar la eficiencia y descentralizar los servicios, sin tener necesariamente en cuenta cómo estos procesos afectarían en forma diferente a los hombres y las mujeres. Por consiguiente, muchas organizaciones de mujeres temían que estas pudieran ser marginadas aún más como resultado de dichas reformas.

La evaluación se concentró en la situación de salud de las mujeres y en las fuentes existentes de atención e información que pudieran ayudar a cerrar la brecha de desigualdad entre los géneros; fue realizada con personal de salud y personas clave de las comunidades objetos del estudio en los siete países centroamericanos. Entre las múltiples desigualdades identificadas, la prevalencia de la violencia basada en el género y la falta de respuesta a ella surgieron como las necesidades de salud más urgentes. Los resultados también proporcionaron indicios importantes acerca de la complejidad del problema e indicaron que el sector de la salud actuando solo no podría ofrecer una respuesta eficaz. Estos resultados llevaron a efectuar la investigación de la “Ruta Crítica” examinada en el capítulo dos, que proporcionó un panorama detallado de la realidad de innumerables mujeres que vivían en la violencia y de las instituciones que podían unir fuerzas para afrontar la situación.

En respuesta a estos resultados y a una resolución de los Cuerpos Directivos de la OPS de 1993, en 1994 la Organización presentó a los donantes nórdicos su primera propuesta para abordar la violencia contra las mujeres. El proyecto realizado entre 1995 y 1997 se concentró en las mujeres y en las niñas del grupo de 12 a 49 años de edad y en la posible colaboración entre el sector de la salud y la sociedad civil. Poco después, el Gobierno de los Países Bajos proporcionó fondos para poner en práctica esta estrategia en Bolivia, Ecuador y Perú.

La forma en que se aplicó la estrategia varió según las necesidades y situaciones específicas de cada lugar, pero todos los países abordaron la VBG en tres niveles –el de la política nacional, sectorial y comunitario– en colaboración con aliados. Estos aliados fueron identificados mediante el “Diagnóstico de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que realizan acciones en relación con la violencia y la violencia intrafamiliar en el nivel local/nacional” (1995) y la investigación de “La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar” (1996).

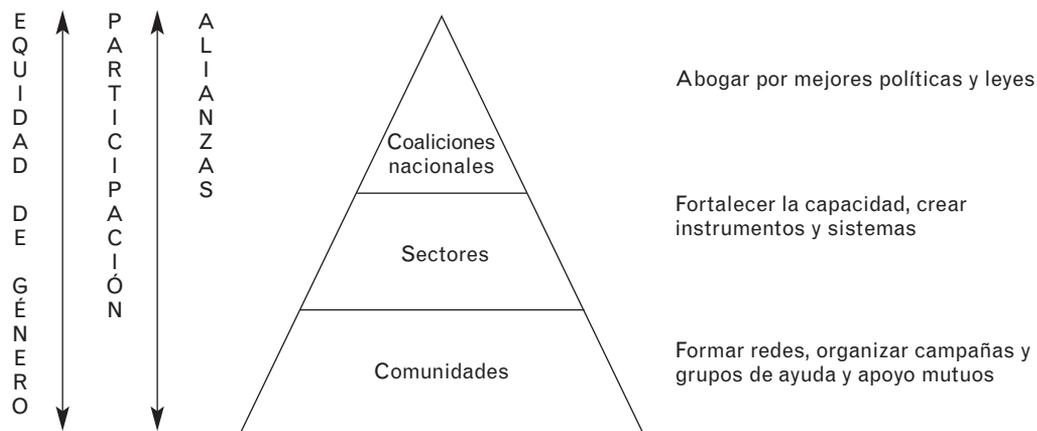
La próxima etapa del proyecto en América Central (1998-2002) buscó consolidar esta estrategia y sus logros anteriores institucionalizando las normas y protocolos para la detección y la atención de las víctimas, capacitando a los líderes de la comunidad y los proveedores de los sectores de la salud y otros y expandiendo las redes y grupos de apoyo para las mujeres y los hombres a 30 comunidades. Debido a cambios políticos internos, el Gobierno de los Países Bajos interrumpió su apoyo multilateral al proyecto andino cuando concluyó en 2000 y optó por continuar con apoyo bilateral a Bolivia (2001-2002) y Ecuador (2000-2002).

ARMAR EL ROMPECABEZAS

La evaluación de las “lecciones aprendidas” y las evaluaciones anuales del proyecto atribuyeron en gran medida los logros de este a la búsqueda de resultados de la estrategia desde que fuera concebida y al enfoque integral de colaboración que se había aplicado en los tres niveles.

La figura 3-1 ilustra los tres niveles de operación de este enfoque y los valores

FIGURA 3-1. LA ESTRATEGIA INTEGRAL PARA ABORDAR LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO



transversales de la equidad de género, la participación y las alianzas. La meta primaria de esta estrategia es instaurar políticas, capacidades, sistemas y redes para detectar y atender mejor a las mujeres que viven situaciones de violencia y prevenir la VBG promoviendo una cultura de paz, respeto y equidad en las familias y en las comunidades. Cada uno de los componentes de esta estrategia ha sido seleccionado cuidadosamente sobre la base de los resultados de la investigación, la experiencia y los procesos de negociación. A continuación se describen los valores, intervenciones y niveles de operación; se examinarán más a fondo sus aplicaciones en la segunda parte de este libro.

VALORES TRANSVERSALES

- **Equidad de género:** La violencia basada en el género pone a las mujeres en riesgo de sufrir problemas de salud e incluso la muerte, y se relaciona con su posición socio-económica desigual dentro de sus familias y la sociedad en general. La resultante subordinación y sentimiento de impotencia a menudo obstaculizan la capacidad de las mujeres de buscar ayuda y protección para sí mismas y sus hijos. En consecuencia, es importante que las personas encargadas de formular las políticas, los proveedores de servicios y los líderes de la comunidad estén conscientes de estas desigualdades subyacentes que afectan los derechos humanos y la salud de las mujeres.
- **Alianzas:** La VBG es un problema complejo que no puede ser resuelto por el sector de la salud solo. Sus causas son múltiples y están relacionadas entre sí y, por consiguiente, para abordarlas se requiere un enfoque multisectorial. Es entonces imperativo crear alianzas en todos los niveles con los colaboradores más adecuados para abordar esas causas, como los sectores judicial, de aplicación de la ley, de la salud, educativo y de bienestar social, así como con los líderes políticos y comunitarios y las ONG. Otras socias clave son las organizaciones de mujeres que aportan experiencia, responsabilidad y cabildeo, así como las oficinas

nacionales de asuntos de las mujeres que formulan y vigilan políticas gubernamentales.

- **La participación activa** de las personas clave y los beneficiarios de la comunidad proporciona enfoques creativos y un sentimiento de propiedad que son esenciales para formular las políticas, establecer redes y modificar la cultura de la violencia.

INTERVENCIONES DE LA ESTRATEGIA INTEGRAL

- **La detección** de las mujeres sometidas a maltrato es el primer paso para romper el círculo vicioso de la violencia y prevenir otros daños en el futuro a las personas afectadas. Como los proveedores de servicios de salud están ordinariamente en contacto con las mujeres, es importante que aprendan cómo detectar en forma sistemática la VBG (capítulo seis).



Cortesía OPS/OMS-Ecuador

Este ejemplo de material de capacitación preparado por una red comunitaria ecuatoriana destaca los valores transversales de las alianzas y la participación activa, que son elementos fundamentales en el enfoque integral promovido por la OPS.

- **Atención y asistencia.** La solución de la violencia contra las mujeres no es directa ni exclusivamente médica. La cantidad y variedad de desafíos que afrontan las mujeres y sus hijos, presentados en los capítulos cinco y seis de este libro, vuelven imperativo que los proveedores puedan basarse en políticas eficaces, guías de capacitación, protocolos y procedimientos de atención, sistemas eficientes

de registro y referencia, y el apoyo institucional necesario para asegurar la calidad de la atención especializada que necesitan estas personas.

- **Promoción y prevención.** Para prevenir la violencia contra las mujeres, es esencial crear una mayor conciencia acerca de la VBG y de las leyes y servicios que la abordan. Las campañas que promueven la equidad de género, los derechos legales de las mujeres y la solución de conflictos son los primeros pasos hacia el establecimiento de una cultura perdurable de aceptación mutua y autoestima para las mujeres y los hombres. La incorporación de los problemas vinculados con el género, en particular los relacionados con la VBG, en los planes de estudio de las escuelas y universidades, despierta la conciencia colectiva y ayuda a preparar a las comunidades y a los profesionales involucrados para afrontar con mayor eficiencia la violencia y sus secuelas.

NIVELES DE OPERACIÓN DE LA ESTRATEGIA INTEGRAL

- **Nivel comunitario.** Como se describe en el capítulo siete, los fundamentos de esta estrategia se encuentran dentro de la comunidad, donde se pueden formar y estimular redes para prevenir y detectar la violencia contra las mujeres y responder a ella. Los centros de salud pueden desempeñar una función catalizadora al movilizar a la comunidad para que establezca estas redes, en el sentido de que pueden proporcionar la capacitación y establecer los sistemas necesarios de vigilancia y referencia entre los miembros de la red. En muchas comunidades, se ha efectuado un estudio simplificado de la “Ruta Crítica” para identificar a las personas clave y los obstáculos comunes que afrontan las mujeres cuando intentan salir de sus situaciones de violencia. La composición de la red varía según la comunidad, pero normalmente está constituida por el centro local de salud, la comisaría, el sistema judicial, los maestros, los líderes de la comunidad y las organizaciones de mujeres; en algunas comunidades también participan representantes de las iglesias y de otras entidades.

Las redes por lo general formulan planes de trabajo y se reúnen periódicamente para coordinar las actividades. En Bolivia (OPS 2000) y Perú (OPS 2001), se han elaborado manuales de capacitación sencillos para que sean utilizados por las redes; los participantes en el proyecto centroamericano también han preparado un manual de planificación estratégica para orientar este proceso (OPS-Costa Rica 2001). Dentro de sus respectivas comunidades, las redes organizan y realizan campañas contra la violencia, proporcionan información y apoyo a las familias afectadas, facilitan la referencia de casos y coordinan las sesiones de capacitación.

“Ahora con tanta información en la radio y en la tele, una puede saber adónde ir y que si va a tiempo se puede salvar la vida y vivir tranquila.”

–Informe de la “Ruta Crítica”, Honduras

Como veremos en el capítulo siete, en un número creciente de comunidades estas redes han organizado grupos de apoyo para las mujeres y los hombres, frecuentemente dirigidos por personal del centro de salud. A su vez, algunos miembros de estos grupos de apoyo han asumido el liderazgo y han formado otros grupos de ayuda mutua dentro de sus comunidades.

- **Nivel sectorial.** Con el fin de fortalecer la capacidad y establecer los sistemas necesarios para detectar y atender a las mujeres víctimas de maltrato, los sectores público y privado y las ONG deben tener acceso a políticas e instrumentos específicos. En la mayoría de los países abarcados por el proyecto, el sector de la salud ha asumido una función de liderazgo para que se disponga de esas políticas e instrumentos, mientras que en algunos países el sector se ha coordinado con el departamento local de policía, las ONG de mujeres y las universidades para crearlos y aplicarlos.

Estos sectores han trabajado juntos para publicar módulos y capacitar a los directores y los proveedores de servicios de los centros de salud –médicos, enfermeras, promotoras, trabajadores sociales y otros– así como de otros sectores. El sector de la salud ha elaborado protocolos y procedimientos para la atención que han sido validados en las comunidades y que constituyen una base efectiva para los programas de capacitación. Como veremos en el capítulo cinco, actualmente el sector de la salud está trabajando con otros sectores para perfeccionar los procesos de registro y reunión de datos epidemiológicos y, de ese modo, facilitar una mejor identificación y seguimiento de los casos de violencia.

- **Nivel político nacional.** Las personas clave deben formar alianzas sólidas para abogar por políticas y leyes orientadas a prevenir, tratar y castigar la violencia, así como para asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para aplicar y vigilar continuamente esas políticas y leyes. En la mayoría de los países, el sector de la salud se ha aliado con interesados de otros sectores para formar coaliciones nacionales y regionales, que se describen en el capítulo cuatro.

Durante las reuniones ordinarias, las coaliciones comparten experiencias, colaboran en la elaboración de políticas, materiales de capacitación, sistemas de información y otros instrumentos, y llevan a cabo campañas nacionales. También se aseguran de que sus respectivos logros sean permanentes y se institucionalicen, lo cual es fundamental para expandir la estrategia a otras zonas en todo el país.

¿QUÉ HA LOGRADO EL PROYECTO?

Al finalizar la segunda etapa del proyecto (2002), la estrategia modelo ha dado como resultado la creación de más de 150 redes comunitarias intersectoriales en 10 países. En América Central, entidades homólogas emplean módulos para capacitar a otros proveedores, han aprobado protocolos y

procedimientos y están estableciendo sistemas de vigilancia en los siete países. Estas alianzas han fortalecido las coaliciones nacionales y les han permitido mantener actividades de incidencia política a pesar de los diversos cambios en los gobiernos y los ministerios de salud. A nivel regional, la OPS ha unido fuerzas con otros organismos de las Naciones Unidas, organizaciones regionales de mujeres y otros colaboradores con el fin de poner en práctica los acuerdos internacionales y regionales descritos en la introducción a la sección I de este libro. En 2001, la Organización auspició un simposio interinstitucional a nivel regional para identificar las prioridades y formular estrategias con el fin de fortalecer la respuesta del sector de la salud a la VBG.

La formulación de esta estrategia integral ha sido el trabajo de muchos grupos e individuos. El proceso ha sido creativo e innovador en el sentido de que ha reunido a entidades –el sector de la salud, los organismos de aplicación de la ley, el sistema judicial, los educadores– que en el pasado abordaban el problema de la VBG en formas diferentes y que no siempre compartían las mismas perspectivas y metas. Los resultados, presentados en el recuadro 3-1, no se podrían haber logrado sin el esfuerzo colectivo de todos estos grupos y otros más que trabajan juntos en diversos niveles y comparten el compromiso común de romper el silencio que rodea a un importante problema de salud pública y de derechos humanos. De ese modo, el interés y la conciencia del público han alcanzado nuevas dimensiones. Ahora ya no se puede volver atrás. 

RECUADRO 3-1. LOGROS OBTENIDOS AL ABORDAR LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO EN 10 PAÍSES, 1995-2002**1. NIVEL REGIONAL**

- *Simposio 2001: Violencia de género, salud y derechos en las Américas:*

Trescientos representantes de organismos, gobiernos y ONG de 27 países acordaron planear medidas para movilizar el sector de la salud con el fin de abordar la VBG.

- *Intercambios técnicos:* Se facilitaron intercambios entre los países de América Central y el Caribe para expandir la estrategia contra la VBG a cinco países caribeños, así como varios intercambios entre los 10 países abarcados por el proyecto en relación con la promoción de las políticas, la capacitación del personal de salud y la creación de redes y grupos de apoyo y de sistemas de vigilancia e información.

- *Compromiso político:* La prevención de la VBG ocupó un lugar en el temario de diversos foros y cumbres regionales y subregionales sobre políticas.

2. NIVEL POLÍTICO NACIONAL

- *Incidencia política:* Se formaron coaliciones intersectoriales en 10 países para abogar por políticas y leyes contra la VBG.

- *Legislación:* Se aprobaron leyes contra la VBG en 10 países y se establecieron grupos de monitoreo en seis países centroamericanos.

- *Investigación:* Se publicaron los resultados del estudio de la "Ruta Crítica" en 10 países; se efectuó un estudio de la prevalencia de la VBG y el papel desempeñado por los hombres en Bolivia, y se realizó un estudio de los conocimientos, las actitudes y las prácticas en Perú.

- *Campañas de prevención de la VBG:* Se realizaron campañas en 10 países.

- *Reformas en el sector de la salud:* Se incorporaron la detección y atención a la VBG y políticas de prevención de estas en los procesos de reforma del sector de la salud de cinco países.

- *Educación:* Se introdujo el estudio de la violencia en los planes de estudio de la educación primaria en Belice y Perú y en los planes de estudio universitarios en Belice, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Panamá y Perú.

3. NIVEL SECTORIAL

- *Fortalecimiento de la capacidad:* Se crearon y aplicaron instrumentos y sistemas (normas y protocolos en 10 países, sistemas de vigilancia en cinco países y módulos de capacitación en 10 países); más de 15.000 representantes del sector de la salud y otros sectores han recibido capacitación cada año del período del proyecto.

4. NIVEL COMUNITARIO

- *Redes comunitarias:* Se formaron más de 150 redes comunitarias constituidas por representantes de los sectores sanitario, educativo, judicial, policial y religioso y líderes de la comunidad y de organizaciones de mujeres.

- *Grupos de apoyo:* Se formaron grupos de apoyo para hombres y mujeres en cinco países y grupos comunitarios de ayuda mutua en ocho países.

- *Campañas de tolerancia cero:* Se fomentaron campañas de tolerancia cero y otras actividades para promover la no violencia en numerosas comunidades.



“[las] mujeres están
esperando el momento en
que alguien les toque la
puerta; algunas han estado
esperando muchos años...”
–*Provedora de servicios de salud,*
El Salvador

SECCIÓN II

Lecciones aprendidas en América Central

INTRODUCCIÓN

En 2001, cuando concluía el segundo período de patrocinio nórdico para el proyecto centroamericano de la OPS contra la VBG, había consenso entre la Organización, los donantes y los aliados nacionales de que había llegado el momento de evaluar los verdaderos logros del proyecto antes de seguir adelante.

Según las reuniones anuales con los aliados nacionales del proyecto y los informes de este, ya era evidente que se había logrado mucho en los últimos siete años: se habían reformado leyes; se habían aplicado políticas concernientes a la violencia en muchos países; se había sensibilizado a innumerables proveedores de servicios acerca de los problemas de la violencia; se habían creado formularios de registro para el seguimiento de la violencia y se habían establecido redes comunitarias. No obstante, no era posible determinar a partir de esas reuniones e informes qué cambios auténticos habían producido estas actividades en las vidas de las mujeres afectadas por la violencia y sus familias.

Los organismos de cooperación internacional de Noruega y Suecia, NORAD y Asdi, estaban particularmente interesados en llevar a cabo una evaluación global de los logros del proyecto y de sus efectos, eficiencia y sostenibilidad. Además, la OPS estaba ansiosa de aprovechar la oportunidad para ofrecer una visión más profunda de las repercusiones del proyecto hasta el momento con el fin de fortalecer y, si fuera necesario, reorientar la cooperación futura.

Específicamente, los colaboradores estaban interesados en averiguar si las reformas en las políticas y los esfuerzos de capacitación habían modificado la forma en que los proveedores de servicios de salud percibían la violencia y la abordaban en la práctica. ¿Era más probable que preguntaran a las mujeres acerca de la violencia y, si así era, se sentían más confiados en su capacidad de responder de manera apropiada? ¿Contribuía a mejorar el proyecto la calidad general de los servicios de salud en alguna forma? ¿Se había fortalecido la coordinación entre las instituciones que abordaban la violencia? ¿Se había vuelto menos penosa la “Ruta Crítica” seguida por las mujeres para superar la violencia? Y más importante aún, ¿qué pensaban las mujeres sobre la nueva función que el proyecto instaba a asumir a los proveedores de servicios de salud? ¿Les ayudaba a sentirse más seguras o más capaces de afrontar la violencia en sus vidas?

En consecuencia, un objetivo clave de la evaluación era identificar las importantes lecciones y el asesoramiento que los proveedores, los grupos activistas y las personas encargadas de formular las políticas, así como las sobrevivientes, podían ofrecer a otros que se embarcaran en proyectos similares.

Se pidió al Programa para la Tecnología Apropiada en Salud (PATH) que realizara la evaluación, y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) proporcionaron asistencia técnica. Como la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, también estaba iniciando una evaluación de su propio proyecto contra la VBG en Perú, la República Dominicana y Venezuela, el equipo de evaluación colaboró con consultoras y representantes de la Federación y la OPS en la elaboración de la metodología. Se usaron métodos cualitativos y participativos, como:

1. una revisión de los documentos del proyecto, así como de los documentos producidos dentro de los países del proyecto

2. entrevistas con informantes clave de cada país, incluidos:

- ✦ funcionarios de la OPS
- ✦ funcionarios de los ministerios de salud
- ✦ representantes de grupos de mujeres e instituciones que colaboran en temas relacionados con la violencia

3. grupos de discusión con personas clave, como:

- miembros de comisiones a nivel nacional para prevenir la violencia
- proveedores de servicios de salud de los centros locales
- líderes de la comunidad
- miembros de redes comunitarias para la prevención de la violencia
- usuarias de los servicios de salud (mujeres que habían recibido servicios individuales por problemas relacionados con la violencia o que habían participado en grupos de apoyo para las víctimas)
- participantes en un programa de tratamiento de los agresores (Honduras).

La selección de informantes clave fue hecha en forma conjunta por la OPS y representantes de los ministerios de salud, y los centros locales de salud y las redes comunitarias establecieron grupos de discusión. En total, se entrevistó a más de 300 personas mediante las siguientes actividades:

- visitas a cinco países
- Treinta y un grupos de reflexión
- visitas a 10 sitios en comunidades del proyecto.

Durante las entrevistas a los grupos, el equipo de evaluación utilizó las siguientes técnicas participativas para estimular la reflexión conjunta (en los capítulos seis y siete se presenta una descripción más completa de los métodos empleados):

- “El camino recorrido”
(un cronograma de historias colectivas)
- “¿Quién ayuda a Rosita?” (diagramas de Venn para el análisis institucional)
- logros y barreras (enumeración libre y categorización)
- “La historia de Rosita” (historia incompleta para el análisis de la calidad de la atención).

En la medida de lo posible, se emplearon las mismas técnicas con los diferentes grupos con el fin de permitir las comparaciones entre las opiniones de los clientes, los proveedores de servicios y los miembros de las redes comunitarias. En cada una de las sesiones, una persona integrante del equipo de evaluación facilitó la sesión mientras que otra tomaba notas. Se transcribieron después para el análisis los diagramas elaborados en los grupos y también las notas.

En julio y agosto de 2001 se realizó el trabajo de campo para el estudio. Dado el limitado tiempo disponible para el estudio, el equipo decidió concentrarse en efectuar un análisis más a fondo en algunos países, en lugar de visitar todos los países y obtener un panorama más superficial. Por consiguiente, se llevaron a cabo visitas sobre el terreno solo en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Para conocer algunas de las experiencias obtenidas en Belice, Costa Rica y Panamá, se celebró en Costa Rica una reunión conjunta con la OPS y sus representantes en estos países. Los resultados preliminares de la evaluación fueron presentados

en un seminario para representantes de la OPS, los países colaboradores y los donantes, efectuado durante la reunión anual del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS en Panamá en octubre de 2001. Se incorporaron los comentarios de todos los participantes en el informe final (Ellsberg y Clavel-Arcas 2001), disponible en los sitios de la OPS y la Asdi en la Internet (www.paho.org. y www.sida.se, respectivamente).

En la segunda sección de este libro se presentan los aspectos más destacados de la evaluación y se hace hincapié en las lecciones aprendidas por los participantes en el proyecto. También se ofrecen algunos ejemplos de los logros del proyecto obtenidos en Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Perú, aun cuando estos países no fueron incluidos en el estudio inicial.

Las principales restricciones de este informe son el tiempo y el espacio relativamente limitados de que se dispuso para efectuar un examen a fondo de un tema tan amplio. Con excepción de Nicaragua, el tiempo dedicado por el equipo de evaluación a cada país fue relativamente breve y en algunos casos no fue posible entrevistar a todas las personas clave involucradas en el proyecto. En consecuencia, se aprovechó la reunión anual del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo realizada en Panamá con la participación del personal de la OPS y sus contrapartes nacionales para asegurar que los resultados del estudio se ubicaran en el contexto apropiado. Al mismo tiempo, se abordaron otros temas de interés y se señalaron las limitaciones percibidas en el estudio.

Como sería imposible hacer justicia al caudal de información reunida durante la investigación para este libro, el equipo de evaluación ha tratado de sintetizar los resultados en la medida de lo posible con el fin de presentar una visión global de los principales logros y barreras del proyecto. Por consiguiente, la sección II destaca los aspectos del proyecto que son comunes a todos los países así como situaciones encontradas en un solo entorno. Siempre que sea pertinente, se hace referencia también a experiencias internacionales. El equipo también se ha basado, en la mayor medida posible, en las verdaderas voces de los participantes y se indican las áreas en las que se observaron consenso y discrepancias. Al mismo tiempo, las evaluadoras han intentado señalar con claridad cuáles declaraciones son opiniones de los entrevistados y cuáles reflejan las propias opiniones del equipo.

El equipo de evaluación agradece a todas las personas que prestaron su apoyo durante la realización de este estudio de las lecciones aprendidas, como las funcionarias de la OPS mencionadas en la sección de agradecimientos de este libro y el personal de los ministerios de salud, las ONG y los Gobiernos de Noruega y Suecia. Su compromiso y apoyo continuos han permitido concretar esta evaluación del proyecto de la OPS. 



Capítulo cuatro

Reformas políticas y jurídicas relacionadas con la violencia basada en el género

Como se señaló al comienzo de este libro, en el último decenio se ha producido un aumento espectacular del reconocimiento internacional de la violencia contra las mujeres como un problema de derechos humanos y de salud pública. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, suscrita en Belém do Pará, Brasil, en 1994, marcó un momento particularmente decisivo para las Américas, ya que todos los países de esta Región se comprometieron a efectuar amplias reformas políticas y jurídicas con el fin de abordar la violencia contra las mujeres.

Para el momento de la evaluación del proyecto de la OPS en 2001, se habían establecido comisiones nacionales en los siete países de América Central con el propósito de mejorar la coordinación y vigilar el progreso en la elaboración de planes y políticas nacionales sobre la violencia. La mayoría de las comisiones están encabezadas por las instituciones nacionales orientadas a la promoción de los derechos de las mujeres e incluyen representantes de los ministerios de justicia, educación y bienestar infantil, así como ONG de mujeres que trabajan para combatir la violencia. Inicialmente, el sector de la salud no participaba en estas comisiones; sin embargo, ahora tiene miembros en todos los países con excepción de Guatemala. En Costa Rica, el sector de la salud sobresale por ser el primer sector estatal que estableció un plan para todo el sector acerca de la violencia intrafamiliar; esta medida, adoptada en 1994, sirvió como precursora para el desarrollo posterior del PLANNOVI (véase el recuadro 4-1). Los Ministerios de Salud de Belice y Panamá también han desempeñado un papel destacado en la elaboración de programas nacionales para la prevención de la violencia.

Una de las primeras metas de cada una de las comisiones fue lograr un acuerdo básico entre los sectores para coordinar las actividades nacionales de prevención de la violencia. En Costa Rica (PLANOVI 1994) y El Salvador ya se están aplicando planes nacionales. En Belice, Guatemala y Nicaragua se han elaborado planes nacionales, pero no han sido puestos en práctica. En Honduras y Panamá se están formulando actualmente planes nacionales para la prevención de la violencia.

La creación de un plan nacional para combatir la violencia contra las mujeres es un logro importante en sí mismo, ya que crea el espacio político para un diálogo más amplio entre la sociedad civil y el Estado y, al mismo tiempo, compromete a los gobiernos a un discurso público que alienta las sanciones contra la violencia (véase en el recuadro 4-2 la experiencia de Perú). Aun así, en la mayoría de los países la transición desde la elaboración de los planes hasta su puesta en práctica parece ser problemática. Esto obedece en parte a restricciones

presupuestarias, pero, al mismo tiempo, estas dificultades tienen un trasfondo político. En Nicaragua, la Comisión Nacional de Lucha contra la Violencia hacia la Mujer, Niñez y Adolescencia realizó un proceso muy participativo de planificación para combatir la violencia basada en el género, que dio como resultado una propuesta ambiciosa e integral. No obstante, poco después de su aprobación la propuesta languideció a causa de la falta de recursos para ponerla en práctica. Un miembro de la Comisión expresó:

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

En otros países donde existe poca tradición de coordinación entre la sociedad civil y el Estado, e incluso entre las mismas instituciones estatales, conciliar las prioridades de los distintos sectores es en sí mismo un desafío considerable.

RECUADRO 4-1. EL PLAN NACIONAL PARA LA ATENCIÓN Y LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (PLANOVI) DE COSTA RICA

En 1994, un grupo de organismos públicos y no gubernamentales elaboraron un plan nacional para abordar la violencia intrafamiliar contra las mujeres en Costa Rica. El plan reflejaba la necesidad de contar con una política nacional que materializara el espíritu de la labor que durante muchos años habían realizado estos organismos para combatir el problema de la violencia contra las mujeres en este país. Después de mucho cabildeo, especialmente por parte de las organizaciones de mujeres, este plan se convirtió en el PLANOVI. En 1998, un decreto del Poder Ejecutivo estableció el PLANOVI como el sistema oficial del país para responder a la violencia contra las mujeres y los niños, exigido en la Ley contra la Violencia Doméstica de 1996. Este sistema es coordinado por el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) y está constituido por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, incluido el sector de la salud, que proporcionan servicios y apoyo a las mujeres afectadas por la violencia basada en el género.

Las metas del PLANOVI son:

- poner en práctica un sistema integrado para detectar la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar, prevenir la agresión y proporcionar atención a las personas afectadas para que puedan recuperarse y tener vidas más sanas libres de la violencia, y
- promover acciones para modificar los modelos socioculturales que alientan y justifican comportamientos violentos y para inspirar modos de vida no violentos, basados en el respeto por las diferencias individuales.

El PLANOVI es considerado un plan modelo por los países centroamericanos vecinos debido a su carácter intersectorial y su eficacia para coordinar la capacitación, la elaboración de materiales y el cabildeo bajo el liderazgo del INAMU.

RECUADRO 4-2. LA EXPERIENCIA DE PERÚ: LA MESA NACIONAL MULTISECTORIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

Por primera vez en Perú, ministerios nacionales, la sociedad civil y organismos internacionales han logrado establecer un enfoque coordinado y sostenible frente al problema de la violencia intrafamiliar y basada en el género, con la formación de la Mesa Nacional Multisectorial para la Atención Integral de la Violencia Familiar. Los miembros actuales incluyen los Ministerios de Salud, Educación, Justicia y del Interior, el Programa de la Mujer y para el Desarrollo Humano (PROMUDEH) y el Centro Flora Tristán, una organización no gubernamental. Otros organismos participantes (sin derecho a voto) son la OPS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La coordinación de la Mesa rota cada seis meses, lo cual brinda a todos los sectores la oportunidad de manejar el temario de la coalición.

En 1999, como resultado del proceso de investigación de la "Ruta Crítica", los ministerios y la Fiscalía de Perú firmaron un acuerdo nacional que movilizó la voluntad política en todos los niveles. El decreto también facilitó establecer un proceso para llegar a un consenso, que dio como resultado la formación de redes en distintos niveles y la coordinación de los servicios que responden a las necesidades de las mujeres peruanas que viven en situaciones de violencia.

La coordinación de los aportes y experiencias de los miembros ha conducido a una mayor calidad y eficiencia de los programas y políticas que abordan la violencia basada en el género. En consecuencia, la Mesa ha coordinado programas de capacitación para

los proveedores de servicios del sector de la salud y otros sectores y ha establecido una base nacional de datos que incluye información y otros antecedentes sobre estudios relacionados con el tema de la violencia.

El modelo de la Mesa Nacional ha sido reproducido en 18 departamentos y en muchas de sus respectivas comunidades. Durante este proceso, los diversos sectores han podido superar muchos obstáculos inveterados y trabajan juntos para apoyar y atender a las personas afectadas por la violencia. Las Mesas descentralizadas han despertado la conciencia de las comunidades acerca de la existencia de la violencia y han proporcionado incentivos para superar este problema. Sus esfuerzos han sido fortalecidos por la costumbre de compartir las lecciones aprendidas y las mejores prácticas entre las comunidades y departamentos.

A partir de 1997, una serie de comunidades iniciaron grupos de ayuda mutua para las mujeres afectadas por la violencia. Mediante las actividades coordinadas de sus Mesas, las instituciones miembros facilitaron la capacitación de los coordinadores de estos grupos en Lima, Cuzco y Piura, lo cual dio como resultado la formación de más de 40 grupos mixtos de hombres y mujeres, que implican aproximadamente 500 participantes al año, la mayoría de ellos mujeres.

A lo largo de este proceso, la OPS ha desempeñado una función de liderazgo en el establecimiento de consensos, la formación de grupos de trabajo de la Mesa y la creación de grupos de ayuda mutua en las comunidades.

Otro obstáculo es la frecuente coordinación deficiente entre las comisiones nacionales y las redes locales.

REFORMAS LEGISLATIVAS RECIENTES EN AMÉRICA CENTRAL

En los últimos 10 años se ha producido un importante movimiento de reforma de las leyes concernientes a la VBG, que ha sido en gran medida resultado de los esfuerzos de organizaciones de mujeres tanto nacionales como internacionales, como el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). El análisis jurídico crítico y los esfuerzos de cabildeo de estas activistas han sido cruciales para crear conciencia de las deficiencias de la legislación actual y la necesidad de reformas.

Otro factor contribuyente ha sido la proliferación de comisiones de mujeres en los organismos legislativos nacionales, que han promovido, a menudo mediante esfuerzos bipartidistas, reformas en áreas críticas. La OPS ha sido un agente importante para facilitar este proceso al dirigirse a mujeres parlamentarias, líderes políticos, asesoras de gabinete e, incluso, espacios políticos más amplios como el de RESSCAD (Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana) con el fin de intercambiar experiencias y definir temas de prioridad para la acción conjunta. Su presencia en los procesos nacionales de reforma dentro y fuera del sector de la salud forma parte de su función más amplia de defender el derecho de las mujeres a estar libres de la violencia.

Si bien la iniciación del proceso de reformas ha tenido raíces similares en los distintos países, el verdadero contenido de las leyes está determinado en gran medida por las circunstancias políticas específicas de cada nación. A menudo la capacidad de los movimientos sociales e, incluso, de las comisiones de mujeres, de influir en el contenido definitivo de las reformas

jurídicas es limitada. En ciertos casos se agregaron elementos nuevos a las leyes haciéndolas más discriminatorias hacia las mujeres, como la inclusión de una referencia a las “mujeres virtuosas” en la definición de los delitos sexuales de la Ley sobre la Violencia Doméstica de Panamá, o la adición de una cláusula que penaliza la “promoción” de la homosexualidad en la Reforma del Código Penal sobre Delitos Sexuales en Nicaragua. Si bien el contenido de las leyes contra la violencia doméstica varía según el país, existen algunas características comunes. Los logros más importantes de las reformas jurídicas han sido los siguientes:

- ➔ **el establecimiento de medidas de protección** (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Nicaragua);
- ➔ **la expansión del concepto de lesión**, de tal modo que el daño psicológico grave, como la depresión severa o el trastorno de estrés postraumático resultantes del maltrato, pueda ser considerado un delito penal (Nicaragua);
- ➔ **el reconocimiento de los vínculos familiares como una circunstancia agravante** en el caso de lesiones, lo cual justifica la aplicación de sanciones más severas, en lugar de más indulgentes (Nicaragua), y
- ➔ **la modificación de la condición de delitos sexuales y violencia conyugal a delitos públicos** y la ampliación de las definiciones, así como de las sanciones, para la violación y el incesto (Belice, Costa Rica, Honduras, Nicaragua y Panamá).

DEFICIENCIAS Y PROBLEMAS EN LA LEGISLACIÓN NUEVA

En la mayoría de los países, a pesar de que se han aprobado reformas todavía existen deficiencias importantes. Por ejemplo, si bien la legislación panameña contiene una serie de medidas importantes e innovadoras

concernientes a la prevención de la violencia, el tratamiento de las víctimas de maltrato y las sanciones a los agresores en general todavía son muy débiles en cuanto a ofrecer protección a las mujeres y a los niños maltratados. En otros países, las reformas jurídicas se han orientado básicamente a la protección y la prevención, como en Costa Rica, y se han introducido pocos cambios en el área de las sanciones. Belice y Nicaragua posiblemente tengan la legislación más progresista y completa en general, en cuanto a abordar aspectos vinculados con la prevención, la protección y la sanción. A continuación se presentan algunos ejemplos de deficiencias y contradicciones en la protección y las sanciones jurídicas para los agresores, que todavía existen en muchos países centroamericanos:

➤ **Muchas reformas legislativas no abordan los delitos sexuales (la violación y el incesto), que aún son considerados delitos privados.** En Guatemala, por ejemplo, esto implica que solo la víctima puede presentar cargos contra un agresor. Muchas mujeres, y en particular los niños, se muestran reacios a presentar cargos y, dada la falta de medidas de protección, puede ser muy peligroso para ellos hacerlo. Además, en muchos países la violación en el matrimonio no se considera un delito. En el caso del incesto y el maltrato conyugal, el temor o las presiones familiares a menudo impiden a las mujeres informar esos delitos o, una vez denunciados, con frecuencia se retiran los cargos posteriormente. Esto es considerado por las activistas de los derechos de la mujer en Guatemala una seria restricción:

“... 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 a 600 quetzales [entre US\$ 40 y \$90] y el agresor queda libre...”

—Miembro de la Comisión Nacional para la Prevención de la Violencia de Guatemala (CONAPREVI)

- **A menudo se pide a los testigos que corroboren el delito**, lo cual rara vez es posible en el caso del maltrato conyugal y la violación.
- **Los castigos por lesiones y delitos sexuales a menudo son muy poco severos**, y con mucha frecuencia pueden ser cambiados por un indulto del tribunal o multas mínimas.
- **En algunos países, como Honduras, se pueden hacer arrestos solo después de que se ha concluido una investigación judicial**, lo cual implica que la mujer que denuncia el maltrato conyugal debe esperar hasta dos días antes de que la policía pueda hacer un arresto, tiempo durante el cual el esposo agresor posiblemente continúe viviendo en la casa con ella.
- **La legislación que restringe el acceso de las mujeres a la propiedad familiar o que no garantiza la obligación de los hombres de proporcionar la manutención de los hijos hace que las mujeres mantengan relaciones de maltrato por razones de dependencia económica.** Un ejemplo de legislación progresista en este sentido es la de Honduras, donde, en el caso de separación de la propiedad común, la casa puede pertenecer al esposo, pero todo lo que hay dentro de ella pertenece por ley a la esposa.

APLICACIÓN DE LAS LEYES

Las reformas legislativas son solo el primer paso en la elaboración de estrategias eficaces contra la VBG. Es igualmente importante asegurar que el sistema jurídico aplique correctamente las leyes y que las mujeres y los niños tengan un conocimiento suficientemente adecuado del sistema jurídico para poder exigir que se salvaguarden sus derechos.

Esta es un área deficitaria en todos los países estudiados, donde en muchos casos los jueces



Cortesía OPS/OMS-Guatemala

*Maestras y estudiantes asisten
a un foro público sobre la prevención
de la violencia en Guatemala.*

y la policía tienen conocimientos escasos o incompletos de las leyes y, por varias razones, no las aplican apropiadamente. En muchos países todavía no están claros los procedimientos penales específicos que se deben seguir al aplicar las nuevas leyes. Además, parecen existir muchas dificultades en establecer una coordinación efectiva entre los sectores judicial y de aplicación de la ley, tanto en el ámbito local como nacional. A continuación se presentan ejemplos de algunas de las deficiencias encontradas:

- **Las interpretaciones de las leyes se basan a menudo en normas culturales que son tolerantes con respecto a la violencia contra las mujeres y los niños.** Por ejemplo, en Costa Rica, estar bajo la influencia de un “estado emocional violento” es considerada una circunstancia atenuante para los delitos de homicidio y

lesiones, y la experiencia jurídica en relación con la VBG ha demostrado que muchos jueces interpretan “los celos”, “las discusiones acaloradas”, el enojo y la infidelidad como causas legítimas de un estado de ese tipo.

Esto significa que, aun cuando se aprueben nuevas leyes que castiguen la VBG, es mucho más difícil cambiar la lógica con la que se aplican las leyes. En Nicaragua, los jueces de la Corte Suprema han mostrado sesgos en favor de los agresores en declaraciones públicas tales como “Si un hombre golpea a una mujer, ella debe haber hecho algo para merecerlo”, y “Un hombre que golpea a su esposa debe tener un buen motivo para hacerlo; seguramente ella hizo algo para provocarlo” (Ellsberg, Liljestrand y Winkvist 1997).

Esta creencia no es exclusiva de los jueces sino que impregna las actitudes y prácticas de otros funcionarios públicos, como los oficiales de policía, los defensores de los derechos humanos y los fiscales encargados de investigar y procesar los cargos de violencia. Esta mentalidad a menudo afecta el juicio sobre el carácter delictivo de un determinado acto, en especial cuando la única prueba es el testimonio de la víctima. Esto es especialmente crítico en el caso del abuso sexual infantil, donde la principal prueba por lo general es el testimonio.

- **Existe poca coordinación entre los tribunales de familia y los tribunales de derecho penal.** Cuando los hay, los tribunales de familia por lo general se encargan de pronunciar sentencias de protección, mientras que los tribunales de derecho penal tienen la misión de manejar los procedimientos penales contra los agresores. Esto significa que, en la práctica, las mujeres tienen que seguir procedimientos por separado para lo que constituye un acto delictivo, lo cual a su vez produce



Cortesía OPS/OMS-Ecuador

Las mujeres reciben información acerca de sus derechos civiles en Ecuador.

resultados contradictorios y desiguales. Al mismo tiempo, las mujeres normalmente reciben muy poca orientación que les ayude a comprender los procedimientos burocráticos requeridos para que se aborde su queja y poder utilizarlos con éxito.

➔ **Existe un riesgo de contradecirse en la aplicación del derecho de familia y la legislación contra la violencia doméstica.**

Los países centroamericanos recientemente han aprobado códigos de derecho de la familia que por lo común establecen como meta fundamental la preservación de la familia. El espíritu de esta legislación puede oponerse al de las leyes contra la violencia doméstica, cuya meta es proteger la integridad física y moral de los individuos dentro de la familia. En la práctica, esto significa que siempre que los jueces dictaminan conforme al principio de la unidad familiar, las mujeres se verán obligadas a permanecer con sus esposos agresores, en particular en los países donde no existen medidas eficaces de protección.

➔ **En Honduras y Panamá, las nuevas leyes establecen la posibilidad de que los agresores reciban “tratamiento curativo” en lugar de condenas a prisión.**

Hay gran controversia acerca de la eficacia del tratamiento psicológico breve para “curar” el comportamiento violento (este tema será tratado con más detalle en el capítulo siete). No obstante, otra restricción es que tanto el sistema de salud hondureño como el panameño actualmente no han establecido normas para el tratamiento de los agresores, ni cuentan con la capacidad necesaria para realizar programas de tratamiento en gran escala.

➔ **La mediación no es perdón ni reconciliación.** Otro problema común es el empleo de la mediación o de acuerdos extrajudiciales (fianzas de paz) para las

situaciones de violencia doméstica y sexual. La mediación se ha vuelto popular en muchos países como un medio de facilitar las soluciones en los delitos menores. Sin embargo, cuando se aplica en casos de violación o violencia doméstica puede ser contraproducente porque hay pocas normas o principios orientadores para realizar la mediación y, por lo tanto, los acuerdos están sujetos a la interpretación individual de cada oficial de policía o juez. En Guatemala, como explicaron las activistas indígenas de Cobán,

“... Los alcaldes auxiliares en las comunidades indígenas usan mucho la reconciliación como mediación, porque el objetivo es sostener la familia a toda costa...”

—Promotora de Cobán

Si bien en Nicaragua no está oficialmente permitido emplear la mediación en casos de delitos sexuales o de violencia, varios jueces reconocieron que se aplica frecuentemente. Una dificultad con la mediación es que supone que ambas partes están negociando en condiciones iguales; sin embargo, evidentemente este no es el caso cuando una mujer ha sido golpeada o violada por su pareja. Por consiguiente, los acuerdos resultantes de la mediación a menudo disfrazan la agresión. Por lo general son registrados como “disputas conyugales” en lugar de “agresiones” y, a cambio de que el esposo prometa no golpear a su esposa, a menudo se le pide a esta que prometa no provocar a su esposo y mantener el orden en la familia. La premisa errónea que sustenta esta solución es clara: implica que ambas partes son igualmente responsables, el esposo por ejercer la violencia y la esposa por provocarla. Como comentó una abogada nicaragüense:

“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 jueces se rehúsan a aplicar medidas de protección como las órdenes de restricción para el agresor, alegando que viola los derechos de este.

“... Si aplico las medidas de protección de la Ley 230, estoy violando el derecho de propiedad del agresor...”

—Juez, Nicaragua

➤ **La notificación obligatoria desalienta a los proveedores de servicios de salud de hacer preguntas concernientes a la violencia, por temor a involucrarse en casos judiciales.** En Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Panamá, las leyes establecen la obligación de los funcionarios públicos de notificar al sistema judicial cuando detectan casos de violencia familiar. Como resultado, el personal de salud se muestra reacio a hacer a las usuarias preguntas acerca de la violencia y registrar los casos identificados por temor a verse involucrados en casos penales.

➤ **En muchos casos, se exigen pruebas legales del maltrato aportadas por médicos forenses especializados, de los cuales hay muy pocos en América Central.** La OPS aboga por la modificación de las leyes para permitir que cualquier médico capacitado realice este examen. Bolivia aprobó recientemente una ley que permite esto y la Organización está trabajando con la Universidad Mayor de San Andrés, la universidad nacional, en la elaboración de un manual de capacitación en medicina legal para los estudiantes de medicina.

Los problemas antes mencionados tienen muchas consecuencias serias, pero las más importantes son que:

➤ **las mujeres tal vez sean más reacias a denunciar la violencia** porque piensan que no se puede hacer nada o por temor a represalias;

➤ **las mujeres y los niños pueden correr mayores riesgos** si se notifican actos de violencia cuando no existen medidas eficaces para protegerlos, y

➤ **la impunidad resultante de la falta de respuesta institucional** refuerza la creencia entre los hombres agresores de que les está permitido golpear a sus parejas y a sus hijos.

Como hemos visto en este capítulo, existe una mayor atención regional e internacional concentrada en la VBG como un problema de justicia social y una violación de los derechos humanos. Este hecho, combinado con el cabildeo y el compromiso, principalmente de los grupos de mujeres, con este tema, ha despertado la conciencia del público y de los políticos acerca de la necesidad de contar con políticas nacionales y reformas jurídicas para proteger a las mujeres y los niños de la violencia y proporcionarles instrumentos legales para reparar las injusticias cometidas contra ellos, ya sea por sus parejas o mediante el incesto o la violación. Sin embargo, no siempre son claros los cambios que se requerirán, ya que a menudo entran en conflicto con aspectos de la privacidad, prácticas de socialización y patrones culturales muy arraigados. El elemento esencial de este cambio serán las acciones innovadoras en la comunidad —el establecimiento de redes intersectoriales viables y la cooperación sostenida— apoyadas por un compromiso político nacional de eliminar todas las barreras posibles para la creación de una nueva cultura de respeto mutuo entre los hombres y las mujeres. Los ejemplos de Costa Rica, Perú y Ecuador (recuadros 4-1, 4-2 y 4-3, respectivamente) ilustran los diversos aspectos y posibilidades de este enfoque.

En los dos capítulos siguientes veremos cómo el sector de la salud, mediante su rostro humano —los trabajadores de salud—, puede desempeñar una función clave en la atención brindada a las mujeres afectadas por la violencia, y aumentar la visibilidad de la VBG mediante una mayor conciencia y la mejora de la capacitación y la notificación de los casos. 

RECUADRO 4-3. LA EXPERIENCIA DE ECUADOR: LAS COMISARÍAS ITINERANTES

En Ecuador, la violencia basada en el género es oficialmente reconocida como un problema de salud pública y de justicia social y en la Constitución del país está consagrado el derecho a una vida libre de violencia. Las comisarías itinerantes, unidades móviles de apoyo, ofrecen una respuesta innovadora a las mujeres afectadas por la violencia en zonas rurales o remotas donde el acceso a servicios jurídicos y de educación sanitaria es limitado o inadecuado. La principal función de estas comisarías “prestadas” por otras jurisdicciones es aumentar el conocimiento de la Ley 103 contra la Violencia a la Mujer y la Familia, aprobada por el Gobierno en 1995, reducir el riesgo de violencia basada en el género y proteger a las personas afectadas de la comunidad al permitir a las mujeres recibir asesoramiento social, psicológico y jurídico. Además, la coordinación entre los funcionarios locales y las comisarías visitantes, si bien carece de autoridad legal, facilita la creación de conciencia y la capacitación de las autoridades locales, los proveedores de servicios y la comunidad. Las actividades de las comisarías se realizan dentro de los centros de servicios jurídicos y de salud e incluyen:

- efectuar campañas e informar a las mujeres afectadas, los proveedores de servicios y la comunidad acerca de las leyes nacionales y los instrumentos jurídicos, en especial la Ley 103, y aumentar el acceso de las mujeres afectadas a los servicios jurídicos;
- divulgar información y opciones para las mujeres y familias afectadas por la violencia;
- aumentar el acceso de las mujeres afectadas

a la atención de salud y mejorar la calidad y sensibilidad de los servicios de salud que responden a los problemas de violencia intrafamiliar y basada en el género;

- introducir temas relacionados con la violencia intrafamiliar y la violencia basada en el género en los planes educativos básicos en la comunidad, y
- facilitar la difusión de los anticonceptivos de urgencia como una alternativa para los embarazos no deseados resultantes de violaciones.

Esta iniciativa aplica los derechos constitucionales garantizados a todos los ecuatorianos, en especial a las mujeres, de tener acceso a:

- información sobre sus derechos humanos y, en particular, sobre sus derechos sexuales y reproductivos y a una vida libre de violencia, como establece la Ley 103;
- servicios de salud de calidad que aborden la violencia intrafamiliar y basada en el género;
- servicios de las comisarías itinerantes sin importar la ubicación geográfica de la comunidad donde vivan, y
- participación en las actividades comunitarias relacionadas con la prevención y el control de la violencia.

Como resultado de esta estrategia, las comisarías han contribuido a lograr una mayor visibilidad de la violencia basada en el género en las comunidades de todo Ecuador. Los servicios de salud han estimulado la reproducción de esta estrategia, con un creciente énfasis en la importancia del fortalecimiento de los servicios jurídicos y psicológicos móviles.

Capítulo cinco

El sector de la salud: establecimiento de un enfoque integral

En este capítulo se destacan las más importantes experiencias adquiridas y las lecciones aprendidas por la OPS y sus colaboradores centroamericanos después de casi un decenio de trabajo en la elaboración de un enfoque integral de salud pública para abordar la violencia basada en el género. Este enfoque, examinado en el capítulo tres, incluye intervenciones en el macronivel (políticas y legislación), en el sector de la salud (políticas y servicios) y en la comunidad.

¿POR QUÉ LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO ES INVISIBLE EN EL SECTOR DE LA SALUD?

Las investigaciones internacionales sistemáticamente han mostrado que las mujeres que viven con violencia sufren una amplia gama de graves problemas físicos y mentales y recurren a los servicios de salud con más frecuencia que las mujeres no expuestas a maltrato. A pesar de esto, los registros médicos rara vez identifican la violencia como una razón para consultas médicas y, como confirmó el estudio de la “Ruta Crítica”, la mayoría de los proveedores de servicios de salud no considera que la violencia sea un problema importante en su trabajo (Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999).

Muchos estudios indican que las mujeres que viven situaciones de violencia rara vez revelan espontáneamente su situación al personal médico, aun cuando busquen ayuda para problemas relacionados con la violencia, como las lesiones físicas. Por su parte, los proveedores de servicios de salud muy pocas veces preguntan a las mujeres si han sufrido violencia, a pesar de que existan signos evidentes de maltrato. La situación descrita por una médica nicaragüense en el estudio de la “Ruta Crítica” es representativa de lo que sucede en la mayoría de los servicios de salud en América Central:

“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 una condición crónica al que se le da a una víctima de violencia.”

Como en los estudios de la “Ruta Crítica”, las mujeres entrevistadas por el equipo de evaluación ofrecieron explicaciones similares de su renuencia a hablar acerca del maltrato: se sienten avergonzadas de la violencia y piensan que el personal de salud no se interesará o preocupará por sus problemas.

“Pensé que había solo pocas personas que vivían de esta manera y que era algo vergonzante... Pensé que sería embarazoso para alguien descubrir que un hombre me estaba golpeando de ese modo.”
—Ellsberg et al. 2000

Otra barrera para revelar la violencia es el temor a represalias y penurias económicas:

“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 activista de San Cristóbal, Guatemala

En Guatemala, las mujeres indígenas expresaron su desconfianza en el sistema de salud en general, a causa de las experiencias de discriminación en sus tratos con personal de salud:

“La gente cree que el traje [indígena] nos hace tontas... [En el centro de salud] nos toca esperar más... Pasan al primer lugar a las ladinas y nos dicen: ‘Vos hacéte a un lado por favor’. Lo hacemos por el idioma y el temor a no expresarnos bien ante el personal de salud. Las enfermeras ladinas no tienen interés en nosotras.”
—Mujer activista de San Cristóbal, Guatemala

Los proveedores de servicios también describieron muchas barreras que les impedían preguntar a sus pacientes acerca de la violencia. Algunos pensaban que las mujeres se ofenderían por la pregunta o no sabrían cómo responder, o que ellos no tendrían tiempo ni recursos para tratarlas si revelaban que habían sufrido maltrato. Un médico salvadoreño describió sus primeras experiencias en la detección de la violencia de la siguiente manera:

“A veces le pregunto a una mujer sobre la 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?’.”

Los proveedores temen que tratar de detectar el maltrato agregará otra carga más a su ya excesivamente exigida capacidad. En la mayoría de los centros de salud, preocuparse por las mujeres víctimas de la violencia no es todavía parte del perfil profesional y no existen sistemas de información que les permitan justificar el tiempo dedicado a los casos de violencia.

Las actitudes de los proveedores acerca de la violencia también son configuradas por las normas culturales vigentes. Un estudio realizado entre proveedores de servicios de salud reproductiva por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) en tres filiales latinoamericanas encontró que las actitudes de muchos de esos proveedores expresaban que culpan a las mujeres por la violencia, en lugar de culpar a sus agresores. Más de la mitad de ellos sentían que algún comportamiento inapropiado de las mujeres provoca la agresión de sus parejas y casi la cuarta parte pensaba que las mujeres no abandonan las situaciones de violencia porque, hasta cierto punto, les gusta ser tratadas con violencia (Guedes et al. 2002).

Durante las entrevistas efectuadas para la evaluación del proyecto, muchas proveedoras de servicios de salud señalaron que habían experimentado la violencia ellas mismas. En la mayoría de las discusiones en grupos con ese personal, por lo menos una de las participantes manifestó que había sido golpeada por su pareja. Una enfermera nicaragüense describió su experiencia de la siguiente manera:

“Yo quería desahogarme, pero sentí un 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, que me hubieran expresado que no estaba sola... que me hubieran dicho: ‘¿Cómo te sentís? No es tu culpa... A mí me importa lo que te pasa’.”

Si bien en los grupos de discusión los participantes no mencionaron haber tratado con violencia a sus parejas, un estudio realizado por la OPS y el Ministerio de Salud de Nicaragua encontró que, en las entrevistas individuales con profesionales de la salud, varios médicos reconocieron haber actuado en forma violenta con sus parejas y varias mujeres revelaron que habían sido víctimas de maltrato. Este estudio, efectuado en Nicaragua por la Asociación de Hombres contra la Violencia, señaló:

“Los trabajadores de salud —médicos, enfermeros, higienistas— antes que profesionales son hombres. Como tales, no escapan a la socialización machista inculcada a todos los hombres por su entorno.”
—Ministerio de Salud, Nicaragua, 2001

Transformar la cultura del silencio y la complicidad que rodean a la VBG es por lo tanto el desafío primordial que afronta todo esfuerzo de influir en las políticas y programas de salud.

ENFOQUE INTEGRAL DE LA OPS PARA ABORDAR LA VIOLENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA

Dada la carencia de experiencias internacionales pertinentes para orientar la integración de la VBG en las políticas y programas de salud, la OPS y las organizaciones aliadas han elaborado un enfoque integral en América Central, como se describió en el capítulo tres. Utilizando los resultados de la investigación de la “Ruta Crítica” como punto de partida, se está adaptando y aplicando este enfoque en cada país, integrado en el trabajo de los grupos locales interesados, sobre la base de una evaluación minuciosa de las realidades nacionales y locales.

En este sentido, en lugar de promover un modelo universal para abordar la violencia intrafamiliar y basada en el género, las características más sobresalientes del enfoque de la OPS han sido la flexibilidad y el respeto por las experiencias locales. El proyecto ha buscado fortalecer los procesos ya en marcha

en cada país y alentar la adopción de un conjunto básico de principios orientadores mediante la colaboración técnica, reuniones internacionales e intercambios entre los países. Por ejemplo, el modelo de prevención de la violencia en Honduras se basa en el establecimiento de 13 Consejerías de la Familia (CF), que son servicios de orientación para las familias situados en los centros regionales de salud de todo el país. Cada CF tiene por lo menos un trabajador social y psicólogo y proporciona orientación individual y en grupo a las víctimas de la violencia, además de realizar actividades de capacitación y prevención para los trabajadores de salud y las promotoras de la comunidad. El Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud de Honduras dirige las CF. En contraste, la piedra angular del modelo de prevención de la violencia en Nicaragua son las Comisarías de la Mujer y la Niñez, dirigidas por la Policía Nacional. En cada ciudad donde existe una Comisaría, los servicios locales de salud participan en una red de apoyo amplio de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

A pesar de las diferencias nacionales, el proyecto de la OPS ha patrocinado una serie de actividades comunes en cada país, así como conferencias internacionales e intercambios entre los países, con el fin de estimular la coherencia a nivel subregional.

Esas actividades son:

- la formulación de políticas nacionales que reconozcan la violencia como un problema de salud pública y describan someramente los principios básicos para atender a las víctimas de la violencia en un marco basado en los derechos humanos y el género (véase el ejemplo del enfoque de Costa Rica en los recuadros 5-1 y 5-3);
- la redacción de normas y protocolos que definan el tipo de atención que se debe ofrecer, quién debe ofrecerla y cómo, así como la definición de mecanismos para vigilar las actividades;
- la elaboración de planes de capacitación del personal sobre el empleo de las normas;
- la creación de grupos de apoyo para las sobrevivientes de la violencia;
- la promoción de la participación de los hombres en las actividades de prevención de la violencia;
- el establecimiento de un sistema de información que permita el seguimiento de los informes de casos de VBG a través de todo el sistema de salud;

Las clínicas que ofrecen atención a las mujeres que sufren maltrato, como esta en Ecuador, pueden desempeñar la función crucial de reforzar la autoestima y el valor de sus usuarias para continuar en su "Ruta Crítica", simplemente al proporcionar un entorno seguro donde las mujeres puedan ser escuchadas, tengan la certeza de que no están solas y no son culpables, y reciban orientación sobre cómo protegerse a sí mismas.



- la creación de conciencia en la comunidad con el fin de promover modos de vida no violentos, y
- el establecimiento o el fortalecimiento de redes comunitarias para coordinar los servicios y las actividades de prevención de la violencia.

En cada país del proyecto se seleccionó inicialmente por lo menos una comunidad para ensayar el enfoque integral. Durante la segunda etapa del proyecto, más de 150 comunidades de toda la subregión adoptaron el enfoque. En algunos países ha sido posible obtener otros recursos nacionales e internacionales con el fin de ampliar el proyecto para incluir más zonas geográficas. En las secciones siguientes se describen algunos de los principales logros y desafíos encontrados por el equipo de evaluación del proyecto en relación con las políticas y normas para abordar la VBG.

POLÍTICAS DEL SECTOR DE LA SALUD PARA ABORDAR LA VBG: ¿CUÁN IMPORTANTES SON?

Uno de los primeros objetivos del proyecto de la OPS era alentar a los ministerios de salud de los países colaboradores a adoptar políticas explícitas que abordaran la VBG. En la actualidad, todos los países cuentan con

LECCIONES APRENDIDAS

El establecimiento de una política específica para el sector de la salud que describa la función de los proveedores de servicios al abordar la violencia es un paso fundamental hacia la institucionalización de los programas contra la violencia y la creación de conciencia en el personal.

No obstante, no es suficiente formular políticas apropiadas sobre la violencia para el sector de la salud: es igualmente importante difundirlas tanto como sea posible entre los trabajadores de salud y la población en general, de tal modo que el sector de la salud pueda ser considerado responsable de la ejecución de las políticas.

un tipo de declaración política nacional concerniente a la violencia intrafamiliar o la violencia contra las mujeres. En ciertos casos se establecieron las políticas mediante decretos ministeriales específicos (Nicaragua), y en otros países las reformas legislativas relacionadas con la violencia sexual e intrafamiliar estipulan la función del sector de la salud en la prevención de la violencia. En El Salvador no había ninguna política específica de salud relacionada con la VBG en el momento de la evaluación; en cambio, estaba incluida en la política específica que orienta la atención integral a las familias. En Guatemala, la violencia intrafamiliar se aborda en un subprograma incorporado en el de salud mental.

Por lo común, las políticas son bastante generales y simplemente declaran que:

- la violencia sexual y física contra las mujeres y los niños es un serio problema de salud pública;
- los servicios de salud deben prestar atención básica a las víctimas de la violencia, y
- los proveedores deben coordinarse con otras instituciones estatales y organizaciones no gubernamentales con el fin de asegurar un enfoque integral de la atención a las víctimas y en las actividades de prevención de la violencia.

Las políticas nacionales sobre la violencia son instrumentos estratégicos potenciales para estimular una mayor sensibilidad acerca del problema en los proveedores de servicios de salud y los directores de programas, y para forjar una conciencia colectiva entre el personal de que la violencia es un problema importante de salud pública que debe ser abordado por todos los proveedores. Sin embargo, en muchos países que cuentan con políticas de salud relacionadas con la VBG, las políticas no han sido ampliamente divulgadas y existe todavía un gran contingente de trabajadores de salud que no las conocen.

¿CUÁL ES LA UBICACIÓN MÁS ESTRATÉGICA DENTRO DEL SECTOR DE LA SALUD PARA LOS PROGRAMAS CONTRA LA VBG?

La experiencia de los programas centroamericanos indica que la ubicación del programa de VBG dentro del sector de la salud puede tener un profundo impacto en su aplicación. Desde una perspectiva de las políticas, es estratégico que el programa esté ubicado en un nivel de organización suficientemente alto para que pueda influir en la planificación general y en las reformas del sector de la salud. En Costa Rica, e inicialmente en Nicaragua, los programas contra la VBG han sido manejados por la División de Planificación del Ministerio de Salud. Esta ubicación puede resultar estratégica para llevar el perfil de la VBG al plano nacional y estimular la coordinación interprogramática. No obstante, como en general los departamentos de planificación no están estrechamente vinculados con los servicios hospitalarios y de atención primaria, puede ser más difícil integrar los servicios para la VBG a programas que están dentro de otras divisiones ministeriales, como los programas de salud mental y de salud reproductiva.

En la mayoría de los países del proyecto, los programas contra la VBG y la violencia intrafamiliar están ubicados dentro de los programas nacionales de la salud de la mujer, salud maternoinfantil o salud reproductiva (Belice, El Salvador, Nicaragua y Panamá) o dentro de los programas de salud mental (Guatemala y Honduras). Como la violencia basada en el género afecta a muchos aspectos diferentes de la vida de las mujeres, lo ideal es que las intervenciones para prevenir la violencia y mitigar el daño que causa tengan una esfera de acción tan amplia como sea posible. Por ejemplo, la experiencia de la OPS indica que la inclusión de los programas relacionados con la VBG en los programas nacionales de salud reproductiva puede facilitar la integración de los servicios relacionados con la VBG en los servicios básicos de salud reproductiva, como los de atención prenatal y planificación familiar, además de permitir su expansión por toda la red de atención primaria de salud.

LECCIONES APRENDIDAS

La ubicación de la coordinación de los programas para la atención a los casos de violencia intrafamiliar o basada en el género en las áreas de los servicios de salud de la mujer y de salud reproductiva facilita la integración transversal en otros programas y servicios.

Por otra parte, la experiencia en Guatemala ejemplifica los retos de abordar la VBG cuando el programa está ubicado dentro de los servicios de salud mental. En un momento, el programa contra la violencia intrafamiliar en Guatemala estaba ubicado en la división de salud maternoinfantil del Ministerio de Salud Pública. A causa de una reorganización ministerial, el programa fue interrumpido y solo recientemente ha resurgido dentro del Departamento de Salud Mental. A pesar de los esfuerzos realizados por esta división para reconstruir el programa, algunas autoridades reconocen que el cambio lo ha debilitado. “El de salud mental es un programa virtual,” comentó el director de uno de los distritos de salud más grandes de Guatemala, que no tiene ni un solo psicólogo. También en Honduras, donde el tratamiento de la VBG es del ámbito exclusivo de las Consejerías de la Familia, la integración del programa que aborda la VBG en los programas de salud maternoinfantil y otros ha afrontado desafíos similares a causa de las restricciones impuestas por la estructura institucional.

Por el contrario, existen servicios de salud reproductiva, como los de planificación familiar y atención prenatal, en todo el sistema de salud, aun en los puestos de salud más pequeños. En general también se cuenta con apoyo técnico y supervisión del programa a nivel de distrito. En consecuencia, la integración de la atención de la VBG en forma transversal en programas de salud reproductiva hace posible extender en forma más amplia los alcances del programa con relativamente poca inversión adicional.

RECUADRO 5-1. PRINCIPIOS PARA ORIENTAR LA ATENCIÓN A LAS SOBREVIVIENTES DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

- La violencia intrafamiliar es un serio problema que afecta la salud física, psicológica y sexual de las personas que la sufren y la de su familia, y que incluso puede conducir a la muerte.
- La violencia intrafamiliar es un crimen que tiene repercusiones legales; en consecuencia, debe tratarse de manera oportuna y efectiva.
- La violencia intrafamiliar es una responsabilidad de toda la sociedad así como un problema de salud pública y de derechos humanos.
- La violencia es responsabilidad de quien la comete, no de la víctima.
- La violencia es un comportamiento aprendido y, por consiguiente, puede ser "des aprendido".
- Nada justifica la violencia intrafamiliar.
- Las personas tienen derecho a vivir en condiciones que permitan su desarrollo integral y el respeto de sus derechos.
- Todos los individuos, sin importar el sexo, la edad, la religión, el nivel económico, la orientación sexual, la nacionalidad y las opiniones políticas, deben ser atendidos cuando solicitan servicios por problemas de violencia intrafamiliar.
- Todos los individuos que sufren o han sufrido violencia intrafamiliar tienen derecho a servicios y recursos que garanticen su seguridad personal y la confidencialidad.
- Todas las intervenciones deben ser realizadas de tal modo que se respeten los derechos de los individuos y se faculte a estos para tomar sus propias decisiones.

Ministerio de Salud, Costa Rica

RECUADRO 5-2. DOS ESTRUCTURAS DE ORGANIZACIÓN PARA UBICAR LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE VBG Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

	<u>Salud mental</u>	<u>Salud reproductiva</u>
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor respuesta institucional en unidades con recursos especializados 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor coordinación con otros programas - Posibilidad de proporcionar atención básica sin contar con especialistas en salud mental - Más vínculos con servicios para atender a mujeres en alto riesgo
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> - La escasez de recursos de salud mental en la mayoría de los países hace más difícil aumentar las actividades - Es más difícil la coordinación con otros programas 	<ul style="list-style-type: none"> - Un grado más limitado de respuesta (intervención en las crisis, orientación básica y envío de las víctimas a otros servicios)

LECCIONES APRENDIDAS

La coordinación interprogramática es esencial para que los programas contra la violencia puedan ser integrados transversalmente en programas clave de salud y para asegurar la sostenibilidad de los programas contra la violencia.

Además, como existen servicios de salud reproductiva en casi todas las instalaciones de salud, no importa cuán modestas o complejas sean, la integración de la atención de la VBG en estos servicios básicos también aumenta la calidad de la atención en general en estos programas. Por el contrario, los servicios de salud mental por lo común son escasos y se los encuentra solo a nivel regional o en clínicas especializadas para el envío de pacientes y, por lo tanto, pueden responder únicamente a una proporción pequeña de las mujeres que viven en la violencia.

LA COORDINACIÓN INTERPROGRAMÁTICA ES FUNDAMENTAL

Dondequiera que esté situado el programa de VBG, es esencial la coordinación interna entre programas clave de los ministerios de salud involucrados en la prevención de la violencia (por ejemplo, los de salud mental, salud reproductiva, planificación, vigilancia epidemiológica, etc.).

Sin embargo, en la mayoría de los países estudiados, con excepción de Costa Rica y Panamá, es débil la coordinación interprogramática. Esto conduce a dificultades en poner en práctica normas contra la violencia y a contradicciones en los enfoques usados por los distintos programas dentro del mismo ministerio. Por ejemplo, en algunos ministerios cada división tiene un sistema diferente para registrar la información sobre la violencia, con el resultado de que los datos reunidos en todo el ministerio no son comparables entre sí.

CON NORMAS O SIN ELLAS...

Las normas y protocolos que describen las responsabilidades específicas y las tareas que debe realizar el personal de salud en relación con la violencia son otro paso hacia lograr la uniformidad y la sostenibilidad de estos programas. Es importante que todas las personas clave, como los proveedores de servicios, los directores de programas de otras divisiones ministeriales involucradas, otras instituciones que se coordinan con los servicios de salud (institutos de medicina forense, la policía, etc.) y representantes de ONG, participen en la elaboración, validación y aplicación de estas políticas de servicio con el fin de asegurar que sean apropiadas y viables.

El Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS proporcionó cooperación técnica a cada uno de los países del proyecto en la elaboración de normas y protocolos nacionales para abordar la violencia. No obstante, en algunos países han pasado años antes de que las normas fueran aprobadas oficialmente. Hasta el momento se han aprobado normas en Belice, Costa Rica, Panamá y, recientemente, en Nicaragua, mientras que todavía está pendiente la aprobación en El Salvador y Honduras.

En Guatemala, las pautas para abordar la violencia intrafamiliar fueron incluidas en las normas para la atención a adolescentes y de salud mental. Sin embargo, es algo limitado el alcance de estas normas ya que no están incluidas en otros programas importantes, como los de salud reproductiva.

LECCIONES APRENDIDAS

En general, el hecho de contar con normas y protocolos aprobados oficialmente contribuye a asegurar la calidad de la atención y también facilita la ampliación de las experiencias piloto.

La aprobación de normas y protocolos garantiza la calidad de la atención a las víctimas de VBG y violencia intrafamiliar en los servicios de salud. Además, esas normas y protocolos permiten la evaluación de los servicios.

RECUADRO 5-3. EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN COSTA RICA: ASPECTOS FUNDAMENTALES**Las metas de las intervenciones vinculadas con la violencia intrafamiliar son:**

- proteger a las víctimas de la violencia intrafamiliar;
- fortalecer la capacidad del personal para tomar decisiones y resolver problemas;
- contribuir a la sanación de los efectos de la violencia, y
- prevenir nuevas situaciones de violencia en el futuro.

La atención integral a la violencia intrafamiliar debe incorporar las siguientes características:

- atención de calidad, accesible, continua, eficiente, eficaz, apropiada, confiable, confidencial y segura, que garantice la integridad individual de todas las personas afectadas;

- atención para las víctimas de distintos tipos de violencia, dentro y fuera de la familia, así como para los testigos de la violencia;
- énfasis en cambiar el ciclo de violencia;
- mecanismos para el registro sistemático y el análisis de la situación de los individuos y las familias afectados por la violencia intrafamiliar, y
- capacidad de lograr los componentes anteriores dentro de un sistema de vigilancia permanente local, regional y nacional.

Ministerio de Salud, Costa Rica

En los países donde aún no han sido aprobadas normas y protocolos, esto constituye un serio obstáculo para la expansión y la sostenibilidad de los programas contra la VBG. El programa de la OPS preveía que las experiencias piloto en cada país servirían como un laboratorio para la elaboración de políticas y normas nacionales y facilitarían extender el enfoque a otras zonas geográficas. En los países donde las normas relacionadas con la VBG han sido aprobadas pero no institucionalizadas, el proyecto se ha visto forzado a continuar capacitando al personal de salud y expandiendo la atención y los servicios a nuevas regiones en ausencia de pautas oficiales. Los trabajadores de salud consideran que esta es una restricción importante ya que implica que se deja la atención a sobrevivientes de la violencia a discreción del personal individual, sin el beneficio de un protocolo claro que detalle cómo se debe efectuar la detección, la atención y el envío de casos. Además, si no hay protocolos, es más difícil lograr uniformidad en la calidad de la atención o evaluar el desempeño de los profesionales.

Otro reto que afrontan los proveedores de servicios de salud es la elevada rotación de personal en el sector de la salud. Esto significa que, aun cuando se haya realizado la capacitación en relación con la VBG, el personal nuevo tal vez carezca de la experiencia y habilidades necesarias para prestar servicios a las víctimas de la violencia. Sin esa capacitación, se puede poner en peligro la seguridad y la confidencialidad de la atención. La existencia de normas, protocolos y supervisión permanente ayudaría a minimizar ese riesgo.

No obstante, en los procedimientos ordinarios cotidianos de los centros y puestos de salud, con o sin normas y protocolos, el personal de salud ha atendido y continúa atendiendo a las víctimas y sobrevivientes de la violencia intrafamiliar. En muchos lugares han encontrado soluciones creativas para superar las restricciones causadas por la ausencia de normas, en muchos casos motivados por su propio compromiso personal y el simple deseo de ayudar a otras personas.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Una de las estrategias fundamentales para crear conciencia en el sector de la salud acerca de la VBG es efectuar la sensibilización y la capacitación técnica del personal de salud en todos los niveles.

El equipo de evaluación encontró una gran variación en los distintos países en cuanto a las estrategias usadas para capacitar al personal. Algunos capacitaban a todo el personal de determinadas unidades de salud. La ventaja de este método es que crea un entorno de mayor apoyo para los problemas de VBG dentro del centro y motiva a todo el personal, incluido el administrativo, a colaborar en la identificación de personas que son víctimas de la violencia. En otros países, la capacitación ha sido más restringida, por ejemplo solo para el personal de programas de salud mental o de salud de la mujer. Si bien este enfoque puede generar una mayor cobertura de la VBG por los centros de salud en general, es más difícil lograr un efecto sobre la calidad de la atención prestada a las personas que viven con violencia cuando solo se capacita a relativamente pocos miembros del personal en cada centro. En Honduras, por ejemplo, la capacitación ha sido realizada únicamente entre el personal de los centros de salud donde están situadas las Consejerías de la Familia. El principal propósito de esta capacitación es estimular al personal a enviar a los pacientes a los consejeros.

Dada la complejidad de la VBG y de la atención a sus víctimas, hay que establecer distintos niveles de capacitación y aplicarlos en forma estratégica. En este sentido, existe cierta confusión con respecto a los términos **sensibilización, capacitación y especialización**. Como 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 cómo atender a las mujeres que sufren violencia intrafamiliar.”

No hay duda de que la capacitación extensa del personal de salud apoyada por el proyecto de la OPS ha dado como resultado un considerable incremento de la identificación de casos, ya que el personal confía más en su capacidad de detectar la violencia y ofrecer apoyo a las mujeres.

Además de la capacitación general de los proveedores de servicios, también es importante incluir una capacitación especializada, como la orientada a los procedimientos de medicina forense. Otro ejemplo es la capacitación efectuada por la OPS con el proyecto SAREM en Nicaragua, patrocinado por el Gobierno de Finlandia, para capacitar a los psicólogos y psiquiatras en los procedimientos para tratar el abuso sexual de menores.

La capacitación de instructores es importante para asegurar la sostenibilidad, especialmente en las áreas de los ministerios de salud donde es constante la rotación de personal. Además del personal de salud, en algunos casos también han sido capacitadas como instructoras consultoras de las ONG de mujeres.

El empleo de materiales de capacitación ya ensayados y eficaces es importante; hay muchos disponibles en toda América Latina y se los enumera al final de este libro en la sección de recursos relacionados con la VBG. En Costa Rica, dentro del marco del PLANOVI (véase el recuadro 4-1), se elaboró un conjunto de módulos, titulado *Sentir, pensar y enfrentar la violencia intrafamiliar*, para capacitar al personal en la identificación y el apoyo a las mujeres que viven con violencia. Se han utilizado y adaptado estos módulos en otros países centroamericanos para capacitar al personal de salud y de otros sectores. En Guatemala y Perú se han preparado paquetes innovadores de capacitación que incorporan una dinámica participativa adaptada a la realidad de cada país. En Nicaragua, muchos centros regionales de salud han utilizado una guía de capacitación para el personal de salud elaborada por la Red de Mujeres contra la Violencia.

Un aporte significativo en todos los países estudiados ha sido la ampliación de la cobertura de la capacitación para incluir a otros actores sociales: oficiales de policía, jueces, representantes de grupos de mujeres y maestros. Este ha sido un factor importante para estimular la coordinación intersectorial del proyecto. Un ejemplo de esta labor es un módulo sobre la violencia intrafamiliar y basada en el género, aplicado en varias escuelas de salud pública y de enfermería en gran parte de América Central.

También se han creado módulos educativos sobre la violencia en las academias de policía y las fuerzas armadas de algunos países, con el apoyo del Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente (ILANUD).

Otro método innovador para intercambiar experiencias y promover “mejores prácticas” es el aplicado en Estelí, Nicaragua. El centro de salud y el comité contra la violencia han creado allí un centro regional de capacitación, donde el personal de salud y los activistas comunitarios de otras partes del país pueden participar en breves pasantías para recibir capacitación práctica en la atención a víctimas de la violencia intrafamiliar. Tal vez el aspecto

más valioso de esta experiencia sea que el personal visitante pasa tiempo no solo en el centro de salud sino también en la Comisaría de la Mujer y la Niñez y con las ONG locales que abordan el problema de la violencia. Como resultado, además de los aspectos clínicos de la atención a las víctimas de la violencia los participantes aprenden cómo organizar las redes comunitarias para la prevención. El proyecto ha obtenido apoyo de otras fuentes, como el proyecto PROSILAIS, patrocinado por el Gobierno de Suecia, lo cual contribuye a la sostenibilidad financiera de las redes locales. Esta experiencia podría repetirse fácilmente en otras instalaciones de salud que tengan unidades especializadas de atención, como las Consejerías de la Familia en Honduras o la Policlínica de Barrio Lourdes en El Salvador.

Si bien en el proyecto de la OPS se ha hecho hincapié en la sensibilización y la capacitación, las entrevistas con muchos integrantes del personal de salud indicaron que la calidad de la capacitación era dispareja en los países y en diferentes zonas dentro del mismo país. En general había acuerdo en que se requerían más esfuerzos para elaborar planes estandarizados de capacitación que pudieran ser adaptados para el empleo en toda la subregión centroamericana.

LECCIONES APRENDIDAS

Es importante capacitar a todo el personal de salud en la detección de las mujeres que sufren violencia y en la atención básica a esas mujeres. Esto crea un entorno favorable para que las mujeres puedan ser identificadas y enviadas para recibir atención por cualquier programa dentro del centro de salud.

La capacitación debe incluir análisis de temas relacionados con la equidad de género y debe proporcionar a los participantes no solo información técnica sino también la oportunidad de examinar sus propias experiencias y creencias.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y DE VIGILANCIA DE LA VIOLENCIA: LO QUE NO SE REGISTRA NO EXISTE

La recopilación de datos sobre la violencia dentro del sector de la salud es fundamental para demostrar que la violencia basada en el género es una importante causa de morbilidad y mortalidad. Además, la recolección de datos proporciona conocimientos muy necesarios sobre posibles factores de riesgo y de protección, que a su vez permiten a los directores de los programas mejorar la calidad de las intervenciones y de las políticas. Como observó un capitán de policía en Chinandega, Nicaragua:



Cortesía OPS/OWS-Belize

Trabajadoras de desarrollo comunitario analizan problemas de violencia intrafamiliar con escolares en una aldea de Belice.

“Con la atención y los informes de la Comisaría estamos demostrando que la inseguridad es más evidente en las casas y que ahí está el problema.”

Al pasar los años, el proyecto de la OPS ha recalcado la necesidad de establecer sistemas de registro de la violencia en los ministerios de salud y otros sectores para vigilar y orientar las intervenciones.

En todos los países del proyecto existe el compromiso de documentar los casos de violencia, aun cuando subsisten muchos desafíos en cuanto a la forma de hacerlo. Cada centro piloto de salud ha establecido algún tipo de sistema de registro para efectuar el seguimiento de los casos de violencia, pero hay poca coherencia. Los formularios usados para notificar los casos de violencia son diferentes en los distintos países y aun en regiones diferentes de un mismo país (en particular en El Salvador y Nicaragua).

Los proveedores que atienden a las mujeres y familias que viven con violencia están ansiosos de contar con un sistema de registro, en parte con el propósito de aumentar la legitimidad de las actividades encaminadas a abordar el problema y también para que esas actividades puedan ser incluidas en la evaluación del desempeño del personal. Los proveedores se sienten presionados, por una parte, por el deseo de proporcionar atención de calidad y, por otra, por la necesidad de alcanzar los objetivos de productividad exigidos por los servicios de salud. Otra preocupación expresada fue la necesidad de asegurar que,

una vez reunidos esos datos, también existan sistemas para su análisis y utilización.

En El Salvador y Nicaragua, los trabajadores de salud llenan formularios de registro y los envían a oficinas regionales más grandes, donde por lo general quedan “atorados” y no son remitidos a las oficinas nacionales de información. En Honduras, los formularios llenados por las Consejerías de la Familia se envían directamente al Departamento Nacional de Salud Mental. Como este sistema no pasa por la oficina nacional de estadística de la Secretaría de Salud, los datos no son incluidos en las estadísticas nacionales de los servicios de salud ni en el sistema de vigilancia epidemiológica.

Este es un problema generalizado que afecta no solo a los programas relacionados con la violencia sino también a otros programas de salud, como los de control de la malaria o el dengue. Si bien hay deficiencias generales en el flujo de la información de salud, en el caso de la violencia el problema parece ser particularmente arduo.

Se han establecido sistemas nacionales de vigilancia de la violencia en Belice y Panamá, donde se reúne información uniforme en varias instituciones (comisarías, institutos de medicina forense, centros de salud y hospitales, etc.) para ser analizada a nivel central. En el momento de la evaluación del proyecto de la OPS, se habían elaborado propuestas para el seguimiento de los casos de violencia en Costa Rica, El Salvador y Nicaragua, pero todavía no habían sido puestas en práctica. Un signo alentador de una mejor vigilancia de la violencia es la creciente aceptación de la Décima Revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10) por parte de los estadígrafos. La CIE-10, actualmente en uso en Belice, Costa Rica, Nicaragua y Panamá, permite agregar al sistema de seguimiento códigos adicionales para lesiones y enfermedades, que indiquen que la violencia fue una causa contribuyente. No obstante, en El Salvador y otros países, en las estadísticas nacionales se registran solo las causas básicas de las

LECCIONES APRENDIDAS

Los sistemas de vigilancia de la violencia deben reunir como mínimo información que identifique el tipo de violencia (por ejemplo, física, sexual o psicológica), el sexo y la edad de la víctima, así como la edad y la relación del agresor con la víctima.

enfermedades y lesiones, de tal modo que, aun cuando se usen los códigos de la CIE-10 para los casos de violencia, tal vez no siempre aparezcan en los informes nacionales.

Un problema es que la información resultante de los sistemas de vigilancia no es uniforme en los diversos países. Algunos países informan solo sobre el tipo de violencia sin incluir información sobre la edad y el sexo de la víctima, o la relación de esta con el agresor. En otros casos se reúnen enormes cantidades de datos sobre las características de los hechos violentos, así como sobre las víctimas y los agresores, pero la información no es consolidada ni posteriormente utilizada. En los casos en que se procesan los datos, a menudo se los presenta en una forma que es difícil de interpretar (por ejemplo, presentar datos sobre el sexo o la edad de las víctimas, pero no ambos tipos de datos, o no hacer distinciones entre las características de las víctimas de abuso sexual infantil y las que sufren violencia infligida por sus parejas).

Como resultado, a pesar de los numerosos logros del proyecto de la OPS, actualmente no es posible comparar las estadísticas de los distintos países de la subregión centroamericana. En un seminario efectuado en 2001 con representantes de los ministerios de salud de las siete naciones, se llegó a la conclusión de que era una prioridad urgente elaborar un conjunto de variables e indicadores básicos para todos los países. Se consideró que los datos que identifican el tipo de violencia (física, sexual o psicológica), el sexo y la edad de la víctima de la violencia, y la edad y la relación del agresor con la víctima constituían información básica que debe ser incluida en todo sistema de registro.

Una preocupación final del equipo de evaluación fue que, en todos los países donde hay sistemas de registro, la utilización de la información parece ser limitada. Si bien se reúnen datos y se los envía a las autoridades regionales y nacionales, hay poco análisis de la información o retroalimentación a los centros de salud para los propósitos de la planificación local.

SIN INTERVENCIONES APROPIADAS, NO HAY NADA QUE REGISTRAR

Una deficiencia importante encontrada en varios de los países incluidos en la evaluación fue que a menudo se establecieron los sistemas de información para el seguimiento de los casos de violencia independientemente de las normas y protocolos para su tratamiento, por lo cual había muy poca coordinación entre los dos procesos. En ocasiones, se crearon sistemas complejos para registrar y analizar las estadísticas concernientes a la violencia aun antes de que se hubiera capacitado a los proveedores de servicios para identificar y tratar a las víctimas de maltrato. No sorprende entonces que virtualmente no se detectara ningún caso de violencia. En estas circunstancias, el establecimiento de sistemas de información puede ser contraproducente porque da la falsa impresión de que la violencia no es un problema importante. Además, los expertos han advertido que el personal no capacitado puede causar un daño adicional a las mujeres al preguntar acerca de la violencia en forma insensible o culpando a la víctima.

“Poniendo en práctica el sistema de vigilancia identificamos la necesidad de contar con protocolos específicos para la atención de la violencia intrafamiliar. De otra forma, no habría información que registrar.”

—Ministerio de Salud Pública, Belice

SISTEMAS UNIFICADOS DE INFORMACIÓN Y NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

En Belice, Guatemala y Panamá se está elaborando un solo sistema de registro para ser usado por los profesionales de todos los sectores que entren en contacto con víctimas de la violencia, como los ministerios de salud, los organismos de aplicación de la ley, el sistema judicial y las ONG. El sistema también incluye los informes de los médicos forenses. En Belice, el Ministerio de Salud Pública es responsable de consolidar, procesar y analizar los datos provenientes de esos sectores y de informarlos después a los otros ministerios pertinentes. En Panamá, la información es enviada al Instituto de Medicina Legal.



Cortesía OPS/OMS-Honduras

Los niños son los miembros de la sociedad más desprotegidos, en particular cuando se trata de la violencia intrafamiliar. Este grupo de niños hondureños participa en una marcha para crear conciencia del problema.

El equipo de evaluación descubrió que la diferencia entre llenar un formulario de registro y preparar un informe legal sigue siendo un aspecto complicado en muchos casos. Lo ideal del propósito es recolectar información estadística, no poner en marcha un caso penal. Sin embargo, en Panamá y en el sistema propuesto para Guatemala la información es preparada para ir automáticamente al sistema judicial, equiparando el llenado del formulario de registro a la preparación del informe. En estos dos países, por ley se exige informar los casos de violencia a las autoridades judiciales. En la mayoría de los demás países centroamericanos se exige

a los proveedores de servicios de salud informar solo los casos de violencia sexual contra menores de edad, pero no los casos en que las víctimas son personas adultas.

¿AYUDA LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE LOS CASOS DE VIOLENCIA A PROTEGER A LAS MUJERES?

La notificación obligatoria plantea un dilema ético a los proveedores de servicios ya que contradice los derechos de la paciente a la confidencialidad y a decidir cómo afrontar mejor su situación, que es uno de los principios que orientan el enfoque integral. En los lugares donde se exige la notificación

obligatoria, se pueden imponer multas al personal de salud y otros funcionarios públicos que no cumplan; no obstante, no está claro en qué otras formas se hará cumplir esa obligación y cómo se vigilará el cumplimiento.

Los estudios efectuados en algunos estados de los Estados Unidos de América que tienen disposiciones concernientes a la notificación obligatoria indican que las mujeres son más reacias a revelar los hechos de violencia cuando saben que esa información será transmitida a la policía. Asimismo, es menos probable que los proveedores de servicios pregunten acerca de la violencia si temen verse atrapados en disputas legales. Esta preocupación fue expresada por proveedores en países con leyes que hacen obligatoria la notificación:

“Las víctimas y las sobrevivientes temen que, sin tener en cuenta sus deseos, los proveedores informen el caso a las autoridades.”

—Proveedor de servicios, Guatemala

“Los proveedores son reacios a preguntar acerca de la violencia o documentarla por temor a las consecuencias jurídicas del informe, por ejemplo, verse envueltos en batallas judiciales o ser testigos, o que sus vidas corran peligro por las amenazas del agresor.”

—Funcionario del Ministerio de Salud, Panamá

“A pesar de haber recibido la capacitación sobre cómo llenar el formato de VIF en las emergencias del hospital, hay renuencia del personal médico para llenar la ficha por temor a las repercusiones legales.”

—Médica, Nicaragua

Muchos funcionarios de los ministerios de salud y activistas defensoras de los derechos de la mujer expresaron que creían que, para fortalecer la capacidad del sector de la salud de identificar y atender a las víctimas de la violencia, será necesario reformar las leyes concernientes a la notificación obligatoria, dondequiera que existan.

Como se ha mostrado en este capítulo, la elaboración e instauración de políticas relacionadas con la VBG en el sector de la salud, la capacitación y sensibilización del personal de salud y la creación de sistemas coherentes y uniformes de información y su disseminación que puedan ser compartidos por otros sectores involucrados en problemas vinculados con la violencia, son todas áreas en las que se han logrado notables mejoras en los últimos años. No obstante, a pesar de estos logros, resta superar considerables desafíos técnicos y humanos.

En el capítulo seis examinaremos más a fondo lo que sucede tras las puertas de la clínica de salud del vecindario entre las mujeres y los proveedores de los servicios, y cómo las expectativas de cada uno acerca del otro pueden influir en la eficiencia de la atención que reciben estas mujeres. 

LECCIONES APRENDIDAS

La información y los sistemas de vigilancia son un componente esencial del enfoque integral de la violencia basada en el género y no deben funcionar en forma independiente de los servicios prestados. Para que funcione el sistema de notificación, antes de ponerlo en práctica es importante elaborar normas y protocolos para la detección y la atención de las mujeres afectadas, y capacitar a los proveedores para que los utilicen en forma apropiada. El personal no capacitado de hecho puede causar un daño a las mujeres al preguntar sobre la violencia en forma insensible o culpando a la víctima.

Los sistemas de información tienen validez solamente si se emplean los datos con el fin de mejorar los servicios. Reunir información o realizar la detección con el único propósito de recolectar datos sin ofrecer ningún servicio a cambio, no solo representa un despilfarro de recursos sino que también es poco ético.

Capítulo seis

¿Qué sucede en la clínica?

Durante la evaluación del proyecto de la OPS, el equipo de investigadoras encontró diferencias importantes en cuanto a la calidad y los tipos de servicios de salud existentes en los distintos países, e incluso en diferentes instalaciones de salud dentro de las mismas comunidades piloto. Sin embargo, la mayoría de los proveedores de servicios señaló que en sus centros se realizaba alguna combinación de las actividades siguientes:

- ✦ DETECCIÓN DEL MALTRATO, ya sea mediante preguntas efectuadas como procedimiento ordinario o al sospechar que la mujer podría ser víctima de violencia;
- ✦ EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS, para determinar el riesgo inminente de violencia para la mujer;
- ✦ ATENCIÓN APROPIADA, incluido el tratamiento de lesiones, atención de las necesidades de salud reproductiva e intervención en las crisis;
- ✦ DOCUMENTACIÓN del hecho de violencia y sus consecuencias para la salud en las historias clínicas o en formularios especiales de registro;
- ✦ ORIENTACIÓN para proporcionar a las mujeres información básica acerca de sus derechos legales y otras opciones y para ayudarles a elaborar un plan de seguridad, etc.;
- ✦ ENVÍO DE LAS VÍCTIMAS, para recibir servicios especializados dentro del sistema de salud (atención psicológica, medicina forense, etc.) o en instituciones externas (policía, protección de la infancia, tribunales, etc.), y
- ✦ CALENDARIO DE VISITAS DE SEGUIMIENTO, para proporcionar apoyo continuo.

En este capítulo se describen los aspectos positivos y los retos que señalaron los proveedores de servicios en sus actividades para integrar la atención a las sobrevivientes de la violencia (las mujeres que ya habían iniciado su “Ruta Crítica”) en los programas en curso.



Ilustración de MEXFAM

LA HISTORIA DE ROSITA

Con el fin de facilitar las conversaciones con los proveedores y las usuarias acerca de cómo son tratadas en el centro de salud, el equipo de evaluación adaptó una técnica de historia incompleta, creada por la Fundación Mexicana de Planificación Familiar (MEXFAM) (Fawcett et al. 1999). En esta historia, Rosita, la madre de dos niños, es maltratada por su esposo y se siente desesperada por su situación. La historia concluye cuando Rosita va al centro de salud para una consulta de rutina y la enfermera le pregunta si alguna vez ha sido maltratada por su esposo. El ejercicio se lleva a cabo en grupo y se pide a los participantes que imaginen cómo termina la historia, mediante un análisis de las siguientes preguntas:

- ✦ ¿Qué le dirá Rosita a la enfermera cuando le haga preguntas acerca de la violencia?
- ✦ ¿Cómo se sentirá Rosita cuando le pregunten acerca de la violencia?
- ✦ ¿Qué siente la enfermera cuando le hace preguntas a Rosita sobre su vida familiar?
- ✦ ¿Qué le sucederá a Rosita si admite lo que le pasa en su hogar?
- ✦ ¿Qué tipo de ayuda sería más útil para ella?
- ✦ ¿Cree usted que ella recibirá este tipo de ayuda en el centro de salud?
- ✦ ¿Piensa usted que la situación de Rosita es frecuente en esta comunidad?

Se utilizan estas preguntas para introducir una discusión más específica del tipo y la calidad de los servicios ofrecidos en el centro de salud a las mujeres que están en la misma situación que Rosita.

IDENTIFICACIÓN DE LAS MUJERES QUE VIVEN EN LA VIOLENCIA

Los enfoques que utilizan los proveedores de servicios para identificar a las mujeres víctimas de violencia varían considerablemente en los distintos países centroamericanos estudiados e, incluso, en diferentes clínicas dentro de un mismo país. Los diversos enfoques pueden describirse de la siguiente manera:

- ✦ **no hacer ninguna pregunta directa para detectar la violencia.** La mayoría de los proveedores de servicios en Guatemala no preguntaban directamente a las mujeres acerca de la violencia, aun cuando hubiera signos de maltrato, pero, si las mujeres revelaban la violencia por sí solas, los proveedores trataban de ofrecer apoyo. En Guatemala, las normas concernientes a la VBG son parte del programa nacional de salud mental y no existe una política oficial para la detección, de tal modo que la identificación de los casos de violencia queda en gran medida a discreción de cada proveedor. La experiencia internacional ha demostrado que esta no es en general una estrategia eficaz para identificar a las sobrevivientes de la violencia.
- ✦ **la detección universal** se refiere a una política de preguntar a todas las mujeres acerca de la violencia en cada programa y en cada consulta. En Costa Rica, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social han propuesto en sus normas concernientes a la VBG poner en práctica la detección universal. Este sistema es el que tiene más largo alcance; no obstante, es también el más costoso y difícil de aplicar, en particular en entornos donde son escasos los recursos.

- **hacer preguntas siempre que se sospeche que existe violencia.** Esta estrategia se utilizaba a menudo en El Salvador y Honduras. Puede ser un procedimiento eficaz en función del costo para identificar a las mujeres víctimas de violencia, pero solo si el personal está bien capacitado y motivado.
- **integrar la detección y los servicios vinculados con la VBG en programas “centinelas”.** Esto implica efectuar la detección como procedimiento de rutina en ciertos servicios prioritarios donde hay mayores posibilidades de identificar a mujeres maltratadas (por ejemplo, en los servicios de urgencia o los programas de salud mental), o en aquellos donde es más probable que la identificación de casos de violencia mejore la calidad general de los servicios (por ejemplo, en los de atención prenatal, control de ITS, planificación familiar, etc.). Esta estrategia fue adoptada en las normas vinculadas con la VBG en Nicaragua; sin embargo, aún no ha sido implementada plenamente.

Como estos programas vinculados con la VBG son relativamente nuevos, tal vez

LECCIONES APRENDIDAS

No es suficiente simplemente esperar que las mujeres revelen por sí solas la violencia. La experiencia ha demostrado que muchas mujeres están dispuestas a hablar acerca de la violencia, pero por lo general es necesario que el personal de salud tome la iniciativa y empiece la conversación.

Se puede efectuar la detección de la violencia en cualquier área de los servicios de salud. Los requisitos más importantes para un programa eficaz de detección son la privacidad, la existencia de personal capacitado y comprensivo, y la capacidad de escuchar y ofrecer alguna orientación básica.

todavía sea muy temprano para evaluar cuáles son los métodos más exitosos para identificar a las mujeres que viven en la violencia. Sin embargo, parece evidente que es menos probable que las dos primeras opciones sean tan eficaces como las dos últimas. La experiencia ha demostrado que los programas sin una política de detección identifican solo a una parte de las mujeres que necesitan atención. Por otra parte, no es viable aplicar la detección universal en la mayoría de los servicios de salud centroamericanos, dada la escasez de profesionales capacitados y las presiones de tiempo que afectan al personal de salud.

No obstante, una estrategia combinada de detección de todas las mujeres con signos de maltrato en todos los programas y la detección como procedimiento de rutina aplicado a todas las mujeres en ciertos programas “centinelas” puede ser una solución intermedia eficaz. Este enfoque permitiría a los proveedores de servicios optimizar los recursos al dirigirlos a las mujeres que corren el mayor riesgo de maltrato. Además, la integración de la detección y la atención a las sobrevivientes de la violencia en los programas de salud reproductiva y de salud mental podría contribuir también a aumentar la calidad de la atención en esos programas.

“LAS MUJERES ESTÁN ESPERANDO EL MOMENTO EN QUE ALGUIEN LES TOQUE LA PUERTA...”

Resultados de un ejercicio de detección de la violencia

Hasta el momento, la mayoría de las experiencias de detección se han realizado en Canadá, Estados Unidos y Europa, donde en general las condiciones son muy diferentes de las de los servicios de salud en los entornos con recursos escasos. Con el fin de estimar la viabilidad de introducir una política de detección de la violencia, la OPS llevó a cabo un estudio en cuatro países centroamericanos entre 1999 y 2000. El propósito del estudio era determinar la aceptabilidad de la detección como procedimiento de rutina entre los trabajadores de salud y las usuarias, y establecer si el empleo de un procedimiento

RECUADRO 6-1. TIPOS DE TRASTORNOS QUE LLEVAN A LOS PROVEEDORES A SOSPECHAR LA VIOLENCIA

- Ansiedad
- Alergias
- Gastritis
- Colitis
- Jaquecas
- Moretones y contusiones o lesiones sin explicación
- Presión arterial elevada
- Problemas de aprendizaje en los niños
- Infecciones de transmisión sexual
- Interrupción de las visitas al consultorio médico

Declaraciones hechas por personal de salud y usuarias de los servicios en El Salvador

de detección aumentaría la identificación de los casos de violencia. En cada sitio, todo el personal, incluido el administrativo, fue sensibilizado acerca de la VBG. Se capacitó a los proveedores de servicios en el empleo de un instrumento de detección, constituido por tres preguntas acerca de experiencias recientes con violencia física o psicológica infligida por su pareja. Durante un período de uno a tres meses, el personal utilizó el procedimiento para interrogar a todas las mujeres de entre 15 y 44 años de edad que venían al centro de salud por cualquier razón. En promedio, tomaba unos tres minutos hacer las preguntas. Las entrevistas posteriores con los trabajadores de salud y las mujeres atendidas indicaron que ambos grupos se sentían cómodos con las preguntas.

El estudio descubrió que entre 12% y 54% de todas las mujeres revelaron que habían sufrido recientemente violencia física o psicológica infligida por su pareja. Los servicios de salud reproductiva por lo general identificaron la proporción más alta de casos. Sorprendentemente, la cantidad de mujeres maltratadas identificadas varió en forma considerable en los distintos centros de salud, a veces aun en aquellos que estaban dentro de las mismas comunidades.

Es probable que la variación en estas tasas obedezca a una serie de factores. Las investigaciones internacionales han mostrado que la disposición de las mujeres a revelar el maltrato depende de muchos factores que están más allá de la redacción específica de las preguntas. Por ejemplo, la habilidad e interés del personal que hace las preguntas, el grado de conciencia en la población en general, la existencia de servicios para enviar a las mujeres y el hecho de que el interrogatorio se realice en privado son todos factores que pueden influir en la revelación. Algunos estudios han encontrado que puede ser necesario preguntar a las mujeres acerca de la violencia en más de una ocasión, antes de que puedan hablar del problema con tranquilidad. Las conversaciones con proveedores de servicios en Barrio Lourdes, El Salvador, acerca de la experiencia de detección confirmaron esta idea:

“A veces nos tocó hacer la pregunta en dos ocasiones, tal vez en la primera [la mujer] cae como en un choque, pero en la segunda entra en confianza.”

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

RECUADRO 6-2. INSTRUMENTO UTILIZADO POR LA IPPF PARA LA DETECCIÓN DE LA VBG

- ¿Se ha sentido alguna vez dañada emocional o psicológicamente por parte de su pareja o alguna persona importante para usted?
- ¿Alguna vez su pareja o alguien importante para usted le ha hecho un daño físico?
- ¿En algún momento de su vida se ha sentido forzada a tener contacto o relaciones sexuales?
- Cuando usted era niña, ¿recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien?
- ¿Se siente segura volviendo hoy a su casa?

(Se puede ver todo el instrumento en el sitio de la IPPF www.ippfwhr.org.)

La mayoría de los proveedores de servicios que participaron en el ejercicio de detección encontraron que era una experiencia reveladora. Les mostró el grado en que la violencia puede contribuir a la enfermedad de una mujer, aun cuando ella tal vez no la mencione como propósito de su visita. Esta comprensión ha modificado la forma en que muchos trabajadores de salud perciben su trabajo. Por ejemplo, una fisioterapeuta de la clínica de Barrio Lourdes en El Salvador explicó:

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

Una psicóloga de la misma clínica agregó:

“Los libros me dicen cómo 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 violencia intrafamiliar. Esto nos da otra estrategia.”

LECCIONES APRENDIDAS

Estimular al personal de salud a que incorporen medidas de detección de la VBG en su práctica de rutina puede ser un ejercicio excelente para despertar la conciencia general y ayudar al personal a adquirir más confianza al tratar casos de violencia. Idealmente, el instrumento de detección debe incluir preguntas sobre la violencia física, psicológica y sexual y abarcar las experiencias producidas en cualquier momento de la vida de la usuaria, además de las experiencias más recientes. En las clínicas de atención prenatal, el instrumento de detección también debe incluir preguntas acerca de la violencia durante el embarazo actual.

Una vez completado el ejercicio, es importante poner en práctica y vigilar una política permanente para la detección y la atención con el fin de mantener los logros del ejercicio inicial.

Un segundo conocimiento valioso resultante del ejercicio de detección fue que, contrariamente a las expectativas iniciales, las mujeres no solo estaban dispuestas a hablar de sus experiencias sino que a menudo se sentían profundamente agradecidas por la oportunidad de contar sus historias.

“Las mujeres están esperando el momento en que alguien les toque la puerta; algunas han estado esperando por años... Están agradecidas por la oportunidad para descargar.”

—Enfermera, El Salvador

Por último, la experiencia demostró la importancia de involucrar a todo el personal en la capacitación relacionada con la VBG. En un centro de salud de El Salvador, el director médico observó que inicialmente había sido escéptico acerca del ejercicio de detección, ya que nunca antes había atendido en una consulta médica a una mujer que revelara casos de violencia. Después de participar en el ejercicio, comenzó a entusiasmarse: “Me obligué a estar más alerta acerca de posibles casos [de violencia] y me di cuenta de que no era tan difícil como había pensado”. Este médico ahora no solo pregunta habitualmente a sus pacientes acerca de episodios de violencia sino que también obtuvo fondos del Ministerio de Salud Pública para construir un espacio adicional en el centro de salud para que las mujeres pudieran hablar con las consejeras en privado. En el recuadro 6-3 se ilustran varias técnicas informales de detección utilizadas por los trabajadores de salud en diversos programas de salud.

Muchos otros programas también han encontrado que el empleo ordinario de un breve procedimiento de detección puede aumentar considerablemente las tasas de identificación de casos de violencia (McFarlane et al. 1991; Feldhaus et al. 1997). La IPPF ha realizado un programa en tres filiales latinoamericanas (Perú, República Dominicana y Venezuela) para integrar servicios de atención a la VBG en los programas existentes de salud reproductiva. Los proveedores encontraron que, con la

RECUADRO 6-3. FORMAS INDIRECTAS DE INICIAR UNA CONVERSACIÓN ACERCA DE LA VIOLENCIA

En las clínicas 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 familiar y qué pasaría si él se diera cuenta. Yo le hago ver que ella es dueña de su cuerpo aunque él no quiera.
- Por los celos y el control de los maridos uno se da cuenta [de la violencia]. Por ejemplo, a veces [las mujeres] dicen que no planifican "porque él no quiere que nadie me vea."

En los programas de prevención del cáncer

- A veces en citología veo laceraciones, mujeres mayores con resequedad y hematomas por el sexo forzado.
- Cuando veo golpes pregunto: "¿Qué pasó aquí?" Y las mujeres se ponen a llorar, dicen que no vienen a sus controles porque sus maridos les mantienen bajo llave.

En los programas de desarrollo infantil

- No hay que preguntar directamente porque [las mujeres] se asustan. Pregunto: "¿Hay problemas en la casa? ¿Cómo se lleva el padre 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.

Durante las consultas dermatológicas

- Después de varias consultas por problemas crónicos de alergia en las manos, le pregunté si tenía problemas en la casa y ahí se soltó a llorar.

Declaraciones hechas por trabajadores de salud en El Salvador

introducción de un instrumento de detección constituido por cinco preguntas, y su incorporación en la preparación de la historia clínica de todas las pacientes nuevas, la identificación de las mujeres que habían sufrido VBG aumentó a 38% del total de pacientes nuevas, en comparación con solo 7% de víctimas detectadas cuando los proveedores hacían preguntas según su propio criterio (Guedes et al. 2002).

En las comunidades del proyecto de la OPS, la experiencia de detección dio al personal confianza en sus propias habilidades y lo motivó a continuar haciendo las preguntas

acerca de la violencia. Sin embargo, el ejercicio por sí solo no bastó para modificar el comportamiento de los proveedores de servicios. En los centros donde no se pusieron en práctica ni se vigilaron políticas nuevas sobre la detección y la atención con un liderazgo enérgico y sostenido, con el tiempo se perdió parte del impulso. En estos centros el personal admitió que ya no hacía preguntas a las mujeres acerca de la violencia como un procedimiento de rutina. Se obtuvieron resultados similares en un estudio de un servicio de urgencias estadounidense donde se habían instaurado con gran éxito protocolos de detección. No obstante, unos años después las cifras de la

detección habían retrocedido a los niveles iniciales a causa de la falta de vigilancia y apoyo para el personal (McLeer et al. 1989). Estas experiencias subrayan la importancia de utilizar un enfoque “de sistemas” para integrar el problema de la violencia en los programas de salud, que incluya políticas institucionales y protocolos para identificar y tratar a las víctimas.

SI DICE QUE SÍ, ¿QUÉ HAGO?

Una preocupación expresada con frecuencia es que se hace demasiado hincapié en la detección de la VBG como un fin en sí misma, sin tomar suficientemente en cuenta cuáles deberían ser los siguientes pasos. Algunos críticos incluso ponen en duda que sea ético hacer preguntas para detectar la violencia cuando no existe un programa ni servicios a los cuales se pueda enviar a las mujeres cuando revelan que son víctimas de la violencia (García-Moreno 2002). Esta preocupación es expresada por trabajadores de salud que temen que, si una paciente revela que es víctima de maltrato, se abrirá una “caja de Pandora” de problemas a los cuales no sabrán cómo responder (Sugg e Inui 1992). Esto despierta particular inquietud cuando se trata de entornos con escasos recursos, donde tal vez no existan o sean muy pocos los sitios a los cuales se pueda enviar a las mujeres víctimas de maltrato. Otros críticos argumentan que hacer preguntas acerca de la violencia es en sí una intervención, ya que indica a las mujeres que la violencia es inaceptable y que puede afectar su salud. Uno de los primeros

objetivos de esta evaluación era conocer cuáles consideraban los proveedores y las mujeres que eran los aspectos positivos más importantes del programa contra la VBG y cuáles eran sus debilidades más ostensibles.

En cada país había por lo menos un centro de salud piloto que contaba con uno o más especialistas (trabajadores sociales, psicólogos o psiquiatras) que habían sido capacitados para trabajar con las sobrevivientes del maltrato. En Honduras, las mujeres identificadas como sobrevivientes del maltrato son enviadas directamente a las Consejerías de la Familia (CF), que han sido establecidas en cada uno de los 13 distritos de salud del país. Las mujeres reciben orientación individual o en grupo en la CF y, si es necesario, pueden ser enviadas a la policía, el departamento de protección de la infancia o la comisión de derechos humanos para recibir otra ayuda. Algunas de las usuarias de las CF entrevistadas habían recibido tratamiento individual durante más de un año y expresaron gran satisfacción con el apoyo prestado. No obstante, este modelo de atención no es viable ni eficaz en función del costo en muchos entornos de recursos limitados, donde son escasos o no existen servicios de orientación de este tipo.

Una estrategia opcional que ha funcionado bien en estos entornos es designar a uno o más miembros del personal como consejeras en relación con la VBG. Por ejemplo, en el centro de salud de Chintúc, El Salvador, cuatro enfermeras fueron capacitadas para intervenir en las crisis y proporcionar orientación básica. En cada turno, la enfermera supervisora se asegura de que haya por lo menos una consejera capacitada. Esta estrategia garantiza que los proveedores tendrán recursos de refuerzo siempre que identifiquen a una mujer que necesita ayuda. Además, el centro ha establecido la atención prioritaria a las sobrevivientes de violencia, de tal modo que puedan recibir tratamiento de inmediato sin tener que esperar. Para asegurar la privacidad, algunos centros, como el de Chintúc en El Salvador y el centro de salud de Estelí, Nicaragua, han asignado habitaciones especiales que

LECCIONES APRENDIDAS

No es necesario contar con personal especializado en salud mental para proporcionar atención de calidad a las víctimas de la violencia.

Lo esencial es motivar y capacitar al personal y organizar servicios de tal modo que las mujeres que necesitan apoyo reciban tratamiento con calidad humanitaria y en forma oportuna.



Grupos de apoyo a las mujeres y de ayuda mutua, como este en El Salvador, brindan la oportunidad para que las participantes se ayuden entre sí y comprendan que otros se preocupan por ellas y que no son las únicas que sufren la violencia. Los vínculos de solidaridad que se forman pueden facultar a las mujeres para que cambien la situación y pongan fin a la violencia en sus vidas.

pueden ser usadas para las sesiones de orientación. En otros casos, se utilizan oficinas administrativas con el fin de garantizar la privacidad.

Este enfoque proporciona apoyo básico eficaz a las mujeres en ausencia de servicios especializados. Es más probable que los proveedores efectúen interrogatorios para detectar la violencia cuando saben que cuentan con apoyo. Las consejeras pueden efectuar intervenciones primarias en las crisis y proporcionar orientación, así como información básica sobre las leyes y servicios existentes y sobre cómo elaborar un plan de seguridad. Cuando se cuenta con otros servicios en la comunidad, como los centros para las mujeres, las consejeras envían a las víctimas a estos centros y a menudo coordinan la atención con ellos.

Una limitación señalada en este enfoque es la falta de capacidad para efectuar el seguimiento de casos. Como explicó una enfermera del centro de salud de Chintúc, a veces, cuando los miembros del personal de salud están particularmente preocupados por una mujer, idean mecanismos creativos que les permiten vigilar de otra manera su situación:

“A veces visitamos su hogar, pero disfrazados de otras actividades, como la vacunación.”

Por desgracia, la mayoría de los proveedores de servicios indicaron sin embargo que disponían de poco tiempo o recursos para actividades de seguimiento y reconocieron que no es raro que pierdan el rastro de las mujeres que dejan de concurrir a la clínica, o simplemente nunca regresan después de la visita inicial. En la Policlínica de Barrio Lourdes, El Salvador, que se especializa en la prestación de servicios de salud mental a la comunidad, se utiliza un enfoque básico de atención. Todo el personal fue sensibilizado con respecto a la VBG y capacitado para efectuar la detección cada vez que hubo sospechas de maltrato. Además, varios profesionales recibieron capacitación adicional para proporcionar apoyo psicológico y facilitar el establecimiento de grupos de apoyo para las sobrevivientes.

Como resultado de los estrechos vínculos del centro con la comunidad en general, ha tenido éxito en efectuar el seguimiento a largo plazo y proporcionar apoyo a las mujeres, incluida la atención psicológica individual y el establecimiento de grupos de apoyo. Las asesoras sobre la VBG provienen de una serie de disciplinas, como la fisioterapia, la educación especial y la enfermería. La psicóloga del centro se encarga de la supervisión y ofrece asesoramiento y apoyo a las asesoras, además de recibir a las mujeres que les envían en los casos que requieren atención especializada.

Cuando se les preguntó qué tipo de perfil profesional pensaban que era más adecuado para un consejero sobre VBG, los miembros del personal en Barrio Lourdes señalaron casi unánimemente que la profesión y el sexo de la persona eran menos importantes que la motivación personal, y esto explica por qué sus propias consejeras tenían antecedentes tan diversos.

ESCUCHAR ES FUNDAMENTAL

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

—Enfermera, El Salvador

Cuando una mujer decide contarle al proveedor de servicios acerca de la violencia que sufre es probable que sea la primera vez que ha revelado su situación a alguien, incluso a su propia familia. En consecuencia, los proveedores de servicios tienen la enorme responsabilidad de asegurar que, por lo menos, las mujeres sean tratadas con respeto y compasión y que ellos no contribuyen a “revictimizar” a las mujeres con su indiferencia o haciéndolas sentir que son culpables de su situación. (En el recuadro 6-4, se presenta más información acerca de cómo los proveedores pueden ayudar a las mujeres víctimas de violencia.) Los trabajadores de salud destacaron la importancia de escuchar y dejar que las mujeres cuenten sus historias sin apremiarlas. Un médico salvadoreño, que reconoció que se impacientaba cuando una paciente comenzaba a llorar en su consultorio, confesó que, después de la capacitación, cambió su actitud:

“Ahora le dejo que saque hasta la última lágrima porque sé que eso le ayuda. La refiero después, pero ya va descargada.”

Los proveedores pensaban que lo que más necesitaban las mujeres era la oportunidad de hablar, sin temor a ser juzgadas.

“Ellas, con solo que las escuchen, se quitan un gran peso, ya estamos haciendo bastante.”

—Enfermera, El Salvador

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

—Médica, El Salvador

“Tal vez vienen, no con la necesidad de que les resolvamos sus problemas sino para que les escuchemos... su esperanza es recibir un consejo.”

—Médico, El Salvador

Además de escuchar a las mujeres, los proveedores de servicios pueden ayudarles a estimar si ellas o sus hijos corren un peligro inmediato. Existen varios instrumentos que se han usado a nivel internacional para este propósito, como el interrogatorio para evaluar el peligro (Campbell 1995). En el programa de la IPPF se pregunta a todas las mujeres: “¿Se siente segura volviendo hoy a su casa?” (Guedes et al. 2002). Según lo que respondan, los proveedores pueden ayudarles a examinar opciones y a elaborar un plan de seguridad para protegerse a sí mismas y a sus familias en el futuro (en el recuadro 6-6 se presenta un ejemplo de cómo elaborar un plan de seguridad).

Como indica el siguiente relato de una enfermera guatemalteca, los proveedores tal vez tengan una sola oportunidad de intervenir:

“Me tocó una mujer que vino por un dolor de cabeza. Cuando le pregunté, resultó que su marido había pasado tres días afilando su machete, diciendo que la 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 nomás, porque dijo que no podría venir otra vez.”

Otra lección señalada por muchos proveedores es que es imposible prestar atención de calidad, en particular en el caso de los servicios de salud reproductiva, a menos que se tengan en cuenta las necesidades específicas de las mujeres víctimas de violencia. Por ejemplo, una enfermera de El Salvador explicó cuán importante es saber si una mujer sufre violencia antes de asesorarla acerca de métodos de planificación familiar, ya que muchas mujeres maltratadas no pueden usar anticonceptivos para evitar embarazos no deseados sin la autorización de sus esposos:

“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 tres 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 él no se dé cuenta.”

Tanto los proveedores de servicios como las mujeres estuvieron de acuerdo en que los mensajes más útiles que los proveedores pueden dar a las sobrevivientes de la violencia es que la violencia está mal y que ellas no tienen la culpa.

“Yo le digo, ‘Eso que a usted le pasa tiene un nombre y apellido, es violencia intrafamiliar’. Después le doy un folleto y le pido que venga cuando esté convencida de que necesita ayuda.”

—Enfermera, El Salvador

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

—Enfermera, El Salvador

RECUADRO 6-4. ¿CÓMO PUEDEN LOS TRABAJADORES DE SALUD APOYAR MEJOR A LAS MUJERES MALTRATADAS?

Los trabajadores de salud a menudo sienten que pueden hacer muy poco cuando una mujer revela el maltrato. Sin embargo, lo que dicen y hacen los proveedores de servicios puede influir de manera importante en el curso de acción que adopte la mujer (McCauley et al. 1998; Gerbert et al. 1999). El hecho de hacer preguntas acerca de la violencia permite a las mujeres saber que los proveedores consideran que la violencia es un importante problema médico y no es culpa de la paciente. Como dijo una mujer latinoamericana: “El doctor me ayudó a sentirme mejor al decir que yo no merecía ese trato y me ayudó a hacer un plan para abandonar la casa la próxima vez que mi esposo volviera borracho” (Sagot 2000).

Las mujeres en Estados Unidos también destacan el poder de validación y señalan que les da “alivio” y “consuelo”, “sembró una semilla” y “puso en marcha el mecanismo” que cambiaría la percepción de su propia situación (Gerbert et al. 1999). En la “rueda de empoderamiento” usada en la capacitación para la prevención de la violencia (véase el recuadro 6-5), se describen algunas de las formas en que los trabajadores de salud pueden promover la sanación de las mujeres víctimas de violencia.

Aun cuando una mujer maltratada no revele la violencia en la primera visita, preguntarle acerca de eso muestra que el clínico se preocupa y esto tal vez la aliente a hablar sobre el problema en una visita posterior. Si bien los trabajadores de salud idealmente deben coordinar sus acciones con otros servicios comunitarios, como los grupos locales de mujeres, los

proveedores pueden tomar varias medidas útiles durante la visita inicial a la clínica (Parker y Campbell 1991; Warshaw y Ganley 1998).

1. Evalúe el peligro inmediato. Averigüe si la mujer siente que ella o sus hijos corren un peligro inmediato. Si es así, ayúdele a considerar diversos cursos de acción. ¿Hay una amiga o familiar que pueda ayudarle? Si existe un albergue para mujeres o un centro de atención en las crisis en la zona, ofrézcale establecer su primer contacto. Algunos hospitales y clínicas han adoptado políticas explícitas que permiten que las mujeres maltratadas pasen la noche en la institución cuando corren peligro si regresan a la casa (Josiah 1998; Leye et al. 1999). No obstante, abandonar temporalmente a su pareja violenta no pone necesariamente fin a la violencia. El momento más peligroso para una mujer con su pareja es inmediatamente después de que ella se va o le comunica al agresor su deseo de acabar la relación (Campbell 1995).

2. Proporcione la atención apropiada. Cuando se trata de mujeres que han sufrido una agresión sexual, la atención apropiada puede incluir proporcionar anticonceptivos de urgencia y tratamiento presuntivo de la gonorrea, la sífilis u otras ITS existentes en la localidad geográfica. A menos que sea evidentemente necesario, los clínicos deben evitar recetar tranquilizantes y medicamentos modificadores del estado de ánimo a mujeres que viven con una pareja violenta, ya que esos fármacos pueden menguar la capacidad de las mujeres de predecir los ataques de su pareja y reaccionar a ellos.

3. Documente la situación de la mujer.

Pocos proveedores documentan adecuadamente los casos de maltrato de mujeres. En Johannesburgo, Sudáfrica, un estudio encontró que en 78% de los casos los proveedores no habían registrado la identidad del agresor. Los registros clínicos incluían descripciones gráficas pero generales, como “herida con un hacha” o “apuñalada con un cuchillo” (Motsei y The Centre for Health Policy 1993). La documentación cuidadosa de los síntomas o lesiones de una mujer y sus antecedentes de maltrato son útiles para el seguimiento médico futuro. La documentación también es importante en el caso de que ella decida presentar cargos contra el agresor o solicitar la custodia de los hijos. La documentación debe ser tan completa como sea posible y establecer con claridad la identidad del agresor y su relación con la víctima.

4. Elabore un plan de seguridad. Si bien la mujer no puede impedir que vuelva a producirse una agresión y tal vez no esté lista para denunciar a su agresor a la policía, hay formas en que se puede proteger a sí misma y a sus hijos. Algunas de estas formas son tener preparada una maleta con los documentos importantes, llaves y una muda de ropa, o establecer una señal para hacer saber a sus hijos cuándo tienen que pedir ayuda a los vecinos. Los proveedores de servicios de salud deben examinar un plan modelo de seguridad con la mujer y decidir juntos qué medidas pueden ayudarle en su situación (véase el recuadro 6-6). También se pueden fijar ejemplos de planes de seguridad en las paredes de los baños de la clínica y en el consultorio, donde las

mujeres puedan leerlos a solas y sin sentirse avergonzadas.

5. Informe a la mujer acerca de sus derechos.

Cuando una mujer toma la decisión de revelar su situación, es fundamental que los profesionales médicos reafirmen que la violencia no es su culpa y que nadie merece ser golpeada o violada. Los códigos penales de la mayoría de los países castigan la violación y la agresión física, aun cuando no existan leyes específicas contra la violencia doméstica. El personal médico debe averiguar qué protecciones legales existen para las víctimas de maltrato y adónde pueden recurrir las mujeres y los niños para obtener la ayuda apropiada en la aplicación de sus derechos.

6. Envíe a la mujer a otras instalaciones comunitarias apropiadas.

Los proveedores de atención pueden ayudar a las víctimas de maltrato mediante la detección temprana y enviándolas a las instalaciones locales apropiadas y disponibles. Las necesidades de las víctimas por lo general van más allá de lo que el sector de la salud puede proporcionar por sí solo. En consecuencia, es esencial que los proveedores de atención conozcan con anticipación cuáles otros servicios existen para ayudar a las víctimas de maltrato. En especial es útil que los trabajadores de salud se reúnan personalmente con otros profesionales que prestan apoyo a las víctimas de la violencia ya que es más probable que los proveedores de servicios envíen a una mujer a consultar a alguien a quien ellos conocen personalmente.

RECUADRO 6-5. LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO: ¿SON LOS TRABAJADORES DE SALUD PARTE DEL PROBLEMA?





RECUADRO 6-6. CÓMO PREPARAR UN PLAN DE SEGURIDAD

Los proveedores de servicios de salud pueden ayudar a las mujeres a protegerse de la violencia infligida por sus parejas, aun cuando ellas tal vez no estén listas para abandonar el hogar o denunciar a sus parejas ante las autoridades. Cuando las mujeres tienen un plan para su seguridad personal, están mejor preparadas para enfrentar las situaciones de violencia. Los proveedores pueden examinar los puntos señalados a continuación para ayudar a cada mujer a preparar su propio plan de seguridad personal:

- Identifique a uno o más vecinos a los que pueda contarles acerca de la violencia sufrida y pedirles que busquen ayuda si escuchan algo anormal en la casa.
- Si parece inevitable una discusión, trate de que sea en una habitación o lugar del que pueda salir con facilidad.
- Aléjese de todo sitio donde pueda haber armas.
- Practique cómo salir de su casa sin riesgos. Identifique cuáles puertas, ventanas o escalera serían mejores.
- Tenga lista una maleta preparada, que contenga llaves, dinero, documentos importantes y ropa. Téngala en la casa de un familiar o una amiga, en caso de que necesite abandonar su hogar apresuradamente.
- Establezca una palabra como señal para usarla con sus hijos, su familia, amigos y vecinos cuando necesite ayuda de urgencia o quiera que llamen a la policía.
- Decida adónde irá si tiene que abandonar su hogar y tenga un plan para llegar a ese sitio.
- Use su instinto y su criterio. Si la situación es peligrosa, considere la posibilidad de darle al agresor lo que exige para que se calme. Usted tiene derecho a protegerse y a proteger a sus hijos.
- Recuerde: usted no merece ser golpeada o amenazada.



Adaptado de Buel 1995, en Heise et al. 1999
Ilustración de MEXFAM

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

—Médico, El Salvador

Cuando se trata de una mujer que ha estado viviendo con un sentimiento abrumador de vergüenza y culpa durante muchos años, este mensaje puede transformar su vida. Como observó una mujer hondureña que hasta había considerado que el suicidio era su “única salida”, la atención y el apoyo de los trabajadores de salud de hecho le habían salvado la vida y le habían enseñado cómo aceptarse y respetarse a sí misma.

**RECUADRO 6-7. REACCIONES DE LOS
PROVEEDORES DE SERVICIOS ANTE
LA VIOLENCIA**

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

“Siento que preguntarles es una revictimización.”

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

“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 casa pidiendo a Dios que ese hombre no la matara mientras yo no estaba.”

“A los tres o cuatro meses de venir aquí y antes de recibir capacitación, me salió 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.”

Declaraciones hechas por trabajadores de salud de Barrio Lourdes, El Salvador

**“A VECES, ME PONGO
A LLORAR A LA PAR DE ELLAS...”**

**Los proveedores de servicios
de salud también necesitan apoyo**

Uno de los temas surgidos en la evaluación fue cuán profundamente resultaban afectados los proveedores al atender a las sobrevivientes de la violencia. “Todos hemos tenido momentos en que se nos mueve el piso”, reconoció un psicólogo salvadoreño. Muchos mencionaron efectos que variaban desde el agotamiento emocional al temor de represalias por los agresores y la frustración con las mujeres “que no siguen nuestros consejos”. Las historias de violación, humillación, lesiones y amenazas de muerte dejan cicatrices físicas y emocionales en quienes las escuchan. Como se señaló en un estudio, “el trauma psicológico es contagioso” y puede manifestarse en problemas emocionales: depresión, ansiedad, temor o insensibilidad al dolor de quienes sufren. También se puede manifestar en síntomas físicos como el cansancio crónico, el dolor crónico, problemas gástricos o trastornos del sueño (Claramunt 1999). En el recuadro 6-7 se describen algunas de las reacciones de los proveedores de servicios.

Algo que a menudo les cuesta aceptar a los proveedores es que tal vez no puedan “arreglar” el problema de la mujer. Lo que es aún más difícil es que, como mostró el estudio de la “Ruta Crítica”, la mujer quizás decida no seguir el consejo del proveedor o tomar medidas que este no comprende. Esto puede ser frustrante, en particular para los médicos, que han sido capacitados para percibir el éxito conforme al cumplimiento del paciente con los consejos médicos o al hecho de que se cure o no la enfermedad. En un grupo de análisis con proveedores de servicios en Barrio Lourdes, El Salvador, varias enfermeras reconocieron que esto a menudo era un reto:

“A veces yo siento enojo; quisiera que ella entendiera.”

“A veces nos cargamos con los problemas de las pacientes. Queremos ayudarlas a que se despierten y reaccionen. Quisiéramos [que dieran] un salto para salir, porque visualizamos la salida.”

LECCIONES APRENDIDAS

El apoyo psicológico es esencial para los proveedores de servicios de salud que atienden a las sobrevivientes de la violencia.

Las actividades para asegurar ese apoyo al personal deben ser incluidas en normas y puestas en práctica a nivel local.

“Quisiera tomar una decisión por ella, decirle ‘dejá’le’, pero uno siente que no halla qué hacer.”

En ciertos lugares, se deben agregar a la lista de retos que afrontan los proveedores las amenazas a su propia seguridad física. En un caso descrito por proveedores guatemaltecos, varios hombres enmascarados atacaron una ONG que mantenía un albergue para sobrevivientes de la violencia y violaron a varias integrantes de su equipo. El albergue finalmente se cerró. Como es natural, estas experiencias despiertan el temor del personal. Como admitió una enfermera guatemalteca:

“A veces una tiene miedo de que una mujer pudiera revelar a su esposo lo que hemos hablado durante el examen.”

Otra enfermera recordó que había atendido a una mujer mientras su esposo armado merodeaba alrededor del centro buscándola:

“Me sentí insegura; pensé: ¿a qué hora vendrá este hombre a buscarme a mí?”

Una psicóloga de la ciudad de Guatemala también señaló:

“Al meterse en esto, una sabe que está tirando sola, pues no hay protección. He aprendido que lo mejor es relajarse, porque si una se atemoriza, no puede seguir.”

Si bien atender a las mujeres que sufren violencia es muy desgastante, muchos proveedores también mencionaron experiencias positivas en sus vidas profesionales y personales. Muchos

señalaron que los talleres de concienciación les habían ayudado a superar sus propias experiencias de violencia y sus temores y a fortalecer los vínculos con otros colegas. Como observaron dos proveedores de servicios de El Salvador:

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

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

RECUADRO 6-8. EL CUIDADO DE NOSOTROS MISMOS: SUGERENCIAS PARA PRACTICAR LA AUTOAYUDA DESTINADAS A LOS PROVEEDORES QUE TRABAJAN CON LA VBG

- **Conocer nuestra propia historia:**
 - Cuando trabajamos en el ámbito de la violencia intrafamiliar, el proceso de autoayuda comienza curando las heridas resultantes del maltrato personal, si existen.
- **Cuidar de nuestros cuerpos:**
 - Ejercicios de respiración profunda
 - Ejercicio físico
 - Comer bien
 - Dormir y descansar lo suficiente
 - Prácticas que ayudan a relajarse y curarse y dan energía, como la aromaterapia, la bioenergética y la terapia musical
- **Transformar nuestros pensamientos:**
 - Flexibilidad
 - Optimismo
 - Comprensión y empatía
 - Relativismo al evaluar los problemas, que deben ser vistos como una oportunidad de aprender y de cambiar antiguos hábitos
 - Asumir la responsabilidad por nuestras decisiones y acciones
 - Pensar en tiempo presente
- **Mantenernos en contacto con nuestros propios sentimientos**
- **Revisar lo que hemos logrado cada día**

Tomado de: Claramunt 1999

El apoyo psicológico para los proveedores debe ser considerado un componente esencial de todo programa para abordar la VBG. Esto se refiere a cualquier tipo de actividad que contribuya a reducir el estrés y la ansiedad, incluidas las actividades recreativas y las sesiones para compartir los sentimientos y las emociones resultantes de las responsabilidades profesionales. La OPS ha elaborado una guía para ofrecer apoyo psicológico a los proveedores (Claramunt 1999). Sin embargo, solo uno de los centros visitados por el equipo de evaluación mencionó que tenía actividades ocasionales de apoyo para los proveedores. Por otra parte, todos los proveedores de servicios estuvieron de acuerdo en que se debe dedicar más atención a este aspecto en el futuro.

**“ESTE CENTRO ES DIFERENTE:
ES MÁS CÁLIDO”**

Reflexiones sobre 10 años de experiencia

A pesar de las numerosas dificultades que han afrontado, los proveedores de servicios de salud que trabajan con la VBG expresaron gran orgullo y satisfacción por sus logros (véase en el recuadro 6-10 una lista de los temas mencionados con más

RECUADRO 6-9. MEDIDAS FUTURAS PARA FORTALECER LA LABOR RELACIONADA CON LA VBG

- Elaborar un protocolo de detección y atención
- Crear indicadores de evaluación del programa
- Diseñar un mejor sistema de registro
- Preparar el presupuesto para la evaluación
- Incorporar más capacitación para el seguimiento
- Difundir el programa en otros centros: “otros deben seguir nuestro ejemplo; no es ninguna ciencia”
- Crear espacios especiales para hablar con las mujeres
- Recibir más capacitación sobre los aspectos jurídicos
- Asegurar un mayor apoyo psicológico para el personal: “necesitamos tener un espacio para hablar sobre lo que ha sucedido”
- Incluir a un psicólogo o psiquiatra a quien se le pueda enviar a las pacientes

Declaraciones hechas por trabajadores de salud en el Centro de Salud de Chintúc, Apopa, El Salvador



Cortesía OPS/OMS-Ecuador

Las mujeres son más abiertas y receptivas hacia el personal comunitario con capacidad efectiva de comunicación y que muestre verdadero interés en las mujeres y sus problemas.

RECUADRO 6-10. ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

LOGROS**Dentro de los servicios de salud**

- Reconocimiento de la violencia como un problema de salud con muchas posibles manifestaciones físicas y mentales diferentes
- Mayor credibilidad y respeto entre el personal de salud
- Mejoras generales en la calidad de la atención
- Cambios en las actitudes de los proveedores
- Tener espacios físicos para atender a las víctimas en el centro de salud
- Contar con más servicios integrados para la violencia intrafamiliar
- Disponer de instrumentos básicos para abordar la violencia
- Recibir apoyo financiero de la OPS

En relación con la comunidad

- Un sentimiento de mayor cercanía con la comunidad
- Mejor coordinación con la policía y la oficina del fiscal de distrito
- Mayor demanda de servicios por las usuarias
- Mayor conciencia de la violencia en la comunidad

A nivel personal

- Satisfacción por poder ayudar a otros
- Adquisición de nuevas habilidades y conocimientos

BARRERAS**Dentro de los servicios de salud**

- Falta de aprobación y difusión de normas y protocolos
- Tasa elevada de rotación de personal
- Sobrecarga de trabajo
- No poder atender a las pacientes con el tiempo necesario
- Limitaciones de los sistemas de registro y de vigilancia epidemiológica
- Falta de interés en el tema por parte de todo el personal
- Carencia de un programa permanente de comunicación e información
- Ausencia de actividades de autocuidado
- Carencia de espacios adecuados para garantizar la privacidad
- Carencia de recursos financieros para la capacitación y el seguimiento de los casos
- Ausencia de apoyo de algunos directores de clínicas
- Transferencia incompleta de los conocimientos a otras personas después de la capacitación
- Falta de personal capacitado en salud mental
- Carencia de materiales de capacitación
- Falta de materiales informativos y de promoción (afiches, panfletos, etc.)

A nivel de la comunidad

- Las actitudes de algunas usuarias (no aceptar que viven en la violencia, mostrarse reacias a aceptar ayuda)
- Problemas en la coordinación y el envío de las mujeres
- Problemas con el sistema judicial (no se aplican las leyes)

Declaraciones hechas por trabajadores de salud en Estelí, Nicaragua

frecuencia). Más importante aún, los proveedores pensaban que abordar la violencia había mejorado la calidad de la atención en el centro.

“Nos dice la gente que aquí es diferente, [el personal] es más cálido... Nos buscan porque aquí les escuchamos...”

—Enfermera, El Salvador

Otro logro mencionado por varios proveedores fue la transformación de la función de los trabajadores de salud y, en particular, el empoderamiento de las enfermeras:

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

—Enfermera, El Salvador

En cuanto a las barreras enfrentadas por el personal con respecto a la atención relacionada con la violencia, la mayoría tiene que ver con el entorno de trabajo (falta de privacidad, presiones de tiempo, productividad) o con problemas administrativos, como la falta de apoyo del personal superior. La carencia de normas aceptadas y de sistemas de información y de vigilancia epidemiológica fue una restricción mencionada por muchos proveedores. Una mejor notificación de los casos de violencia registrados dentro del sistema de salud contribuiría a justificar el tiempo que se dedica a atender a las sobrevivientes, y a demostrar en forma más definitiva que la violencia es un importante problema de salud.

Tanto los proveedores que trabajan en las clínicas como los coordinadores de los programas nacionales estuvieron de acuerdo en que el mayor reto que afrontan es aprovechar el caudal de lecciones aprendidas en las experiencias piloto, con el fin de transformar las actividades en programas nacionales y de mantener al mismo tiempo la sostenibilidad de los programas existentes. En algunos países, en particular en Costa

Rica y Panamá, se ha logrado un considerable progreso en la institucionalización del programa sobre la VBG mediante políticas nacionales y asignaciones presupuestarias. En El Salvador y Nicaragua, la OPS y los Ministerios de Salud han podido ampliar el alcance del programa obteniendo recursos aportados por otros proyectos internacionales, como los relacionados con la reforma sanitaria patrocinados por el Gobierno de Suecia en ambos países.

Tal vez el mayor motivo de orgullo mencionado por los proveedores de servicios de salud fue el mejoramiento de sus relaciones con la comunidad. Ellos se sentían muy satisfechos por estar contribuyendo no solo a mejorar las vidas de las mujeres y de sus familias, sino también por transformar la manera en que la comunidad en general ve los temas relacionados con la violencia.

“Hay mayor cercanía con la comunidad. La gente busca más el centro de salud y nuestras usuarias también se han convertido en nuestras mejores promotoras.”

—Enfermera, El Salvador

“La gente sabe de las leyes y que está protegida. Es notable que las mujeres ya no tengan miedo de ir a las instituciones.”

—Enfermera, El Salvador

En el capítulo siete nos aventuraremos más allá del entorno de las clínicas para acercarnos a la comunidad en general, donde veremos cómo grupos locales pueden complementar el trabajo de los proveedores de servicios de salud para responder a la violencia basada en el género y cómo estos grupos pueden trabajar juntos con más eficiencia con el fin de transformar las normas y actitudes de la comunidad. 

Capítulo siete

Más allá de la clínica: la prevención de la violencia con otros aliados de la comunidad

Una de las lecciones más importantes que han aprendido los proveedores de servicios de salud al abordar en su práctica cotidiana la violencia basada en el género, es que ninguna profesión o grupo puede eliminar la violencia trabajando por su cuenta. Si bien se requieren políticas, leyes y programas nacionales con el fin de crear un ambiente propicio para el cambio, la verdadera labor de prevención de la violencia se lleva a cabo en las comunidades mismas. En muchos de los diferentes lugares visitados por el equipo de evaluación, los proveedores de atención de salud que informaron haber tenido las experiencias más positivas al abordar la VBG atribuyeron gran parte de su éxito a la estrecha coordinación con otros líderes, instituciones gubernamentales y ONG situadas en sus propias comunidades.

Las principales actividades comunitarias realizadas como parte del proyecto de la OPS fueron las siguientes:

- capacitación de los líderes y las promotoras de la salud;
- fortalecimiento de las redes locales para coordinar las actividades de prevención de la violencia;
- educación de la comunidad dentro y fuera del espacio de la clínica;
- grupos de reflexión de los hombres, y
- grupos de apoyo para las mujeres sobrevivientes de la violencia.

En este capítulo se presentan los logros y deficiencias de los diversos programas e iniciativas de la OPS relacionados con la VBG, desde la perspectiva de los participantes y usuarias de la comunidad. Con el propósito de conocer la opinión de todas las personas clave, el equipo de evaluación se reunió con líderes comunitarios en materia de salud, grupos de mujeres y miembros de otras organizaciones que participaban en las comisiones nacionales y locales para la prevención de la violencia. Se usaron técnicas participativas, como el empleo de secuencias cronológicas y diagramas de Venn, para estimular a los participantes a hablar con franqueza acerca de las fuerzas de la comunidad que han propiciado u obstaculizado las actividades de prevención de la violencia. En este capítulo se describirán esas técnicas y la información obtenida mediante ellas.

PROMOTORAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD

Se consideró que la sensibilización de los grupos comunitarios (parteras tradicionales, asesoras jurídicas, promotoras de la salud, etc.) acerca de la VBG era una estrategia importante para incorporar a la comunidad en la prevención de la violencia en todos los países. La intensidad de las iniciativas de capacitación y de creación de conciencia varió según los países y según las actividades específicas realizadas por las promotoras comunitarias. En algunas localidades, las promotoras solamente enviaban los casos a la

policía o los centros de salud, mientras que en otros entornos habían sido capacitadas para ofrecer intervención en las crisis y orientación legal e, incluso, acompañar a las mujeres a través del proceso judicial. Las personas voluntarias de la comunidad constituyen un vínculo importante entre los servicios de salud y las comunidades. En la mayoría de los casos, las promotoras también llevan a cabo actividades educativas sobre prevención de la violencia y proporcionan a las mujeres información acerca de sus derechos legales y otros servicios disponibles en la comunidad.

En la Clínica Justo Rufino Barrios de la ciudad de Guatemala, las promotoras de la salud representan breves obras teatrales en las salas de espera como una forma de introducir el tema de la violencia y estimular a las pacientes a hablar con sus proveedores de servicios cuando necesitan ayuda. Como estos grupos comunitarios, en especial las parteras tradicionales, son muy respetados en sus comunidades, están en una posición

LECCIONES APRENDIDAS

Los grupos comunitarios —promotoras, educadoras, parteras y defensoras populares— tienen una función esencial que cumplir en la prevención de la violencia mediante la promoción de relaciones no violentas y la difusión de información a la comunidad, en particular a las mujeres, acerca de sus derechos legales y sociales, y enviando a las mujeres maltratadas a los recursos apropiados. Además de brindar la capacitación adecuada, los proveedores de servicios de salud deben trabajar juntos con estos grupos para ponerse de acuerdo sobre las funciones y responsabilidades de todos los actores. Los proveedores también deben reunirse periódicamente con grupos voluntarios de la comunidad para asegurar que reciban apoyo suficiente en su trabajo.

particularmente favorable para influir en las opiniones y comportamientos de los miembros de la comunidad.

“Ayudé a una mujer que se sentía menos que una cucaracha porque su esposo quería quitarle la casa y los hijos. La llevé al centro de salud y, después de hablar con ellos, se sintió más aliviada.”
—Trabajadora comunitaria de salud, El Salvador

En las sesiones de capacitación para las promotoras comunitarias por lo general se aborda una amplia gama de temas, como los distintos tipos de violencia y sus repercusiones en la salud de las mujeres y los niños, y se incluye un análisis de las funciones según el género y cómo la discriminación basada en el género estimula la violencia. Las participantes también adquieren un mayor conocimiento de cómo funciona el sistema judicial y qué opciones tienen las víctimas de la violencia en sus propias comunidades.

En muchos centros de salud que tienen programas de promoción de la salud comunitaria, la capacitación relacionada con la VBG se efectúa como parte de una capacitación más amplia e integral, que abarca aspectos de la salud reproductiva y la salud infantil, el saneamiento ambiental y otros temas básicos de salud. No obstante, en algunos entornos las mujeres fueron invitadas a participar en talleres sobre prevención de la violencia y resultaron tan motivadas por las sesiones de capacitación que iniciaron sus propios programas vinculados con la violencia. Por ejemplo, un grupo de parteras tradicionales de la población de Santa Lucía, Guatemala, creó su propia organización de prevención de la violencia y obtuvo el apoyo del alcalde y del centro de salud para proporcionar orientación a las mujeres maltratadas. Después de la creación del Grupo de Mujeres Lucianas, muchas mujeres sintieron por primera vez que había alguien a quien podían recurrir con sus problemas. Una vez que las integrantes del grupo habían recibido capacitación adicional por conducto del proyecto de la OPS, el personal de salud les

enviaba mujeres; el grupo incluso instaló una oficina dentro del mismo centro de salud, la cual atendían por turno las mujeres integrantes del grupo. Uno de los aspectos positivos de este enfoque fue que las mujeres se sentían más cómodas hablando con alguien con antecedentes similares a los suyos:

“... Las mujeres se sentían apoyadas por las mujeres de la oficina que estaba en la alcaldía y solían decir a sus esposos: ‘Si me golpeas, te denunciaré a la oficina...!’”
—Partera tradicional, Santa Lucía, Guatemala

“... Las mujeres, cuando empiezan a hablar de su situación de violencia, quieren que alguien les diga qué hacer porque se sienten desorientadas, tienen muy poca autoestima y necesitan ayuda económica.”
—Partera tradicional, Santa Lucía, Guatemala

Otro grupo de mujeres mayas de la población de Totonicapán, en Guatemala, sintiendo que las oficinas gubernamentales no responderían adecuadamente a las necesidades de las mujeres indígenas, crearon con apoyo internacional su propio centro para mujeres maltratadas.

“... En las comunidades indígenas de Guatemala, aun cuando las mujeres están informadas acerca de las leyes, esto no es suficiente porque los líderes de la comunidad, en su mayoría hombres, tienen mucha influencia sobre las decisiones de las mujeres y opinan que la violencia es ‘normal’ en las parejas...”
—Educatora de Cobán, Guatemala

“Las mujeres se sienten mucho mejor cuando son acompañadas a los tribunales y la comisaría por las asesoras jurídicas del proyecto, porque sienten que no están solas y que van a ser escuchadas...”
—Partera maya de Totonicapán, Guatemala

En otras comunidades, en particular en El Salvador y Nicaragua, ya existían servicios para las mujeres maltratadas ofrecidos por grupos locales de mujeres cuando comenzó el

proyecto de la OPS, si bien en la mayoría de los casos había anteriormente poca coordinación entre esos grupos y los servicios de salud locales. En estos casos, la meta del proyecto de la OPS era estimular a los proveedores de servicios de salud para que se acercaran a los grupos que ya trabajaban combatiendo la violencia, aprender de ellos y comenzar a coordinarse con ellos en las actividades de prevención y atención a las sobrevivientes. Los trabajadores de salud de las comunidades donde ya se llevaban a cabo actividades relacionadas con la violencia encontraron que la existencia de esos recursos hacía mucho más fácil que se afianzaran sus propios programas.

REDES COMUNITARIAS

El enfoque integral de la OPS para abordar la VBG ha hecho hincapié en el establecimiento de redes comunitarias para la prevención de la violencia. El estudio de la “Ruta Crítica” encontró que mejorar la coordinación entre las instituciones que se ocupaban de la VBG era una medida esencial para mejorar la atención a las sobrevivientes, quienes, en la mayoría de los casos, se veían forzadas a abrirse paso a través de procedimientos enormemente complicados y repetitivos en cada institución, lo cual, como ha mostrado este libro, hacía que las mujeres se desanimaran y finalmente abandonaran la búsqueda de ayuda.



Cortesía OPS/OMS-Belize

Manifestación comunitaria contra la violencia en Belice.

Las redes comunitarias tienen dos objetivos principales: proporcionar una amplia gama de servicios que satisfagan eficientemente las necesidades de las sobrevivientes de la violencia, lo cual se puede lograr mejorando la comunicación y la coordinación de los grupos que trabajan en el problema de la VBG, y crear conciencia y transformar las actitudes comunitarias que alientan o toleran la violencia.

Cuando se inició el proyecto de la OPS, había una gran disparidad entre los países con respecto al interés en la VBG y la conciencia del problema en las instituciones locales. En algunos países, como Nicaragua, las redes de prevención de la violencia ya habían estado funcionando por muchos años y el principal reto era motivar al personal de salud para que participara en ellas. En otros casos, los trabajadores de salud, con la ayuda del proyecto de la OPS, tomaron la iniciativa de reunir por primera vez a los grupos comunitarios y las instituciones. Hasta el momento, todavía subsiste una gran disimilitud entre los países con respecto al desarrollo de las redes comunitarias. Por ejemplo, en Guatemala, donde existe muy poca tradición de coordinación entre las instituciones estatales y la sociedad civil, los líderes comunitarios señalaron que había sido muy difícil mantener la coordinación entre los distintos actores gubernamentales, como la policía, los jueces y el sector de la salud, y aún más difícil coordinar las acciones con los grupos de mujeres. Los proveedores de servicios y las activistas indicaron que se hicieron esfuerzos periódicos por incrementar la coordinación, pero que esos esfuerzos tendieron a disiparse con bastante rapidez. En la población de Comayagua, Honduras, era muy sólida la coordinación entre la Consejería de la Familia y otras instituciones que se ocupaban de la violencia (la Comisión de Derechos Humanos, la policía, la oficina de protección de la infancia, etc.). Sin embargo, miembros de la red señalaron que no se reunían con regularidad como grupo ni planeaban actividades en forma conjunta sino que, más bien, abordaban aspectos específicos en forma individual y conforme surgían las necesidades.

Con el fin de conocer cómo los miembros de la comunidad –usuarias y los mismos proveedores de servicios– ven los distintos tipos de apoyo con que cuentan las sobrevivientes de la violencia, en las diversas comunidades del proyecto visitadas se aplicó una técnica participativa llamada “Quién ayuda a Rosita”, basada en el empleo de diagramas de Venn (véanse las figuras 7-1, 7-2 y 7-3). Este ejercicio compara el apoyo relativo proporcionado por instituciones estatales, servicios comunitarios e individuos. Se emplearon círculos de distintos tamaños y colores para representar a estos y otros grupos que podían potencialmente ayudar a Rosita, quien, como vimos en la sección introductoria del capítulo seis, es una madre con dos hijos y vive con su esposo agresor. Los círculos más oscuros correspondían a las instituciones gubernamentales, mientras que los más claros representaban los grupos no gubernamentales, como las organizaciones de mujeres, grupos eclesiásticos, amigos, familiares y vecinos. Se pidió a las participantes que evaluaran la utilidad que, en su opinión, tenía cada uno de los grupos (el resultado de la evaluación se refleja en el tamaño del círculo: cuanto más grande es el círculo, más útil se consideraba el grupo) y su sensibilidad (cuanto más próximo a Rosita estaba el círculo, más sensible se consideraba que era el grupo a sus necesidades).

Hubo una clara relación entre la solidez de las redes locales y las percepciones de las mujeres acerca del número y los tipos de instituciones a las que podían recurrir en busca de ayuda. En dos sesiones con activistas guatemaltecas –una con líderes comunitarios de salud en un vecindario periurbano de la ciudad de Guatemala y otra con mujeres indígenas activistas de la población rural de Totonicapán– las opiniones de las participantes acerca de las instituciones estatales fueron muy similares, a pesar de las diferencias entre los dos entornos (figuras 7-1 y 7-2). En ambos casos, las participantes opinaron que los grupos eclesiásticos y las redes familiares eran las fuentes más importantes de apoyo para las

mujeres maltratadas. Al mismo tiempo, se consideró que el centro de salud —y específicamente el personal que se ocupaba de la VBG— era el único servicio gubernamental sensible a los problemas de las mujeres. En general, todas las otras instituciones que se podría esperar que ayudaran a las mujeres maltratadas, como la policía, los tribunales, los médicos forenses, etc., fueron clasificados como servicios no disponibles o no útiles.

No es sorprendente que, en ambos entornos, los proveedores de servicios de salud reconocieran que había sido muy difícil establecer redes institucionales para la coordinación del trabajo vinculado con la VBG, ya que las otras instituciones no parecían dispuestas a comprometer el tiempo y el esfuerzo necesarios para crear y sostener las redes.

Se encontró una situación muy distinta en la población rural de Apopa, El Salvador, donde el director del centro de salud reunió a más de 20 miembros de la comisión local para la prevención de la violencia, entre ellos el alcalde, el jefe de policía, representantes de las ONG y funcionarios de salud del distrito, para analizar su labor con el equipo de evaluación. Si bien los participantes reconocieron que, cuando mucho, la comisión había funcionado solo en forma intermitente, su formación evidentemente había producido un mayor entusiasmo y preocupación por el problema. Es interesante destacar que esto se reflejó en los resultados de una discusión en grupo con usuarias del Centro de Salud Chintúc, en Apopa. Estas mujeres nombraron a varias instituciones gubernamentales, ONG y grupos de mujeres que podían atender a las mujeres maltratadas (figura 7-3). Muchas de ellas habían sido ayudadas personalmente por la policía o los tribunales locales. Narraron numerosas historias en las cuales la policía había apoyado a las mujeres que vivían situaciones de violencia, aun cuando los miembros de sus familias y los vecinos no les habían ofrecido ayuda.

“Cuando la familia tomó partido por él, la policía les dijo que no intervinieran y no dejó que su madre lo acompañara a la comisaría.”

— Promotora de salud, Apopa, El Salvador

¿CÓMO SE LOGRA QUE UNA RED COMUNITARIA TENGA ÉXITO?

De los cuatro países visitados durante la evaluación, Nicaragua tiene la experiencia más prolongada y más rica con redes comunitarias para la prevención de la violencia. Aun en las poblaciones donde apenas se estaban iniciando actividades para abordar la VBG en el centro de salud, las redes se beneficiaron enormemente de la tradición ya establecida de una sólida participación y coordinación de la comunidad.

La experiencia de Nicaragua es única en varios aspectos. Para comenzar, ha habido un amplio movimiento estructurado de organizaciones de mujeres que han trabajado para combatir la VBG durante más de 10 años. Más de 100 organizaciones de todo el país participan en la Red de Mujeres contra la Violencia, que también tiene redes

LECCIONES APRENDIDAS

El establecimiento de redes comunitarias puede contribuir mucho a la coordinación de los servicios para víctimas de la violencia y la elaboración de programas conjuntos de prevención de la violencia. En todos los países estudiados, las organizaciones de mujeres y grupos afines han desempeñado un papel fundamental en la consolidación de las redes. Además, diferentes sectores han desempeñado funciones esenciales en países específicos; por ejemplo, la Policía Nacional, por conducto de las Comisarías de la Mujer y la Niñez, ha sido la fuerza impulsora de la coordinación en Nicaragua, mientras que en Belice, Costa Rica y Panamá el sector de la salud ha desempeñado un papel destacado.

FIGURA 7-1. ¿QUIÉN AYUDA A ROSITA?

Opiniones de las mujeres mayas de Totonicapán con respecto a las instituciones y grupos que trabajan en temas relacionados con la violencia basada en el género en Guatemala, representadas mediante diagramas de Venn. Los círculos más oscuros corresponden a las instituciones gubernamentales y los más claros representan a los grupos no gubernamentales, como organizaciones de mujeres, grupos eclesiásticos, amigos, vecinos y familiares. Cuanto más útil es el grupo, más grande es el círculo y más cerca está de Rosita. Los signos positivos y negativos juntos (+/-) indican que la experiencia con este grupo podría ser positiva o negativa, según la situación particular.

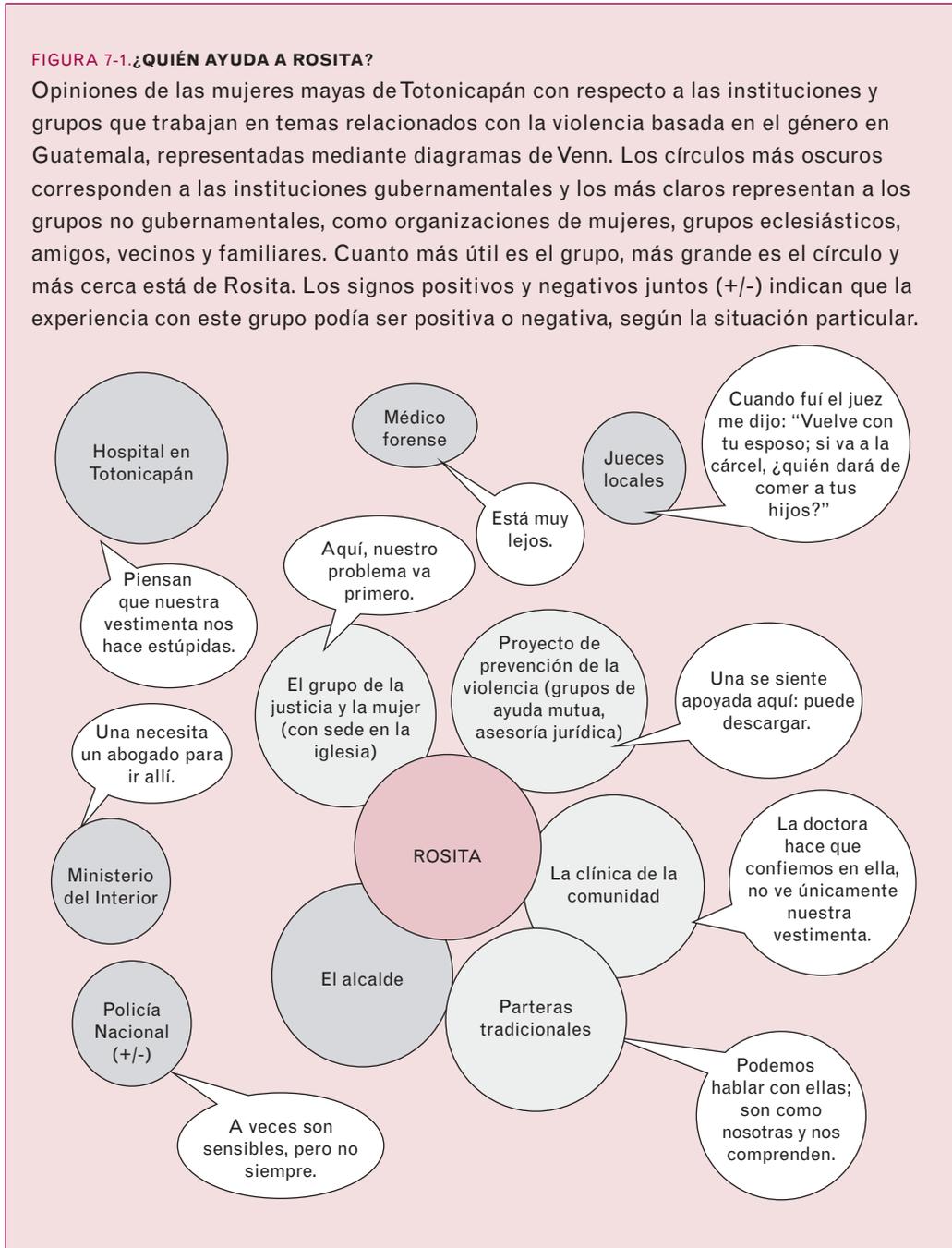


FIGURA 7-2. ¿QUIÉN AYUDA A ROSITA?

Opiniones de voluntarias de salud de la Clínica Justo Rufino Barrios, en Guatemala, con respecto a diversos tipos de redes de apoyo a las mujeres maltratadas.

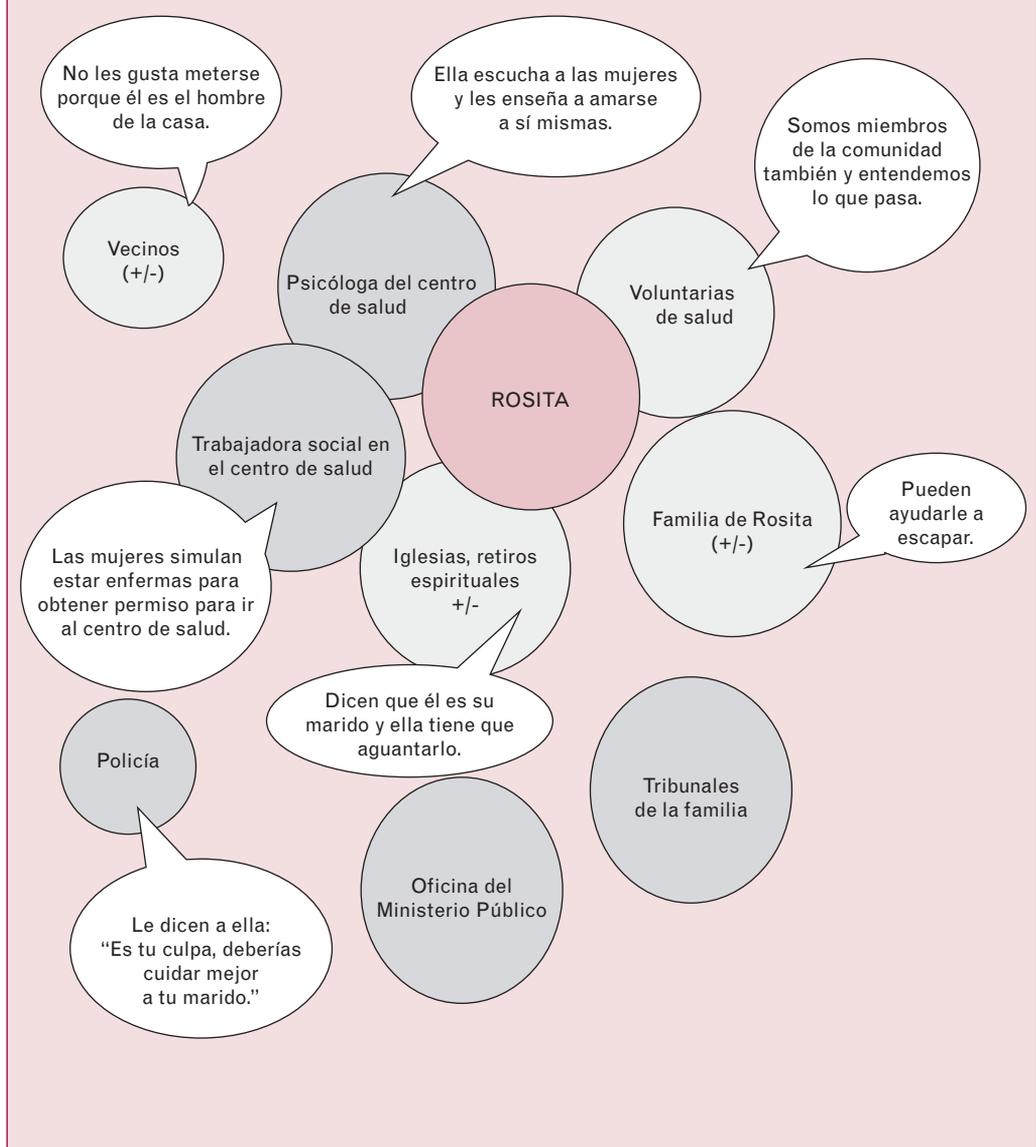
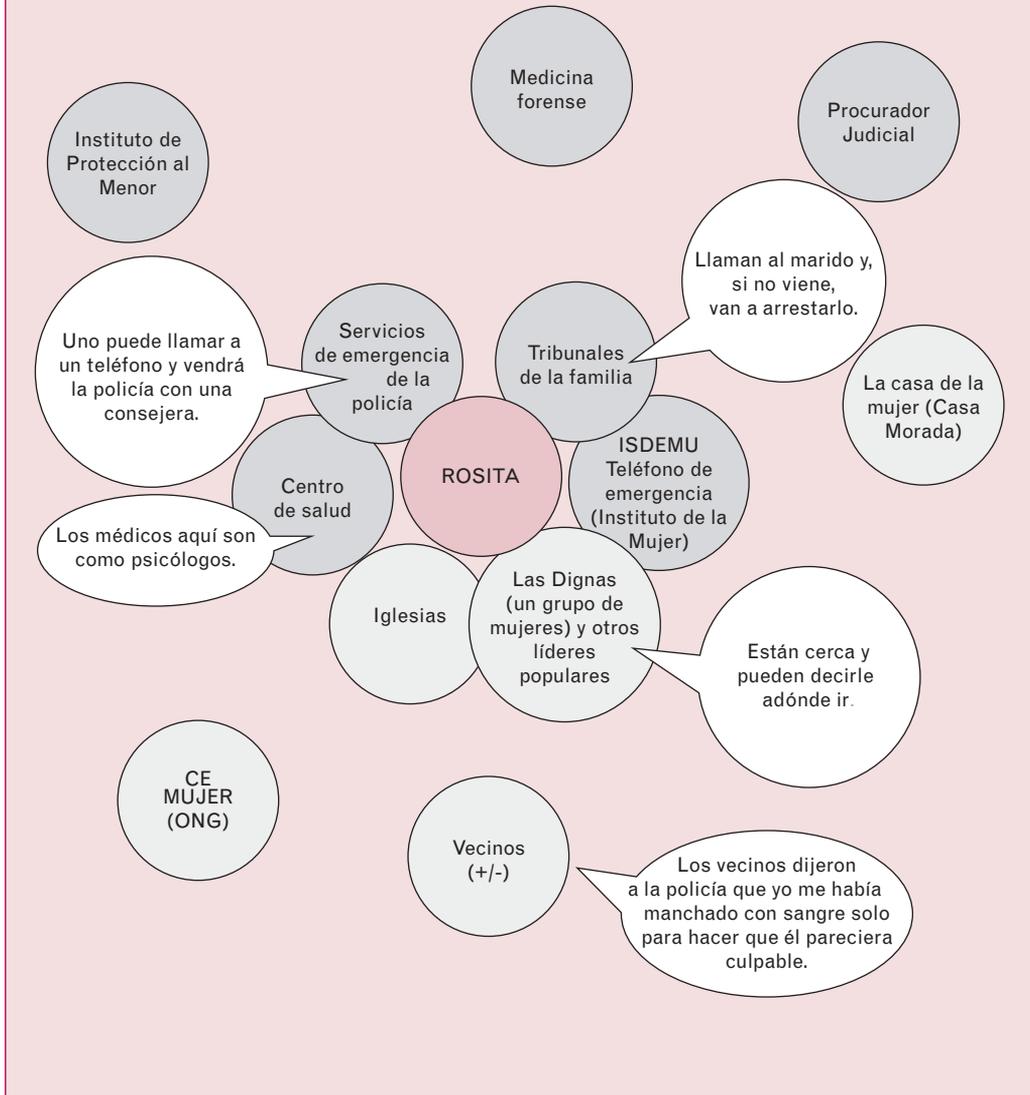


FIGURA 7-3. ¿QUIÉN AYUDA A ROSITA?

Opiniones de las mujeres de la comunidad en Apopa y Guazapa, El Salvador, acerca de los recursos existentes en la comunidad para los casos de violencia basada en el género.



regionales en la mayoría de las ciudades y poblaciones más importantes. La Red lleva a cabo anualmente campañas de sensibilización a nivel nacional; en 1997 redactó y cabildeó con éxito la aprobación de una ley sobre la violencia intrafamiliar; además, las redes filiales desempeñan una función activa permanente en el establecimiento y vigilancia de las Comisarías de la Mujer y la Niñez. La Red también cuenta con una comisión de investigación y salud que, en 1995, junto con la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nicaragua en León realizó el primer estudio de población sobre la prevalencia de la violencia doméstica en América Central (Ellsberg et al. 2000). El grupo también ha elaborado materiales didácticos sobre la VBG, incluido un manual de capacitación para trabajadores de salud que se usa ampliamente en todo el país (Red de Mujeres contra la Violencia 1999). En varios distritos, los miembros de las redes locales han contribuido a capacitar a trabajadores de salud en relación con la VBG.

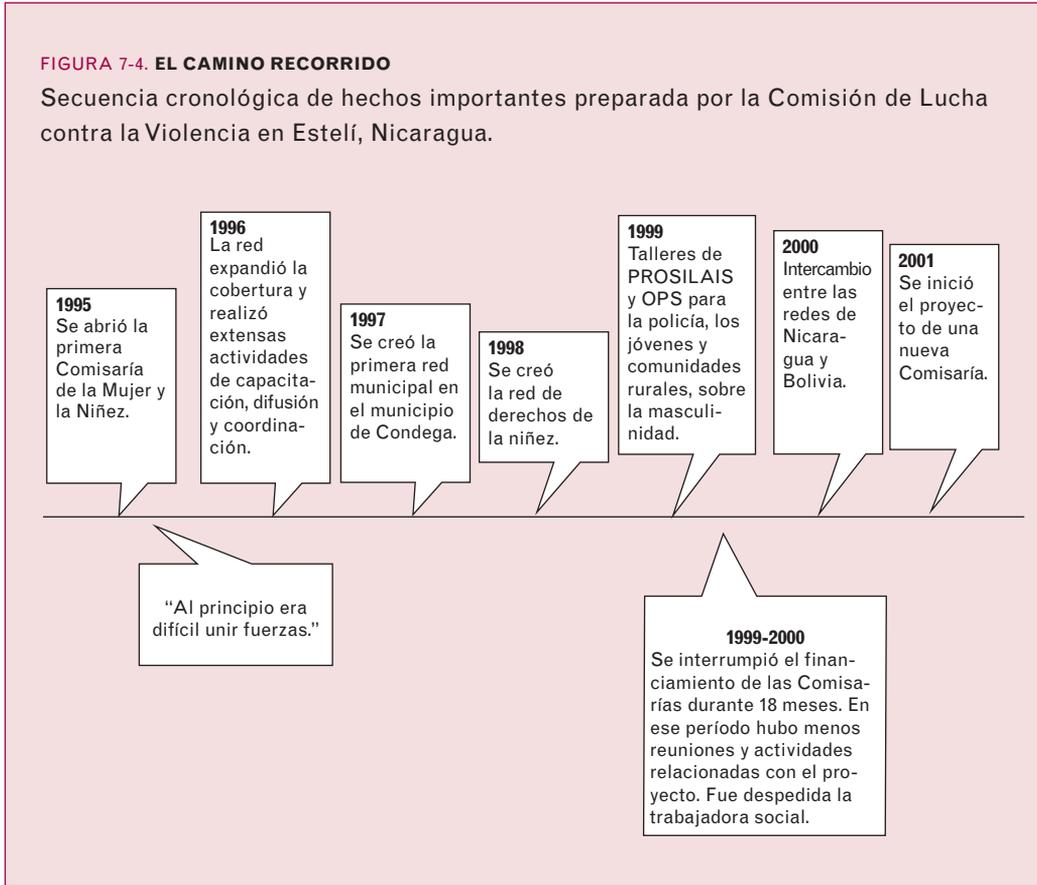
Sin duda, una fuerza importante que ha configurado la labor sobre la VBG en Nicaragua es la creación de las 17 Comisarías de la Mujer y la Niñez que actualmente funcionan en todas las ciudades principales del país. Las Comisarías cuentan con mujeres policías capacitadas y trabajadoras sociales y han sido apoyadas básicamente mediante la ayuda internacional. Además de recibir e investigar quejas de maltrato, las Comisarías trabajan juntas con las ONG locales para proporcionar servicios de rehabilitación y educar a los integrantes de la comunidad en relación con la violencia. Cada vez que se crea una Comisaría, se establecen redes locales para proporcionar apoyo técnico y supervisar la labor. Los miembros de la red también reciben capacitación y otros recursos para las actividades y servicios de prevención, que han contribuido considerablemente a la eficiencia de las Comisarías y de las redes comunitarias.

En Nicaragua, el equipo de evaluación se reunió con las redes locales de prevención de la violencia en Chinandega, en la región occidental, en Bluefields, en la costa atlántica, y en Estelí, en el noroeste del país.

Además de ser el primer sitio piloto del proyecto de la OPS, Estelí fue una de las primeras poblaciones en establecer una Comisaría de la Mujer y la Niñez. Hay cinco centros no gubernamentales diferentes en la población que proporcionan servicios psicológicos, jurídicos o médicos a las sobrevivientes de la violencia, entre ellos Acción Ya, el primer albergue para mujeres maltratadas en Nicaragua. Además de estos centros, se ha creado una Comisión de Lucha contra la Violencia que incluye a jueces locales y de distrito, el fiscal de distrito y representantes de los Ministerios de Salud, de Educación y de la Familia. Mediante un ejercicio llamado “El camino recorrido”, los miembros de la red describieron los momentos más importantes en su historia y los situaron en orden cronológico en una secuencia lineal, ubicando los aspectos positivos arriba de la línea horizontal y los factores que tuvieron una influencia negativa, debajo de la línea (figura 7-4).

En Estelí, el proceso comenzó en 1995 con el establecimiento de la Comisaría de la Mujer y la Niñez. Según el grupo, los logros que contribuyeron más a la consolidación de su labor fueron:

- la realización de talleres conjuntos de capacitación para todos los miembros de la red (policías, jueces y grupos juveniles);
- viajes de intercambio a otros países para aprender de sus experiencias (por ejemplo, un intercambio patrocinado por la OPS entre la red de Estelí y una población en Bolivia);
- la creación de redes municipales en las poblaciones más pequeñas alrededor de Estelí, como Condega, que ampliaron considerablemente el ámbito de trabajo relacionado con la VBG;



- la instauración de un programa nacional de capacitación en Estelí, donde los profesionales de otras regiones pueden aprender de las experiencias de todos los centros que participan en el programa, y
- el establecimiento de una iniciativa local en la cual los grupos de la zona aportaron tiempo y recursos para mantener en funcionamiento la Comisaría de la Mujer y la Niñez durante un período en que se había interrumpido el apoyo financiero internacional.

Al elaborar planes conjuntos para la capacitación y las actividades de concienciación del público, la red de Estelí pudo optimizar los escasos fondos y obtener financiamiento de otras fuentes, como el proyecto de reforma sanitaria PROSILAIS, patrocinado por el

Gobierno de Suecia, que financió los viajes de estudio a Estelí de profesionales de la salud provenientes de otras regiones del país.

Otro ejemplo de obtención eficiente de recursos es la recientemente formada comisión de prevención de la violencia en Bluefields. Los representantes del Ministerio de Salud han desempeñado una función clave en el fortalecimiento del trabajo de la comisión al compartir recursos con otros miembros para llevar a cabo la sensibilización con respecto a la VBG de profesionales de otros sectores que tienen gran influencia en las actitudes de la comunidad, como maestros, jueces y líderes religiosos. Después de participar en los talleres de sensibilización, se pide a los maestros que firmen un compromiso enumerando las actividades de extensión que planean realizar junto con sus estudiantes y otros colegas.

Si bien no fue visitada por el equipo de evaluación, la población indígena de El Alto, en Bolivia, también ofrece un ejemplo interesante del potencial de las redes comunitarias bien integradas de prevención de la violencia para lograr avances espectaculares en la movilización de recursos y la creación de conciencia en la comunidad acerca del problema de la violencia (recuadro 7-1).

INCORPORACIÓN DE LOS HOMBRES EN ACTIVIDADES DESTINADAS A CAMBIAR LA CULTURA DE LA VIOLENCIA

En la mayoría de los países visitados por el equipo de evaluación, tanto los proveedores de servicios como las usuarias subrayaron la importancia de estimular la participación de los hombres en todas las actividades de prevención de la violencia y señalaron que no es posible eliminar la violencia contra las mujeres si, como parte fundamental de este proceso, no cambian las actitudes y comportamientos de los hombres violentos.

Los proveedores observaron que las mujeres maltratadas a menudo solicitan ayuda para sus esposos, es decir, alguien que proporcione a los hombres orientación y asesoramiento para motivarlos a cambiar. Estas mujeres no quieren necesariamente terminar sus relaciones, lo que desean es que termine la violencia. Esta es una de las razones por las cuales los acuerdos extrajudiciales que incorporan esos tipos de servicios son solicitados con más frecuencia que los procesos penales.

En Canadá, Estados Unidos y Europa hay muchos programas de tratamiento para los agresores, con diversos enfoques teóricos y programáticos. La mayoría de los programas tiene una duración de 8 a 12 semanas. Los tribunales envían a los participantes a los programas como opción de la condena impuesta. Se han realizado pocas evaluaciones para determinar la eficacia de esta estrategia. No obstante, los datos sobre la asistencia indican que aproximadamente la mitad de



Cortesía OPS/OMS-Bolivia

Los reclutas de las fuerzas armadas bolivianas reciben instrucción sobre la sensibilización sobre la VBG como parte de su adiestramiento militar básico.

**RECUADRO 7-1. LA EXPERIENCIA DE BOLIVIA:
LA RED DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

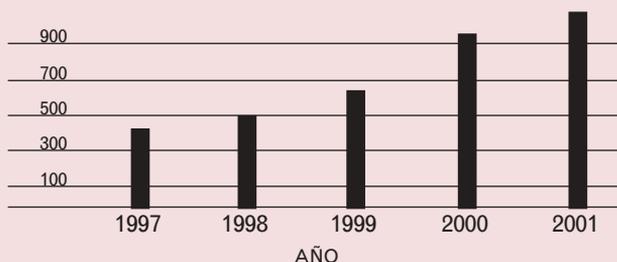
En septiembre de 1998, en la ciudad de El Alto, Bolivia, un grupo de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias formó la Red de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar. Juntos, esos organismos elaboraron un plan de trabajo y crearon comisiones para poner en práctica el plan y movilizar recursos técnicos y financieros en las organizaciones miembros de la Red.

Desde el comienzo, la Red ha tenido éxito en la coordinación del trabajo de una serie de entidades gubernamentales de la ciudad, como la Unidad Departamental de Género de la Prefectura, la Dirección de Gestión Social de la Alcaldía Municipal, la Unidad Desconcentrada de Salud de El Alto, el Defensor del Pueblo, la Brigada de Protección a la Familia (la unidad de policía que atiende a contravenciones), Radio Patrulla 110 (un servicio de policía que responde a situaciones de emergencia) el equipo local de Médicos sin Fronteras y una confederación de más de 100 organizaciones populares.

Con su plan común, estos organismos trabajaron juntos para lograr los siguientes objetivos:

- En 2001, los miembros registraron 15.371 casos de violencia en una población total de 98.670 mujeres.
- El centro de salud registró 297 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 36% fueron enviados a la policía u otras autoridades judiciales. Anteriormente no existía notificación de casos de este tipo por parte del sector de la salud.

**DEMANDA DE SERVICIOS LEGALES PARA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
EL ALTO, BOLIVIA, 1997-2001**



Cortesía del Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza

Las lecciones aprendidas son:

- Los sistemas eficientes de recolección y análisis de información sobre la violencia basada en el género son fundamentales para determinar los alcances del problema, crear conciencia entre los proveedores de servicios, en particular los del sector de la salud, e influir en la toma de decisiones políticas a nivel local.
- Las alianzas entre organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y locales que se basan en el compromiso sostenido e incorporan los conocimientos de cada miembro, son esenciales para la prestación de servicios bien integrados y de alta calidad.
- La identidad étnica de la comunidad, predominantemente de origen aymará, debe constituir la piedra angular en la selección de estrategias culturalmente apropiadas y en la promoción de los derechos y la equidad.

Dora Caballero, OPS/OMS-Bolivia

los hombres desertan antes de completar el programa. De los que lo concluyen, alrededor de la mitad dejan de ejercer la violencia física, al menos durante cierto tiempo. Sin embargo, en muchos casos continúan exhibiendo otros tipos de comportamiento violento o de control. Una clave del éxito es la motivación del participante. No sorprende que sea más probable que cambien los hombres que participan en forma voluntaria (por ejemplo, porque no quieren perder a su familia o terminar su relación, o porque sienten un auténtico remordimiento por sus acciones) y no aquellos que participen en un programa del que básicamente piensan que tiene un propósito punitivo (Edleson 1995).

En Honduras y Panamá, las leyes relacionadas con la violencia intrafamiliar requieren que el sector de la salud proporcione tratamiento a los agresores, y los tribunales pueden usar la asistencia a un programa de tratamiento como opción de la condena. En Honduras, el equipo de evaluación visitó un programa para varones agresores y entrevistó a las esposas de algunos de los participantes que asistían a sesiones de terapia en la Consejería de la Familia (véase el recuadro 7-2). Aparentemente algunos de los hombres sí aprovecharon la oportunidad de reflexionar sobre su comportamiento, mientras que muchos otros simplemente “contaban las horas” que faltaban para cumplir la sentencia, sin siquiera asumir alguna responsabilidad por sus acciones. Algunas de las esposas describieron cambios positivos en el comportamiento y acciones de sus esposos como resultado del programa, aunque una mujer que había perdido el conocimiento más de una vez a causa de los brutales ataques de su marido confesó: “Todavía le tengo miedo”.

Durante la evaluación se encontraron varias áreas de posibles problemas en cuanto a las leyes que exigen que el sistema de salud trate a los agresores:

- ❖ No se asignan recursos adicionales para esos servicios; por consiguiente, existe el

riesgo de desviar fondos que estarían de otro modo disponibles para tratar a las víctimas de la violencia.

- ❖ La ley hondureña establece una especie de simetría entre los varones agresores y las mujeres sobrevivientes. Las mujeres también son obligadas a participar en sesiones de orientación, con el propósito de “aumentar su autoestima”. Al igual que los agresores, pueden ser castigadas con servicio comunitario obligatorio si no asisten. Una psicóloga de la Consejería de la Familia de Colonia Kennedy observó que una mujer que había sido agredida por su esposo ahora estaba en peligro de perder su empleo a causa de las sesiones obligatorias de terapia, y que ella no había podido lograr que el juez le otorgara un aplazamiento. Si bien la intención de la medida es positiva, obligar a la víctima de un delito a recibir tratamiento contra su voluntad viola el principio más importante de la atención a las sobrevivientes: fortalecer el sentimiento de autonomía personal. Además, en las conversaciones con los agresores fue evidente que consideraban esta medida como un reconocimiento “oficial” de que los hombres y las mujeres son igualmente responsables de la violencia.
- ❖ No existe un consenso entre los profesionales de la salud mental en estos dos países (ni en los otros países estudiados en el proyecto) acerca de las pautas teóricas y metodológicas para tratar a los varones agresores. En consecuencia, la falta de normas y de personal capacitado para el tratamiento de los agresores en estos casos solo puede poner en mayor peligro la seguridad de las mujeres.
- ❖ Hay poca capacidad para efectuar el seguimiento de los casos con el fin de determinar la eficacia de los programas.

Un grupo nicaragüense, la Asociación de Hombres contra la Violencia, ha formulado una propuesta innovadora para trabajar con

**RECUADRO 7-2. "UNO NUNCA ESPERA DE SU ESPOSA QUE LE HAGA ESTO..."
EXPERIENCIAS DE UN GRUPO DE HOMBRES EN HONDURAS**

El equipo de evaluación entrevistó a 30 hombres de un grupo de agresores atendido por la Consejería de la Familia de Colonia Kennedy, Tegucigalpa. Todos estos hombres concurren a una sesión semanal de dos horas durante ocho semanas por orden de los tribunales. Reconocieron que no hubieran participado si no se les hubiera exigido hacerlo. La mayoría se consideraban víctimas del sistema de justicia penal. Solo un hombre admitió haber golpeado a su esposa. Otro hombre explicó que había presentado cargos contra su esposa conforme a la ley de violencia intrafamiliar "porque ella me hostigaba mucho", pero la jueza lo obligó a él a asistir a las reuniones de los grupos.

"La jueza 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 envalentonó y se puso más dura."

En cuanto a la actitud negativa de la jueza hacia los agresores masculinos, los hombres sugirieron que lo más justo sería tener un juez varón para los hombres "pues así se entienden mejor" y tener una jueza para las mujeres.

Algunos hombres reconocieron que había ciertos beneficios en su participación en las reuniones de los grupos, a pesar de lo desagradable que era verse obligados a asistir.

"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 [a causa del maltrato de parte de su madre]. Después, gracias a Dios, mi esposa me denunció [a la policía]; ahora mi vida es diferente pues he podido liberarme de esa carga."

“hombres que tienen problemas de poder y de control” en sus relaciones íntimas. Este grupo aborda explícitamente el problema del poder y del control porque considera que la violencia provocada por los hombres es simplemente una característica de las relaciones basadas en el sometimiento de su pareja. Con este enfoque, el grupo pretende evitar la “trampa” en la que caen algunos programas al “concentrarse en eliminar la conducta violenta del hombre para que estos reemplacen la violencia por otras formas más sutiles de dominación”. Este programa está dirigido a voluntarios que no han sido antes enjuiciados o sentenciados por ataques; es decir, los hombres que presumiblemente aceptarían mensajes de reciprocidad, en comparación con los hombres que ya han ingresado en el sistema judicial.

LECCIONES APRENDIDAS

Los grupos de tratamiento de agresores no deben ser confundidos con los grupos de reflexión para los hombres. El propósito de los grupos de reflexión es animar a los hombres (miembros de la comunidad o trabajadores de salud) a poner en tela de juicio los conceptos culturales existentes sobre la masculinidad y a volverse más sensibles a las normas equitativas para ambos géneros. Los grupos de hombres pueden ser una forma eficaz de involucrar a varones tanto adultos como jóvenes en actividades de prevención de la violencia.

En contraste, la mayoría de los servicios de salud no están equipados para manejar grupos de tratamiento de agresores, en particular cuando los tribunales ordenan la asistencia como una opción a la sentencia. Estos programas requieren una metodología diferente y personal capacitado y, cuando son manejados en forma deficiente, pueden exponer a las mujeres a un riesgo aún mayor. Idealmente, el sistema de justicia penal o profesionales ajenos al sistema de salud pública deben manejar estos grupos.

La propuesta nicaragüense establece una diferencia clara entre los grupos de reflexión para los hombres y los grupos de agresores, y considera que se requieren métodos distintos en cada caso. En algunas de las otras experiencias centroamericanas, parece ser más vaga la distinción entre los dos tipos de grupos.

El propósito principal de los grupos de agresores en Nicaragua es aumentar “la seguridad de las mujeres, niñas y niños. Se trata de atender a los hombres para beneficiar en primer lugar a las mujeres, niñas y niños y en segundo lugar a los hombres”. Como observó un miembro de la Asociación:

“En los grupos de agresores no hay un acuerdo previo de mantener confidenciales las conversaciones. Esto implica que podemos verificar si los hombres han cambiado sus actitudes y comportamientos hablando con sus parejas. Los hombres que participan en el grupo tienen que aceptar esta regla.”

CAMBIAR LAS NORMAS DE LA COMUNIDAD ACERCA DE LA VIOLENCIA

Como se analizó en el primer capítulo de este libro, uno de los principales resultados de las investigaciones internacionales sobre las causas de la VBG es que, si bien los factores individuales de riesgo, como presenciar la violencia en la niñez, la pobreza o el consumo de alcohol, pueden aumentar las probabilidades de que un individuo en particular recurra a la violencia, las normas culturales desempeñan un gran papel en los niveles generales de violencia existentes en una comunidad. En muchas partes del mundo, se considera tanto un derecho como una obligación que los hombres castiguen físicamente a sus esposas cuando perciben transgresiones. El honor de un hombre a menudo depende de su capacidad de controlar el comportamiento de su esposa. En un estudio realizado en Nicaragua por la Red de Mujeres contra la Violencia, un campesino explicó cómo golpear a su esposa sin dejar cicatrices visibles que pudieran meterlo en problemas con la policía:

“Uno tiene que saber cómo dársela a una mujer. Las mujeres prefieren ser golpeadas donde no se vea, preferiblemente en el trasero con un cinturón o usando la cara plana del machete... Esto no es serio porque no se puede ver, pero si la golpeo en el ojo, eso sí es un problema...”

—Ellsberg, Liljestrand y Winkvist 1997

Las actividades educativas comunitarias pueden aumentar el conocimiento de las mujeres acerca de sus derechos legales y sociales y empoderarlas para buscar ayuda cuando se las maltrata. También sirven para poner en tela de juicio las creencias subyacentes que justifican el sometimiento de la mujer y el empleo de la violencia para resolver los conflictos. Fomentar las relaciones no violentas e igualitarias entre los hombres y las mujeres es la clave para prevenir la violencia futura.

En los últimos 10 años, numerosos grupos en Nicaragua han realizado campañas nacionales contra la violencia. La Red de Mujeres contra la Violencia lleva a cabo una campaña cada año que combina los mensajes en los medios de comunicación masiva, a través de espectáculos televisivos y radiales populares, con actividades locales, peticiones y distintivos con lemas populares (recuadro 7-3).

Una ONG nicaragüense, la Fundación Puntos de Encuentro, también ha efectuado campañas nacionales en los medios dirigidas a distintos grupos, como la que estimula a los hombres a ser más equitativos en sus relaciones y a encontrar nuevas formas de resolver los conflictos (figura 7-6).

Una encuesta demográfica y sanitaria realizada en 1998 encontró que casi la mitad de las mujeres nicaragüenses habían visto u oído por lo menos uno de los mensajes, y que, de ellas, casi la mitad podía repetir por lo menos uno de ellos (Rosales et al. 1999).

Puntos de Encuentro también produce un programa televisivo llamado “Sexto sentido”, dirigido a los adolescentes de ambos sexos. El programa, que ha obtenido un alto grado de popularidad entre sus espectadores juveniles,



FIGURA 7-5. CAMPAÑA DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER EN NICARAGUA, donde se señala que el hogar puede convertirse en el núcleo generador de violencia contra las mujeres, los adolescentes y los niños.

aborda una serie de temas, como la sexualidad, los conflictos generacionales, la equidad de género y la violencia contra las mujeres y los niños. En una evaluación del programa, una joven mujer dijo:

“... Después de ver “Sexto sentido” supe qué hacer cuando una amiga me dijo que había sufrido abuso sexual perpetrado por alguien de su familia. Seguí los mismos pasos que la muchacha del espectáculo y le di a mi amiga los números telefónicos que muestran para que pudiera hablar con alguien que estuviera mejor informado.”

—Puntos de Encuentro 2002

Los centros de salud también pueden constituir un entorno ideal para difundir mensajes acerca de la violencia. En Estados Unidos, muchos profesionales de la salud exhiben cartelones o usan distintivos que dicen a las usuarias “Usted puede hablar

RECUADRO 7-3. LEMAS DE LA CAMPAÑA NICARAGÜENSE CONTRA LA VIOLENCIA

- Quiero vivir sin violencia (Red de Mujeres contra la Violencia)
- No hay excusa para la violencia (Red de Mujeres contra la Violencia, basada en una campaña estadounidense realizada por el Fondo de Prevención de la Violencia Intrafamiliar)
- La próxima vez que alguien levante una mano, que sea para saludar (Fundación Puntos de Encuentro)
- La violencia contra las mujeres: un desastre que los hombres sí podemos evitar (Puntos de Encuentro)
- La violencia afecta a una de cada tres mujeres en Nicaragua... y nosotros. . . ¿qué estamos haciendo? (Comisión Nacional de Lucha contra la Violencia)
- Ni golpes que lastimen ni palabras que hieran (Comité Coordinador de los Derechos de la Niñez)

conmigo acerca de la violencia” (Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999). En Perú, el Ministerio de Salud, conjuntamente con el Centro Flora Tristán y la OPS, elaboraron pequeños anuncios para ser colocados en los escritorios de los proveedores de servicios (figura 7-7). La cara que ven las usuarias dice: “Nadie tiene derecho a maltratarte. Si Ud. sufre violencia en su hogar, su salud está siendo seriamente afectada. Consulte con nosotras/os”. La cara del reverso que ven los proveedores les recuerda que deben aprovechar la oportunidad de hablar sobre la violencia con sus pacientes. En Nicaragua, la Red de Mujeres contra la Violencia elaboró pequeñas tarjetas para que los proveedores las entreguen a las usuarias. Son lo suficientemente pequeñas para ser escondidas con facilidad y proporcionan información básica acerca de la ley de violencia doméstica, cómo preparar un plan de seguridad y adónde recurrir para obtener ayuda.

Muchos de los centros visitados por el equipo de evaluación exhibían afiches acerca de la violencia y distribuían folletos a sus clientas sobre el tema, pero pocos de ellos habían sido preparados específicamente para los entornos de atención de salud. La mayoría de los folletos habían sido producidos por grupos locales de mujeres u organizaciones internacionales de derechos humanos. Varios trabajadores de salud sugirieron que los ministerios de salud de la Región desarrollaran una campaña de concienciación en conjunto que abordara específicamente la VBG como un problema de salud y que alentara a las mujeres a hablar con sus proveedores de servicios acerca de la violencia. “Tenemos que crear un ambiente favorable en el centro de salud, con mensajes que confirmen que nos preocupamos por la violencia”, observó una enfermera en Bluefields, Nicaragua. Una de las mujeres entrevistadas en El Salvador explicó que la principal razón por la que iba al centro de salud con sus problemas era que había visto un rótulo en la pared que decía: “Aquí ayudamos a las víctimas de la violencia intrafamiliar”.

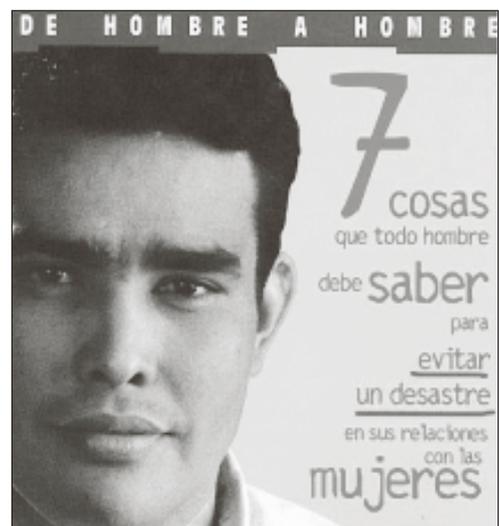


FIGURA 7-6. “SIETE COSAS QUE TODO HOMBRE DEBE SABER PARA EVITAR UN DESASTRE EN SUS RELACIONES CON LAS MUJERES”, una campaña contra la violencia orientada a los hombres, realizada por la Fundación Puntos de Encuentro, Nicaragua.

GRUPOS DE APOYO PARA LAS SOBREVIVIENTES

Los grupos de apoyo son técnicas eficaces y de bajo costo para ayudar a las sobrevivientes a superar sus experiencias de violencia. En las Américas, hay varias organizaciones, por ejemplo, CEFEMINA (Centro Feminista de Información y Acción) en Costa Rica y el Centro Flora Tristán en Perú, con amplia experiencia en la organización de grupos de autoayuda o de apoyo para las sobrevivientes de la violencia.

Una de las principales ventajas de los grupos de apoyo es que permiten a los centros brindar atención psicológica a muchas más personas de lo que sería posible con la atención individual. Además, el facilitador del grupo no tiene que ser un profesional de salud mental, si bien se requiere una capacitación especial. Otra ventaja es que las mujeres tienen la oportunidad de ayudarse mutuamente, comprender que no son las únicas que sufren violencia, desarrollar lazos de solidaridad y, en ciertos casos, hasta tomar medidas colectivas. Estos son factores importantes para ayudar a las mujeres a mantener su resolución de superar la violencia.

La OPS ha fomentado la constitución de grupos de apoyo mediante la capacitación de personal y la distribución de materiales didácticos. En cada uno de los países del proyecto, ha habido por lo menos una



FIGURA 7-7. ANUNCIO USADO EN PERÚ para estimular a las mujeres a examinar la violencia con los proveedores de servicios.

experiencia exitosa en la creación de grupos permanentes de apoyo. Un aspecto importante de este proceso observado por el equipo de evaluación fue que el éxito de estos grupos aparentemente no dependía de la cantidad de personal especializado; en un puesto de salud había grupos manejados con éxito por una enfermera auxiliar, mientras que algunos centros equipados con grupos especializados en salud mental aseguraron al equipo de evaluación que sería imposible establecer grupos de este tipo en sus comunidades. Las principales dificultades mencionadas por los proveedores fueron:

“En las comunidades rurales todos se conocen y no quieren exponer sus vidas personales ante los demás por pena o por miedo de las represalias por parte de los maridos.”

—Comayagua, Honduras

“No tenemos personal especializado para facilitar los grupos.”

—Chinandega, Nicaragua

“Tratamos de crear un grupo, pero las mujeres no querían seguir; no tienen interés.”

—Santa Lucía, Guatemala

En general, parece que el éxito o el fracaso de los grupos de apoyo tiene mucho que ver con la motivación y la habilidad de los trabajadores individuales de salud, más que con las características de una determinada comunidad o con la capacitación profesional de los facilitadores. En la mayoría de los países del proyecto, se habían realizado uno o dos talleres para capacitar a las facilitadoras, pero estas profesionales habían recibido poca capacitación adicional o apoyo para el seguimiento. La falta de experiencia de los facilitadores, aunada al temor del fracaso, son una barrera considerable para el éxito de los grupos de apoyo. Como observó una psicóloga de Guatemala:

RECUADRO 7-4. CUALIDADES IMPORTANTES PARA LOS FACILITADORES DE LOS GRUPOS DE APOYO

- Capacitación en relación con el género y la violencia
- Capacitación en la dinámica del maltrato, los distintos tipos de maltrato y sus consecuencias
- Familiaridad con las estrategias para el empoderamiento y la recuperación
- Capacitación en relación con las normas éticas para trabajar con la violencia contra las mujeres y conocimiento de las leyes existentes

Tomado de: Claramunt 1999

RECUADRO 7-5. LO QUE HEMOS APRENDIDO EN LOS GRUPOS DE APOYO

- A ser independientes
- A valorarnos a nosotras mismas
- A ser más responsables con nuestros hijos
- A tomar nosotras mismas decisiones responsables
- A reconocer nuestras cualidades
- A no ser violentas
- A incrementar nuestra autoestima
- A poner en práctica nuestras habilidades
- A decir: "Soy capaz, puedo hacerlo"
- A empoderarnos a nosotras mismas
- A hacer respetar nuestros derechos y no ser maltratadas
- A querernos a nosotras mismas
- A perdonar
- A liberarnos
- A respetar
- A amar
- A ser solidarias dentro del grupo

Declaraciones hechas por las integrantes de un grupo de apoyo de Barrio Lourdes, El Salvador

"... Es importante no regañar a las mujeres... Para facilitar un grupo de apoyo, tienes que recibir capacitación y aprender a abordar tus propias experiencias de violencia..."

Sin embargo, en los sitios donde continúan operando grupos de apoyo, tanto el personal de salud como las participantes están convencidos de que son una técnica excelente para ayudar a las sobrevivientes de la violencia.

La policlínica de Barrio Lourdes en El Salvador tiene un programa integral con varios grupos de apoyo para sobrevivientes de la violencia, incluido uno para mujeres de edad avanzada. Lo notable de esta experiencia es que una fisioterapeuta y una terapeuta en educación especial facilitan los grupos, a pesar de que el centro cuenta con varios psicólogos entre su personal. Las facilitadoras fueron escogidas no por sus antecedentes profesionales sino por su interés y compromiso con el tema y su capacidad de despertar confianza en las usuarias.

Una psicóloga guatemalteca encontró que el apoyo del grupo era más beneficioso para las mujeres que la orientación individual por los vínculos que se crean entre las participantes:

"Es admirable la solidaridad con que se tratan. Se dan ideas para seguir adelante. Dan mejores resultados los grupos, en pocas sesiones salen diciendo: 'Y, ¿no ha probado tal cosa?'. En lo personal, el grupo me ha ayudado a entender mejor el problema, al ver cómo ellas se hablan con gran sabiduría..."

"Lo importante es que llegan anónimas y que no se conocen entre ellas. No es necesario ser *Superman* para facilitar un grupo, sino comenzar con paciencia y no regañarlas... La regla principal del grupo es: "No hemos venido a chismear sino a resolver nuestros problemas!"

LECCIONES APRENDIDAS

Los grupos de apoyo pueden ser una técnica muy eficaz para ayudar a las sobrevivientes de la violencia.

Sin embargo, el personal de salud necesita capacitación y apoyo permanente para llegar a ser facilitadores eficientes.

Una enfermera auxiliar de Guazapa, El Salvador, describió su experiencia de la siguiente manera:

“Me ha costado crear este grupo. A cada mujer, después de la atención individual, se le invita. Comenzamos con 12 mujeres, después se bajó; ahora tenemos seis 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.”

Las promotoras indígenas de Totonicapán, Guatemala, también señalaron que ofrecerse a enseñar a las mujeres habilidades prácticas representaba un incentivo adicional para su participación:

“... Los grupos están trabajando bien, pero nuestra estrategia es incluir clases de cocina y medicina tradicional para que vengan más mujeres y sus maridos no sospechen de su participación...”

Los comentarios presentados a continuación, hechos por mujeres que han participado en grupos de apoyo, constituyen un conmovedor testimonio de la importancia de los grupos. El principal comentario expresado una y otra vez por las sobrevivientes que habían estado en contacto con proveedores de servicios de salud sensibles, ya sea en grupos o en sesiones individuales, fue destacar cuán importante era para ellas sentir que alguien se preocupaba y estaba dispuesto a escucharlas y que luego podía darles información y estímulo que afianzaban su autoestima y sus conocimientos acerca de sus derechos.

“Yo antes 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 él me golpeará. Aquí aprendí que no es así... Tenía la autoestima por el suelo, [pero] 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 de que no estaba sola, que somos muchas las que estamos encerradas en nosotras mismas, calladas... La comunicación entre nosotras y el conocimiento legal fueron muy importantes.”

—Colonia Kennedy, Honduras

AMPLIAR EL CÍRCULO

Los relatos presentados en la sección II de este libro han sido seleccionados para ayudar al lector a tener una mayor apreciación y comprensión de lo que el equipo de evaluación considera la lección de mayor alcance aprendida en la evaluación del proyecto de la OPS: que los individuos y las instituciones, trabajando juntos en un enfoque integral, pueden acumular un enorme poder para transformar no solo sus propios pensamientos,

RECUADRO 7-6. ¿QUÉ CONSEJO LE DARÍA A LAS MUJERES QUE VIVEN EN LA VIOLENCIA?

- Ama a tus hijos
- Ve al centro de salud para que te escuchen
- Debes buscar un cambio
- Tú eres importante
- Sé independiente
- Conoce tus derechos

Declaraciones hechas por mujeres de un grupo de apoyo de Barrio Lourdes, El Salvador



Cortesía OPS/OMS-Honduras

Incorporar a los hombres en discusiones abiertas sobre la VBG, como esta en Honduras, es una estrategia eficaz que puede ser utilizada por los grupos comunitarios para promover la idea de que la prevención de la violencia y el respeto mutuo son una responsabilidad de todos.

sentimientos y acciones sino también los de las comunidades donde viven. Si bien un tema principal de este libro ha sido la importancia del sector de la salud al asumir una función de liderazgo en la estimulación de este proceso, el equipo de evaluación también encontró abundantes datos que confirman la necesidad de una verdadera cooperación y alianzas firmes con otros sectores fundamentales para consolidar e institucionalizar las iniciativas actualmente en marcha. Si se logra esta meta, se puede ampliar el círculo dentro de las comunidades y extender la dinámica a otras nuevas.

En el capítulo ocho, estos relatos y lecciones serán situados y explorados en un contexto más amplio: el de otras comunidades en todo el mundo. Las experiencias colectivas pueden proporcionar un modelo teórico y práctico para individuos y grupos dedicados, dondequiera que estén, que deseen embarcarse en un viaje similar y que busquen solidaridad, inspiración y orientación en sus propios esfuerzos por librar a nuestras sociedades de la violencia y crear una nueva cultura internacional de auténtica igualdad entre las mujeres y los hombres. 

Capítulo ocho

Implicaciones mundiales: el enfoque de la OPS de la violencia basada en el género

LAS MUJERES ESTÁN ESPERANDO QUE EL MUNDO RESPONDA

Las mujeres presentadas en este libro, que describieron vidas llenas de maltrato físico y psicológico, no son únicas. De hecho, su sufrimiento nos llega en todos los idiomas y desde cada rincón del mundo. En las palabras de Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, la violencia contra las mujeres es “la más difundida violación de los derechos humanos, que no hace distinción de la geografía, la cultura o la riqueza” (U.N. Secretary General SG/SM/6334). Lo que ha cambiado es que en los últimos años han crecido la conciencia y la aceptación de la existencia del problema, y con ellas, existe un compromiso más palpable de identificar y abordar sus orígenes.

Desde hace mucho, la VBG ha sido un motivo de preocupación para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS. Ambos organismos han asignado gran prioridad al problema en su labor con los gobiernos nacionales y en la promoción a nivel de la comunidad. Las dos organizaciones están conscientes de las oportunidades que tiene la salud pública de cumplir la función esencial de revertir la situación de la violencia y de las responsabilidades que el sector de la salud puede y debe asumir en esta función esencial.

En 1995, la OMS, en su documento declarativo presentado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, identificó la violencia contra las mujeres como un problema de gran prioridad para la salud de las mujeres (WHO 1995). Entretanto, el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS ya había iniciado el trabajo en esta área, después de la aprobación en 1993 de una resolución que instaba a los Gobiernos Miembros de la OPS a formular políticas y planes para la prevención y el control de la violencia contra las mujeres y el lanzamiento del enfoque integral en el siguiente año. Desde el comienzo, la OPS y la OMS han estado en la vanguardia de la recolección de datos básicos sobre la magnitud y la naturaleza de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, mediante estudios tales como el de la “Ruta Crítica” (Sagot 2000) y el Estudio en Múltiples Países sobre la Salud de las Mujeres y la Violencia Doméstica (WHO 2002). Esta determinación de actuar preventivamente está expresada en el recientemente publicado *Informe mundial sobre la violencia y la salud* de la OMS. En el prólogo del informe, la entonces Directora General de la Organización, Gro Harlem Brundtland, señala: “El informe nos lanza también un reto en muchos terrenos. Nos obliga a ir más allá de nuestro concepto de lo aceptable y cómodo para cuestionar la idea de que los actos violentos son meras cuestiones de intimidad familiar de elección individual, o bien aspectos inevitables de la vida” (OPS 2003).

Es permanente la búsqueda de soluciones eficaces y perdurables, desde intervenciones

de prevención primaria en atención a las víctimas y las sobrevivientes de la violencia. No obstante, en relación con “lo que funciona”, las experiencias todavía son limitadas y dispersas y a menudo no han sido bien documentadas ni divulgadas. Los esfuerzos realizados por la Organización Panamericana de la Salud de documentar en este libro su experiencia en América Central son entonces una importante contribución a este campo.

Parece obvio señalar que, cuando se preparan respuestas a la violencia basada en el género, es necesario tener en cuenta la localidad particular y los recursos disponibles, las normas sociales y las leyes existentes, y las características de los sectores de la salud, judicial y otros. Ningún modelo es apto para todas las situaciones y cada intervención tendrá que ser adaptada al contexto específico (social, cultural, político) en el cual se la aplique. Sin embargo, muchas de las lecciones aprendidas de experiencias como las descritas en este libro pueden tener una aplicabilidad más amplia, a pesar de provenir de una sola región del mundo, y podrían servir en muchos aspectos para orientar las respuestas en otras regiones. Este capítulo analiza la aplicabilidad más amplia del enfoque usado por la OPS y sus aliados en América Latina en otros lugares.

ENFOQUE DE LA OPS: NUEVAS SITUACIONES, NUEVAS POSIBILIDADES

El trabajo de la OPS en relación con la VBG se inició con la investigación de la “Ruta Crítica” descrita en el capítulo dos. La importancia de este estudio es que documentó y proporcionó el primer conocimiento en profundidad de lo que le sucede a las mujeres una vez que rompen el silencio y buscan ayuda en forma activa: de los servicios estatales, las iglesias y escuelas de su comunidad e, incluso, de sus vecinos y miembros de su familia. La adquisición de este tipo de información y conocimientos, que podrían obtenerse en distintas formas y a veces mediante la adaptación o la simplificación de la metodología, es una base importante a

partir de la cual se pueden generar las intervenciones. Como hemos visto, los datos proporcionan conocimientos fundamentales acerca de la índole y la variedad de las vallas y otros obstáculos que las mujeres enfrentan en su búsqueda de atención y apoyo. Además, el estudio señaló que, por cada mujer que busca ayuda, hay muchísimas más cuyo sufrimiento permanece invisible. ¿Cómo llegamos a este grupo y cómo estimulamos a estas mujeres para que puedan transformar sus vidas y poner fin a la violencia que afrontan diariamente? Mejorar la respuesta de los servicios existentes –oficiales y no oficiales– es el punto de partida más lógico y evidente para que se produzca ese cambio.

La evaluación del enfoque de la OPS de la violencia contra las mujeres, específicamente de su trabajo en diversas comunidades de América Central, como se describió en la sección II de este libro, reveló características fundamentales que permitieron establecer orígenes comunes a pesar de las peculiaridades geográficas, las creencias sociales y culturales, y las estructuras políticas. Por el contrario, estas cualidades indican la pertinencia del enfoque y su potencial de adaptación a otros rincones del mundo donde las mujeres todavía no tienen acceso a servicios y sistemas que pudieran proporcionar reconocimiento, atención y apoyo. Cuando otras comunidades contemplan la posibilidad de dar el primer paso y responder a estas mujeres, sería conveniente que tengan en cuenta la idoneidad del enfoque para la generalidad de las situaciones, conforme a las características que se presentan a continuación:

1) El enfoque es flexible y no prescriptivo.

En cada comunidad del proyecto de la OPS, las personas clave identificaron el enfoque específico que se adoptaría, cuáles eran las mejores instituciones o dependencias para orientar el proceso y quiénes eran los aliados más apropiados. Si bien había una meta suprema común y objetivos similares, no existió un impulso de imponer un solo modelo genérico en todos los entornos de los siete países del proyecto.

2) El enfoque exige la acción en varios niveles. Los participantes en el proyecto pronto reconocieron que la acción simultánea en múltiples niveles ofrece la mejor posibilidad de responder con éxito a la violencia. Específicamente, esos niveles son: a) el macronivel de las políticas nacionales; b) los programas de distintos sectores públicos, haciendo hincapié en los del sector de la salud, y c) el nivel de la comunidad. Es preciso establecer medidas concretas en estos tres niveles para que las medidas de cada nivel se apoyen en forma sinérgica y fortalezcan la respuesta en los otros niveles.

3) Un enfoque multisectorial permite obtener los mejores resultados.

Actualmente se reconoce y está bien documentada la necesidad de recurrir a una serie de disciplinas y campos del conocimiento –salud, educación, aplicación de la ley, sistemas judiciales– para abordar el problema de la violencia. Sin embargo, crear esta dinámica primordial ha sido –por lo menos hasta el momento– la meta más difícil de alcanzar y mantener. Esto podría obedecer a que, al responder a la violencia, no existe ningún sector obvio que deba asumir el liderazgo. La fuerza motriz, por así decirlo, variará en los distintos entornos y a menudo está relacionada con una personalidad clave que esté dispuesta a poner en marcha la labor. En algunos países latinoamericanos, el sector jurídico y judicial ha estado a la vanguardia, mientras que en otros ha sido el sector de la salud el que ha encabezado las acciones; hay también países donde esta función ha sido asumida por la oficina de asuntos de la mujer.

En el proyecto centroamericano de la OPS se ha dado prioridad al sector de la salud como entidad homóloga natural de la Organización. Cualquiera que sea el sector que asuma el liderazgo, el enfoque de salud pública busca asegurar que todos los sectores participen, trabajen en estrecha colaboración y tengan funciones específicas, que se fortalezcan recíprocamente. Un plan de acción que describa las funciones específicas

de cada sector puede contribuir a esclarecer y minimizar las “disputas territoriales”. La asignación de recursos a nivel nacional y local también debe reflejar en forma adecuada el papel de cada sector.

4) Las alianzas y redes proporcionan el respaldo necesario. En todos los entornos abarcados por el proyecto de la OPS, las organizaciones de mujeres dedicadas a poner fin a la VBG participaron y desempeñaron una función fundamental en la elaboración de la respuesta al problema. Esto es algo esencial. Gracias a los esfuerzos persistentes y vigorosos de las organizaciones de mujeres y los movimientos en pro de los derechos de la mujer, actualmente el problema de la violencia basada en el género se encuentra en el temario político mundial. En un momento en que no existía interés en la promoción de la lucha contra la violencia ni se contaba con los recursos para ello, estas organizaciones trabajaron incansablemente, a menudo a pesar de los magros recursos de financiamiento, con el fin de ofrecer una respuesta y apoyo a las mujeres que viven situaciones de violencia. Es fundamental que esos organismos no queden marginados en este momento, sino que su experiencia y compromiso sean aprovechados permanentemente en la creación de respuestas nuevas y más amplias por parte de los gobiernos y otros actores a un problema que persiste en casi todas las sociedades del mundo.

Las alianzas y la acción multisectorial a nivel de la comunidad exigen tiempo, energía, compromiso y recursos. La creación de redes, como las establecidas por la OPS y sus colaboradores, es solo el primer paso en el proceso. Una de las lecciones importantes aprendidas es que, una vez que se establece una red, se necesitan aportes adicionales y apoyo para asegurar que la red permanezca activa. Es igualmente importante formular objetivos claros y vigilar los efectos de las actividades de la red. En el plano mundial, es necesario evaluar en forma más sistemática las repercusiones y beneficios de las redes tanto oficiales como no oficiales que abordan

la VBG, tal como se hizo con las redes creadas por el proyecto centroamericano.

INTENSIFICAR LA RESPUESTA DEL SECTOR DE LA SALUD

Un objetivo particular de la iniciativa para detener la VBG y, específicamente, de la labor de la OPS y la OMS, es fortalecer la respuesta del sector de la salud, teniendo en cuenta la necesidad de colaboración dentro de este sector y con otros sectores. El estudio de la “Ruta Crítica” proporcionó innumerables descripciones de encuentros intrascendentes, de poca ayuda e incluso nocivos, entre las mujeres y el personal de salud. En consecuencia, el énfasis en mejorar la respuesta del sector de la salud está bien justificado no solo porque esta entidad gubernamental es el homólogo natural de la OPS y la OMS sino también porque es el sector al cual es más probable que recurran las mujeres en algún momento de sus vidas.

Como ha sido examinado en otra parte (García-Moreno 2002), el sector de la salud puede desempeñar un papel fundamental en la prevención de la violencia y en la atención prestada a las mujeres afectadas por ese problema. Una función clave es la identificación de las mujeres que buscan servicios de salud y en las cuales la violencia puede ser un factor de riesgo subyacente. Se ha señalado que un encuentro con el sector de la salud en el que se brinde apoyo puede permitir que la mujer reconozca el problema, si aún no lo ha hecho, y puede facilitarle el acceso oportuno a atención, tratamiento y apoyo de otras fuentes comunitarias. Las preguntas que se hacen a la mujer acerca de la violencia tal vez descubran las causas subyacentes de los problemas clínicos que ella identifica como la razón oficial de la consulta y, en la medida en que esté lista a hablar, lleven a un diagnóstico más exacto, un tratamiento mejor orientado y la identificación de otros recursos y servicios apropiados en la comunidad según se requiera. El conocimiento de que una mujer está sufriendo violencia también puede contribuir a la prevención de nuevos

episodios y de la posible morbilidad y mortalidad resultantes de esta causa.

No obstante, para que suceda todo esto el encuentro con el sector de la salud debe producirse en un entorno confidencial y sensible, con proveedores que sean compasivos, no se erijan en jueces y estén dispuestos a dedicar suficiente tiempo a proporcionar el apoyo y la atención necesarios. A su vez, los proveedores de servicios de salud deben estar equipados con conocimientos y habilidades que les permitan no solo identificar a las mujeres que viven en situaciones de violencia sino también ofrecerles el posterior tratamiento, atención y envío a otros servicios que se requieran.

Como han mostrado la experiencia de la OPS y la de otros estudios (Guedes et al. 2002), habilitar al sector de la salud para que responda apropiadamente a la VBG y sostener esa respuesta no es tarea fácil. Esto obedece a que la acción concertada e interconectada en distintos niveles de la jerarquía de salud pública es fundamental para la sostenibilidad. Las políticas, normas y protocolos de salud a nivel nacional, local e institucional proporcionan el modelo necesario para la elaboración y puesta en práctica de programas de capacitación e intervención. Como hemos visto en los diversos países, no existe un solo punto de partida; más bien, hay diferentes opciones y, en cada caso, la mejor elección depende de la disponibilidad de toda una gama de recursos en términos de fondos, personal y compromiso. A continuación se examinan algunos de los elementos esenciales de la labor del sector de la salud, así como las áreas que, según se identificó en la experiencia de la OPS, deben ser fortalecidas. Estas observaciones se presentan con la esperanza de que les sean útiles a otros que quisieran abordar problemas de VBG en sus propias comunidades.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

La capacitación es crítica para establecer y sostener una respuesta de alta calidad y a largo plazo del sector de la salud a la VBG. Los análisis de los programas de capacitación sobre la violencia contra las mujeres destinados a los proveedores de servicios de salud muestran que, en muchos casos, esos programas no son satisfactorios y su contenido y calidad son variables y poco homogéneos (Davidson et al. 2001). Muchos de los programas suelen tener una duración limitada y, si bien tal vez despierten la conciencia acerca del problema, no siempre proporcionan suficientes habilidades o abordan los valores y actitudes de los proveedores que influyen en su capacidad de responder al problema. Además, también tienden a concentrarse en el proveedor individual y rara vez tienen en cuenta el contexto estructural o institucional en el cual se lleva a cabo la labor del proveedor (García-Moreno 2002).

Una de las limitaciones de los numerosos programas de capacitación ha sido que se convierten en un fin en sí mismo y prestan poca atención a las transformaciones estructurales y de otro tipo que deben acompañar la capacitación. El enfoque de la OPS hizo hincapié en la capacitación, que implica el aporte técnico, el apoyo y la participación de los ministerios de salud y otras entidades locales. Son numerosos los proveedores de servicios de salud (y de otros servicios comunitarios) que han sido capacitados durante la realización del proyecto. Sin embargo, ha habido poca evaluación sistemática de esta capacitación y sus repercusiones.

La experiencia de la OPS también ha llevado a la preparación de una amplia gama de instrumentos y materiales didácticos, muchos de los cuales están dirigidos a grupos específicos, como las culturas indígenas, los maestros, los niños y los hombres, y tienen en cuenta las costumbres y valores locales. ¿No podría este acervo de inspiración local encontrar un público más amplio? Tal vez en

esta etapa sería útil revisar la riqueza de todo lo que ya está disponible, escoger los mejores ejemplos y determinar las razones de sus efectos positivos. Si bien puede ser necesaria la especificidad local en la elaboración de estos materiales, también es importante no reinventar la rueda y duplicar esfuerzos. Una revisión integral de cuáles instrumentos y enfoques de capacitación han funcionado mejor en los distintos entornos centroamericanos sería de gran valor para los países participantes y podría estimular un nuevo interés en círculos más amplios.

La revisión de la OPS no incluyó una evaluación cuantitativa de los resultados y repercusiones de los diversos programas de capacitación en el sector de la salud creados como parte del proyecto. No obstante, proporciona indicios para una nueva labor al destacar las numerosas lecciones aprendidas y los ingredientes fundamentales que podrían provocar efectos más perdurables de las actividades de capacitación en el futuro. A continuación se describen brevemente esos elementos:

1) Un enfoque de sistemas puede aumentar los efectos. Un enfoque que tenga en cuenta el sistema global en lugar de concentrarse únicamente en el proveedor de servicios de salud tiene el potencial de producir un mayor efecto. De otro modo, los proveedores pueden encontrar que son incapaces de producir cambios, aun cuando tengan conocimientos y motivación suficientes para hacerlo. En este proyecto, la capacitación de los proveedores fue respaldada por grados variables de cambios institucionales y la elaboración de normas y protocolos para orientar a los proveedores y, en ciertos casos, también a los administradores.

2) La detección universal no siempre es la regla de oro. La “detección universal”, es decir, interrogar a todas las mujeres que pasan por un servicio de salud acerca de su exposición a la violencia, normalmente es considerada como la regla de oro. No

obstante, pueden existir situaciones en las cuales no sea viable interrogar a las mujeres o no se pueda hacer esto en una forma que asegure la confidencialidad. En estas situaciones, tal vez sea más útil y probablemente menos peligroso proporcionar a la mujer información básica que pueda llevar consigo, como un volante o folleto, concerniente a los servicios ofrecidos en la dependencia donde trabaja el proveedor o en otro lugar de la comunidad. Para ser eficaz y “no causar daño”, la detección universal debe ser apoyada por una capacitación intensiva de los proveedores, cambios en el sistema institucional y la disponibilidad de protocolos y normas para la atención, con una vigilancia permanente de su aplicación y del impacto del proceso de detección en las vidas de las mismas mujeres. El principio orientador de toda respuesta de un servicio de salud debe ser “no causar daño” y esto debe guiar y sustentar la introducción de cambios en el sector, de tal modo que, si bien la detección universal puede seguir siendo el objetivo a largo plazo, haya otras medidas que son necesarias antes de que un servicio de salud pueda introducir la detección universal en forma sistemática.

3) La mera identificación no es suficiente. Identificar a las mujeres que viven en la violencia es en realidad solo el primer paso. Es necesaria una respuesta adecuada, la cual se propone que incluya como mínimo: atención y tratamiento apropiados, evaluación del peligro inmediato, suministro de información sobre los servicios existentes o el envío a estos, orientación y elaboración de un plan de seguridad con la mujer, seguimiento y apoyo. Sin embargo, surgen retos especiales cuando hay pocos o ningún servicio al cual las mujeres puedan ser enviadas y los proveedores tienen recursos limitados para el seguimiento y el apoyo. Esto sucede en particular en las poblaciones pequeñas o las zonas rurales remotas, como hemos visto en el caso de América Central. Es mucho mayor entonces el riesgo de que las mujeres caigan a través de las grietas y nunca más se oiga de ellas. En estas situaciones, es preciso identificar

otras estrategias durante la consulta inicial, teniendo siempre muy en cuenta la seguridad y el bienestar de la mujer.

4) La integración horizontal y la integración vertical de los programas relacionados con la violencia: ¿cuál funciona mejor?

Parece ser más útil integrar los problemas relacionados con la violencia en los distintos programas de salud que abordar la violencia en un solo programa vertical. Existen varios puntos de partida en la organización de los servicios de salud, como se vio en el proyecto centroamericano. En algunos países, el trabajo sobre la violencia se llevó a cabo dentro de los servicios de salud reproductiva, mientras que en otros, las actividades concernientes a la violencia formaron parte de los servicios de salud mental. En ciertos países, los departamentos de atención a casos de accidentes y urgencia han servido como punto de partida, al igual que los servicios primarios para pacientes ambulatorios (García-Moreno 2002). Sin embargo, en general los servicios de salud reproductiva están más difundidos y se los encuentra aun en los entornos de escasos recursos; son también los más utilizados por las mujeres, tanto sanas como enfermas, en algún momento de su vida y constituyen entonces un punto de partida natural para abordar la VBG. No obstante, la mejor ubicación dependerá de las circunstancias específicas de cada situación y de los recursos disponibles, los cuales incluyen la existencia de un entorno administrativo y políticas propicias. En la evaluación efectuada en América Central, en general pareció que los servicios de salud reproductiva eran los que más probablemente contaban con los recursos básicos y los mecanismos de apoyo necesarios para abordar la violencia, en particular en comparación con los servicios de salud mental. En un contexto ideal, todos los servicios de salud para mujeres deben incorporar la VBG en su labor, de tal modo que se integre en forma horizontal en toda la gama de servicios de salud ofrecidos. La coordinación interprogramática es un elemento vital para asegurar que haya

continuidad en la atención y que las mujeres reciban mensajes homogéneos acerca de sus problemas, sin importar el tipo de servicios de salud que busquen.

5) Los proveedores de atención necesitan apoyo psicológico.

Para quienes están en las líneas de avanzada de la respuesta, la atención a las mujeres que sufren violencia puede ser una experiencia muy desgastante. Si bien en general se concuerda en que los proveedores de atención deben contar con sistemas de apoyo psicológico, como hemos visto esto rara vez sucede en la realidad. Los valiosos servicios proporcionados por los profesionales de salud a las usuarias —que a veces hasta les salvan la vida— así como el tributo físico y mental que esto cobra a los proveedores, merece un mayor reconocimiento y compensación. Se deben asignar recursos para contrarrestar los efectos potencialmente nocivos para la salud y el bienestar de los proveedores creando mecanismos estructurados de tiempo y espacio en los cuales los proveedores puedan compartir sus experiencias, emociones y necesidades.

6) El enfoque de la VBG debe ser holístico.

A veces, hay una tendencia a la fragmentación en respuesta a las distintas formas de violencia, lo que implica que en algunas ocasiones se separan (o no se abordan) los tratamientos para las secuelas físicas, sexuales y psicológicas o emocionales. Un enfoque holístico integrará la respuesta de los servicios de salud a estas diferentes manifestaciones sin importar la relación de la víctima con el agresor (pareja, otro miembro de la familia, un conocido o un extraño). En la práctica, los programas han tendido a concentrarse en solo dos tipos de violencia, la infligida por la pareja que vive en el mismo hogar (a veces llamada también “violencia doméstica” o “intrafamiliar”) y la violencia sexual, por lo general perpetrada por extraños. La respuesta a esta última ha tendido a subrayar la importancia de que la víctima sea sometida a un examen médico forense, a veces en detrimento (y por separado) de la respuesta de atención de salud.

Es importante estar conscientes de las diversas necesidades de salud y de otra clase que surgen a raíz de estas distintas situaciones de violencia. Por ejemplo, un acto único de violación cometida por un extraño o una violación perpetrada por los integrantes de una pandilla dan origen a necesidades particulares de atención de salud, incluido un examen médico forense. Estas necesidades probablemente serán diferentes de las de una mujer que sufre maltrato permanente por su pareja durante varios años. La frecuencia y la intensidad del maltrato por la pareja a menudo se incrementan y los riesgos pueden variar también en distintos momentos. Sin embargo, no es realista, en particular en los entornos de escasos recursos, tener servicios separados para los distintos tipos de violencia. En muchos lugares, la atención y el apoyo, cualquiera que sea el tipo de maltrato, probablemente sean proporcionados por el mismo profesional. En consecuencia, la capacitación profesional y las normas y protocolos específicos deben abordar en la medida de lo posible la gama local de necesidades y situaciones. En algunos entornos, por ejemplo, tal vez sea preciso incluir en la capacitación sobre la VBG enfoques sobre formas específicas de violencia, como las vinculadas con la dote o la mutilación de los genitales femeninos. Una de las lecciones aprendidas fue que, al establecer servicios para la VBG, la estrategia más eficaz es integrar en lugar de fragmentar la respuesta a las diversas formas de violencia. Sobre esta base, los participantes en el proyecto de la OPS planean en el futuro expandir la labor más allá del objetivo actual constituido por el maltrato por la pareja, y abarcar áreas tales como el abuso sexual, incluido el abuso sexual de niños.

7) La documentación y el seguimiento son elementos fundamentales para la respuesta del sector de la salud. Es importante que el personal de los servicios de salud registre con exactitud y por completo la información sobre el maltrato que obtienen de las usuarias. Es igualmente importante asegurar la confidencialidad de estos datos y que existan mecanismos para evitar su uso indebido. La

disponibilidad de documentación exacta y completa contribuirá a una mejor respuesta y seguimiento. Sin embargo, “las reglas del juego” en el intercambio de información entre los sectores (por ejemplo, entre médicos y oficiales de policía) siguen siendo en gran parte una área poco definida, y otros sectores a veces tienen acceso a información delicada sin el consentimiento de la mujer afectada. Además, si la misma mujer solicita servicios en distintas áreas dentro del sector de la salud, a menudo se producen problemas que tal vez podrían evitarse con un registro más sistematizado de los datos. Se identificó la falta de homogeneidad en la reunión y el manejo de la información de salud como una de las mayores deficiencias en el estudio de la OPS, a pesar de la importancia que tiene esta información cuando se diseñan nuevas intervenciones. Es preciso que haya una mayor claridad acerca de cuáles datos deben ser reunidos, por quién y para qué propósito. Es más probable que se realicen correctamente el registro y la recolección de datos cuando quienes desempeñan estas funciones comprenden el valor del proceso, en particular su utilidad en la vigilancia del desempeño y de las repercusiones (tanto en el propio caso como en el del servicio de salud en general).

EL SECTOR DE LA SALUD Y LA COMUNIDAD

En las secciones siguientes se aborda la interacción del sector de la salud con otros sectores y entidades de la comunidad y se presentan observaciones basadas en la experiencia centroamericana, que posiblemente tengan una aplicabilidad más amplia en otros programas vinculados con la VBG:

1) El sector de la salud debe actuar en forma preventiva creando conciencia en la comunidad acerca de los problemas de las mujeres vinculados con la violencia y la prevención de la VBG. El trabajo dentro del sector de la salud puede mejorar considerablemente mediante una estrategia de comunicación que despierte la conciencia local acerca del problema e informe al público en general sobre los servicios disponibles.

Durante la evaluación del proyecto en América Central, los profesionales de la salud observaron que muchos de los afiches y folletos usados en la actualidad en sus clínicas no habían sido elaborados específicamente para entornos de atención de salud. Además, los trabajadores en diversos momentos sugirieron que los ministerios de salud y la OPS deberían establecer una campaña de promoción de la salud dirigida a la VBG que animara a las mujeres a hablar con sus proveedores de servicios acerca de la violencia. Sin lugar a dudas, una campaña de ese tipo –en las Américas y en otras regiones de la OMS– podría adquirir mayor resonancia con la participación de aliados de otros sectores, si los mensajes elaborados presentaran una voz unificada contra la violencia. Por consiguiente, la contribución de cada aliado debe ser un reflejo claro y exacto del campo de conocimientos del propio sector y, al mismo tiempo, reforzar los mensajes provenientes de otros sectores. Esta misma dinámica se aplica en el nivel local, donde es aún más crítico que los servicios del sector forjen y sostengan vínculos y presenten mensajes coherentes que aborden la gama de aspectos de la VBG: la salud y el bienestar personales, la familia, los sistemas de apoyo disponibles, y los derechos y protecciones legales.

2) Es preciso definir con claridad la interconexión entre los sectores jurídico y de salud. La notificación obligatoria, es decir, la exigencia de que los trabajadores de salud informen a los funcionarios judiciales y policiales acerca de todas las pacientes que sospechan que son víctimas de violencia doméstica, merece una mención especial en este capítulo, ya que sigue siendo un tema controvertido. La exigencia se originó con la necesidad de comunicar el abuso de niños, dada la condición de menores de este grupo, que exige la protección del Estado. No obstante, en el caso de las mujeres adultas, muchos grupos defensores de la mujer –y a veces las mujeres mismas– consideran que deben poder decidir libremente buscar o no protección, en lugar de que la decisión les sea impuesta por otros. Además, algunos

estudios indican que la notificación obligatoria puede representar una amenaza para la seguridad de las mujeres que sufren maltrato y tal vez cree barreras a su búsqueda de ayuda o a su disposición a hablar con los proveedores de servicios de salud acerca del problema (Rodríguez 1998).

En por lo menos tres de los países centro-americanos participantes en el proyecto de la OPS se ha instituido la notificación obligatoria de los casos de mujeres maltratadas por sus parejas. La OPS y las personas encargadas de formular las políticas de salud en las Américas tendrán que cerrar filas y presentar una posición más clara acerca de este tema en el futuro, conforme a los principios orientadores de “no causar ningún daño” y respetar la autonomía y capacidad de toma de decisiones de las mujeres. A medida que surjan nuevos programas en otras partes del mundo, estos actores también tendrán que examinar cuidadosamente los pros y los contras de distintas políticas gubernamentales, como la notificación obligatoria, y, en particular, determinar sus repercusiones sobre la vida y la seguridad de las mujeres.

3) La observación y la vigilancia de la VBG son especialmente débiles cuando se las compara con las de otros problemas de salud. Es fundamental para la prevención de la violencia la capacidad permanente de reunir y difundir información exacta acerca de los tipos y grados de violencia en una comunidad particular, los factores asociados con ella y las consecuencias de esa violencia. Esta información es esencial para aumentar la visibilidad del problema –en particular la importancia de su contribución a las estadísticas de morbilidad y mortalidad– y también para la formulación de políticas bien fundamentadas, la toma de decisiones estratégicas y la asignación apropiada de los recursos de salud. La vigilancia de la violencia contra las mujeres plantea retos singulares, como señaló Campbell (Campbell 2000) y se analizó en el capítulo cinco.

Una seria deficiencia identificada en el proyecto de la OPS fue el hecho de que los sistemas de información para el seguimiento de la violencia a menudo fueron establecidos independientemente de las normas y protocolos para el tratamiento de los casos. A pesar de haber recibido capacitación sobre la recolección y registro de información, si los profesionales no poseen las habilidades y técnicas apropiadas para hacer preguntas acerca de la violencia o el entorno institucional no es propicio para este proceso, tal vez no se reúnan los datos necesarios o estos no sean confiables. Esto puede no solo ser nocivo para las mujeres afectadas sino también crear la falsa impresión de que la violencia no es un problema de interés social y político en la comunidad. Por otra parte, como se señaló significativamente en el capítulo cinco, la recolección de información por los profesionales de la salud y otras personas incluye el imperativo ético de proporcionar a cambio atención y servicios.

Cuando se introduce un sistema para registrar información concerniente a casos de VBG, su eficacia es directamente proporcional a su compatibilidad y uniformidad con respecto a sistemas de otras zonas dentro del mismo país (si no bien en regiones geopolíticas más grandes). No obstante, idealmente, siempre que sea posible se deben seguir normas mundiales, como las del sistema de *Vigilancia de Lesiones de la OMS* (WHO 2001) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10).

Un conjunto mínimo de datos —el tipo de violencia (física, sexual, psicológica, etc.) y la edad y el sexo de la víctima, así como la edad y la relación del agresor con la víctima— deben ser universalmente uniformes para permitir las comparaciones entre los sistemas. Además, los datos sobre la violencia presentados en forma centralizada siempre deben ser desagregados por sexo y por edad.

4) Las redes comunitarias y los grupos de apoyo para las sobrevivientes de la violencia constituyen un trampolín para la solidaridad y la acción. Un elemento clave del enfoque de la OPS es su énfasis en la creación de redes comunitarias dinámicas

para la prevención de la violencia. La labor positiva y los logros de estas redes en todos los entornos abarcados por el proyecto de la OPS dan testimonio de las casi ilimitadas oportunidades de ofrecer respuestas sostenibles formuladas localmente, acerca de las cuales la comunidad como un todo pueda tener un sentimiento de identidad y propiedad. Ya se ha señalado la influencia de los grupos de mujeres, los líderes locales comprometidos y las personas encargadas de la toma de decisiones. La sinergia combinada de estos y otros destacados actores comunitarios ha contribuido tal vez más que cualquier otro factor a la transformación de normas sociales que antes incuestionablemente veían la VBG como un asunto familiar privado, más allá del escrutinio público y la acción preventiva.

En muchas de las comunidades del proyecto de la OPS, los grupos de apoyo para las sobrevivientes de la violencia ofrecieron un respaldo positivo y estrategias prácticas a las mujeres involucradas en relaciones de maltrato. No obstante, en otros entornos los resultados de actividades similares fueron variados y poco concluyentes. Parece que no existe ninguna “fórmula mágica” más allá de las habilidades y destrezas personales del facilitador del grupo para conseguir que las participantes encuentren soluciones viables a sus problemas, cualesquiera que sean los antecedentes específicos y la capacitación del líder. Esos grupos son atractivos en este sentido porque pueden constituir una vigorosa fuente permanente de apoyo para las mujeres en los entornos de escasos recursos, con un mínimo de inversión del sector “oficial”. Al mismo tiempo, generan la posibilidad de una acción colectiva y de poner en tela de juicio las percepciones públicas acerca de la inevitabilidad de la violencia. Es importante investigar más a fondo este tipo de iniciativas y evaluar en forma más sistemática la estructura y los componentes de los grupos que tuvieron éxito, determinar cómo han asegurado la continuidad y la sostenibilidad con el paso del tiempo, y qué tipos de apoyo (institucional, económico, de capacitación, etc.) consideran que han contribuido más a su eficacia.

REFLEXIONES FINALES

Este capítulo busca destacar cómo la labor cimentadora de la OPS y sus numerosos colaboradores de América Central pueden encontrar nuevas raíces en otras comunidades de las Américas y del mundo. Las autoras de este libro han seguido muy de cerca el desarrollo del estudio de la “Ruta Crítica” y la subsiguiente evaluación del proyecto, y han compartido sus conocimientos de tal modo que otros puedan ver qué ha funcionado y qué no ha funcionado en los diversos entornos. Las lecciones aprendidas aquí presentadas, si bien tal vez reflejan la idiosincrasia socio-cultural y política de su lugar geográfico de origen, ofrecen sin embargo indicios de su adaptabilidad local en comunidades de todo el mundo donde las mujeres siguen siendo las víctimas invisibles y sin alternativas de la violencia.

El activista mundial de derechos humanos laureado con el premio Nobel, Nelson Mandela, recientemente se refirió al “legado del sufrimiento individual y cotidiano”, y señaló que:

Este sufrimiento... es un legado que se reproduce a sí mismo a medida que las nuevas generaciones aprenden de la violencia de las anteriores, las víctimas aprenden de sus agresores y se permite que perduren las condiciones sociales que favorecen la violencia. Ningún país, ninguna ciudad, ninguna comunidad es inmune a la violencia, pero tampoco estamos inermes ante ella.

En cambio, señala con firme convicción:

Es posible prevenirla... En mi propio país, y en todo el mundo, tenemos magníficos ejemplos de cómo se ha contrarrestado la violencia. Los gobiernos, las comunidades y los individuos pueden cambiar la situación.¹

La declaración final de Mandela es tal vez la lección más importante aprendida por la OPS y sus aliados en América Central (y también en los países andinos). Los gobiernos, las comunidades y las valerosas víctimas de la violencia han dado los primeros pasos que, en el futuro, permitirán a esas mujeres vivir libres de la violencia y el temor. Sus logros colectivos son un llamado a la acción para otras personas. Si las raíces de la violencia permanecen ocultas tras puertas cerradas, la familia —el núcleo mediante el que se transmiten a través de las generaciones los valores e ideales humanos— resulta irremediablemente dañada y se agota el manantial de aspiraciones de transformación y purificación de la sociedad en el futuro. Esta perspectiva debe impulsar a la acción urgente aun a los más escépticos y reacios. 

¹Fragmentos del Prólogo del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (OPS 2003).





SECCIÓN DE RECURSOS SOBRE LA VBG

Como una ayuda para nuestros lectores, se han recopilado los siguientes materiales que pueden ser útiles; están organizados en orden cronológico inverso y alfabéticamente. Se indican los recursos que están disponibles solo en inglés y los que no están disponibles en línea. Los recursos están agrupados bajo los siguientes encabezados:

- I. Materiales de la OPS (Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo) y de la OMS
- II. Materiales del Programa para la Tecnología Apropriada en Salud (PATH)
- III. Materiales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)
- IV. Otros materiales básicos
- V. Manuales y guías para la capacitación
- VI. Convenios y declaraciones
- VII. Recursos en la Internet

I. MATERIALES DE LA OPS Y DE LA OMS

- **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** *Organización Panamericana de la Salud, 2003.*
El capítulo cuatro del informe analiza la violencia infligida por la pareja, y en el capítulo seis se examina la violencia sexual. http://www.paho.org/spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm

- **Hojas informativas sobre género y salud**
El Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS publica mensualmente una hoja informativa en inglés y en español sobre un tema actual relacionado con la equidad de género y la salud. Los temas vinculados con la VBG incluyen:
 - El papel de los hombres en la violencia de género, 2002
 - Respuestas sociales ante la violencia de género, 2002
 - El tráfico para la explotación sexual, 2001
 - Violencia doméstica durante el embarazo, 2000
 - Trabajadores de salud y violencia de género, 2000<http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/factsheets.htm>

- **Simposio 2001: violencia de género, salud y derechos en las Américas. Informe final.** *Organización Panamericana de la Salud, 2002.*
Del 4 al 7 de junio de 2001, el Simposio reunió a representantes de los ministerios de salud, organizaciones no gubernamentales de mujeres, la sociedad civil y organismos del sistema de la ONU de 30 países, así como de organismos internacionales donantes, con el propósito de identificar prioridades y formular estrategias para el fortalecimiento de la respuesta del sector de la salud a la VBG. <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/Symposium.htm>

- **WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence.** *Organización Mundial de la Salud, 2002.*
Un folleto introductorio al estudio, que está orientado a la política y la acción y se realiza en colaboración con instituciones de investigación, ministerios nacionales y organizaciones de mujeres que trabajan sobre temas relacionados con la violencia en ocho países. Disponible en inglés: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_FCH_GWH_02.2.pdf

- **Modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar: Estado, sociedad civil y el rol del sector salud.** *Organización Panamericana de la Salud, 2001.*
En los últimos años, en América Central ha habido una serie de actividades que han contribuido a asegurar que en los siete países se reconoce que la violencia intrafamiliar es un problema de salud pública que merece atención inmediata. Como resultado, los países han establecido leyes y han comprometido recursos humanos y financieros con el fin de facilitar la operación y consolidación de un modelo de atención integral para responder a la violencia intrafamiliar. <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/gphseries.htm>

- **Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual. Chapter 4. Sexual and Gender-Based Violence.** *Organización Mundial de la Salud, 2001.*
El capítulo cuatro se concentra en la violencia sexual contra las mujeres. La mayoría de los casos notificados de violencia sexual entre refugiados se refieren a víctimas mujeres y perpetradores varones. Se reconoce que los hombres y los muchachos jóvenes también pueden ser vulnerables a la violencia sexual. Disponible en inglés:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/interagency_manual_on_RH_in_refugee_situations/ch4.pdf

- **La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar.**
Organización Panamericana de la Salud, 2000.
Esta publicación demuestra que la violencia intrafamiliar es un problema complejo que requiere soluciones coordinadas e intersectoriales con la participación del Estado y la sociedad civil. <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/rutacritica.htm>

- **Violence against Women: WHO Fact Sheet No. 239.** *Organización Mundial de la Salud, 2000.*
La violencia contra las mujeres y las niñas es un importante problema de salud pública y de derechos humanos. Si bien la violencia tiene graves consecuencias para la salud de las afectadas, es un problema social que exige una inmediata respuesta coordinada de múltiples sectores. Disponible en inglés: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact239.html>

- **Violence against Women and HIV/AIDS: Setting the Research Agenda: Meeting Report, Geneva, 23-25 October 2000.** *Organización Mundial de la Salud, 2000.*
Este informe de una reunión está dividido en tres secciones principales. La primera contiene un resumen de cada ponencia; la segunda sintetiza la discusión, y la tercera detalla las recomendaciones y conclusiones de la reunión. Disponible en inglés: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.08.pdf

- **Annotated Bibliography on Violence against Women: A Health and Human Rights Concern.** *Organización Mundial de la Salud, 1999.*
Encomendada por la Global Commission on Women's Health y preparada por Rights and Humanity, en colaboración con la Women's Health and Development Unit de la OMS y la Global Commission on Women's Health. Disponible en inglés: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CHS_GCWH_99.2.pdf

- **Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres.** *Organización Mundial de la Salud, 1999.*
La investigación sobre la violencia contra las mujeres genera importantes retos éticos y metodológicos. La investigación del maltrato no es como otras áreas de estudio: la índole del tema implica que los aspectos de la seguridad, la confidencialidad y las habilidades y la capacitación de los entrevistadores son aún más importantes que en otras formas de investigación. http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_EIP_GPE_99.2.spa.pdf

- **Serie Género y Salud Pública**
Esta serie, publicada por la OPS, contiene los siguientes temas relacionados con la VBG:
Nº 1 Mujeres maltratadas: Guía de trabajo para la intervención en crisis, 1999
Nº 7 Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar, 1999.
<http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/gphseries.htm>

- **Violence against Women: A Priority Health Issue.** *Organización Mundial de la Salud, 1997.*
El paquete de información se concentra en la violencia en las familias, la violación y la agresión sexual, la violencia contra las mujeres en situaciones de conflicto y de desplazamiento y la violencia contra las niñas. Se investigan las consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres y la función que pueden desempeñar los trabajadores de salud pública en actividades multisectoriales para poner fin a la violencia. Disponible en inglés: http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=0000000154

II. MATERIALES DE PATH

- ▶ **Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached.** 2002.
Esta publicación es un compendio de artículos que destaca las repercusiones negativas que tienen las situaciones de marginación sobre la salud y el bienestar de diversos grupos vulnerables. Se examinan distintos aspectos de la violencia basada en el género, incluidos en varios artículos. Disponible en inglés: <http://www.path.org/materials-details.php?id=503>

- ▶ **Violence against Women: Effects on Reproductive Health.** *Outlook, Volumen 20, No. 1, 2002.*
Este informe presenta un panorama de la violencia desde la perspectiva de la salud pública y describe los efectos de la violencia sobre la salud reproductiva de las mujeres. El informe ofrece ejemplos tomados de investigaciones y programas exitosos y explora cómo el sector de la salud puede desempeñar una función activa en la prevención y el tratamiento de la violencia contra las mujeres. Disponible en inglés:
http://www.path.org/resources/pub_outlook.htm

- ▶ **Reproductive Health, Gender, and Human Rights: A Dialogue.** 2001.
Esta publicación es una colección de artículos escritos por expertos en salud pública y derechos humanos que examinan los intereses comunes y las diferencias significativas que las dos perspectivas aportan a los problemas de salud reproductiva. Disponible en inglés:
<http://www.path.org/materials-details.php?id=427>

III. MATERIALES DE LOS CDC

- ▶ **Sexual Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements.** *Versión 1.0.* (Basile KC, Saltzman LE) 2002.
Este documento recoge un conjunto de recomendaciones para promover la uniformidad en el uso de términos y la recolección de datos relacionados con la violencia sexual. El material fue producido después de un proceso amplio de consulta. Este material ha sido publicado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones de los CDC. Disponible en inglés: http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/sv_surveillance/sv.htm

- ▶ **Building Data Systems for Monitoring and Responding to Violence against Women: Recommendations from a Workshop.** 2000.
Este informe ofrece recomendaciones concernientes a la vigilancia de la salud pública y la investigación sobre la violencia contra las mujeres, formuladas durante un taller celebrado del 29 al 30 de octubre de 1998. Disponible en inglés:
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/tr4911a1.htm>

- ▶ **Extent, Nature, and Consequences of Intimate Partner Violence: Findings from the National Violence against Women Survey.** 2000.
Este informe de una investigación efectuada por el Instituto Nacional de Justicia presenta los resultados de una encuesta entre 8.000 mujeres y 8.000 hombres estadounidenses, acerca de sus experiencias como víctimas de la violencia infligida por la pareja (violación, agresión física y acecho). Disponible en inglés: <http://www.ojp.usdoj.gov/nij/pubs-sum/181867.htm>

- ▶ **The Screen Show on Intimate Partner Violence during Pregnancy: A Guide for Clinicians.** *Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos y los CDC, 2000.*
Un instrumento de capacitación para aumentar el conocimiento de los clínicos de la importante función que pueden desempeñar en la identificación, prevención y reducción de la violencia infligida por la pareja. El contenido de la serie de diapositivas se complementa con

una bibliografía seleccionada, referencias a varios protocolos para la detección y una lista de organizaciones vinculadas con el tema de la violencia. Disponible en inglés:
<http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/violence/ipvdp.htm>

→ **Violence and Reproductive Health: Current Knowledge and Future Research Directions.**

Maternal and Child Health Journal, Volumen 4, No. 2, 2000.

Este número especial examina temas tales como las prácticas de detección de maltrato durante las consultas de atención prenatal, la función de los servicios de atención de salud reproductiva, la relación entre el abuso sexual y el riesgo sexual, y las mujeres, la violencia y el VIH. Disponible en inglés: http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/wh_viol_mchjv4n2.htm

→ **Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. Versión 1.0** (Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA) 1999.

Este documento recoge un conjunto de recomendaciones para promover la uniformidad en el uso de términos y la recolección de datos relacionados con la violencia en las parejas. Este material ha sido publicado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones de los CDC. Disponible en inglés: http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/ipv_surveillance/intimate.htm

→ **Intimate Partner Violence and Sexual Assault: A Guide to Training Materials and Programs for Health Care Providers. 1998.**

Guía que ayuda a individuos y organizaciones a encontrar materiales apropiados para la capacitación individual o en grupo. Disponible en inglés:
<http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/ipvasa.htm>

IV. OTROS MATERIALES BÁSICOS

→ **Dimensiones de género del consumo de alcohol y problemas afines en América Latina y el Caribe.** *Banco Mundial, 2002.*

Este informe examina las dimensiones relacionadas con el género que tienen el consumo de alcohol y los problemas vinculados con este en América Latina y el Caribe. Los principales resultados son: 1) los hombres soportan la mayor parte de la carga de enfermedades relacionadas con el alcohol; 2) el alcohol desempeña una función importante al instigar prácticas sexuales arriesgadas y comportamientos violentos, incluida la violencia doméstica, y 3) es más probable que los hombres beban mucho y en exceso, en comparación con las mujeres, y las normas concernientes a la ingestión de bebidas alcohólicas influyen en estas diferencias en el consumo del alcohol vinculadas con el género.

<http://lnweb18.worldbank.org/external/lac/lac.nsf/Sectors/Gender/1664193800FD252185256B75006A0324?OpenDocument>

→ **The Role of Health Professionals in Addressing Violence against Women.** *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 78 (Suplemento 1), 2002.*

Este número incluye artículos sobre la violencia contra las mujeres y las políticas brasileñas de atención de salud, la respuesta a la violencia del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, y un panorama mundial de la violencia basada en el género, entre otros temas. Disponible en inglés: <http://www.sciencedirect.com>

→ **Picturing a Life Free of Violence: Media and Communication Strategies to End Violence against Women.** *Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), 2001.*

Este informe muestra una serie de estrategias relacionadas con la comunicación y los medios de difusión que se pueden emplear para poner fin a la violencia contra las mujeres. El informe

es una colaboración entre UNIFEM y el Centro de Intercambio de Materiales de Medios de Difusión del Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins. Disponible en inglés: <http://www.unifem.undp.org/resources/freeofviolence/index.html>

✦ **Researching Domestic Violence against Women: Methodological and Ethical**

Considerations. (Ellsberg M, Heise L, Agurto S, Peña R, Winkvist A.) *Studies in Family Planning* 32(1), Population Council, 2001.

Este informe compara los resultados de tres estudios de población sobre la violencia contra las mujeres efectuados en Nicaragua. El informe examina las diferencias entre los resultados y los posibles efectos de factores metodológicos sobre la notificación incompleta y la validez. Disponible en inglés. (No está disponible en línea.)

✦ **Silence for the Sake of Harmony: Domestic Violence and Health in Central Java, Indonesia.**

CHN-RL GMU, Rifka Annisa Women's Crisis Center, Umed University, Women's Health Exchange y PATH, 2001.

Esta publicación presenta la investigación sobre la prevalencia y la incidencia de la violencia contra las mujeres en Indonesia. Describe la metodología utilizada y los resultados de la investigación y formula recomendaciones finales. (Disponible en inglés por conducto de PATH.)

✦ **Dying of Sadness: Gender, Sexual Violence, and the HIV Epidemic.**

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2000.

Esta reseña preliminar de la literatura disponible indica que, en el contexto del género y la epidemia del VIH, la violencia sexual es un fenómeno complejo con múltiples factores determinantes, consecuencias y manifestaciones. Disponible en inglés: <http://www.undp.org/seped/publications/dyingofsadness.pdf>

✦ **Justice, Change, and Human Rights: International Research and Responses to Domestic Violence.** *Center for Development and Population Activities, 2000.*

En este trabajo se emplea un marco tanto de derechos humanos como de desarrollo para identificar las limitaciones y los aspectos positivos de cada enfoque utilizado con el fin de comprender la violencia doméstica y responder a ella, y para esclarecer los vínculos que es preciso establecer entre ambos marcos. Disponible en inglés: <http://www.cedpa.org/publications/pdf/violenceprowid.pdf>

✦ **La violencia doméstica contra mujeres y niñas.**

Innocenti Digest 6, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2000.

Este estudio sobre la violencia doméstica describe la impotencia de las mujeres en las situaciones de violencia y señala que hasta la mitad de la población femenina del mundo tal vez sea víctima de maltrato por las personas más cercanas a ella en algún momento de su vida. En este contexto, los problemas relacionados con la violencia infligida por la pareja adquieren mayor urgencia a causa de la rápida propagación del virus del SIDA en muchas partes del mundo. <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest6s.pdf>

✦ **Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud.** *Harvard Center for Population and Development Studies y Organización Panamericana de la Salud, 2000.*

Este trabajo comienza con una amplia definición de la violencia contra las mujeres y se concentra luego en la violencia doméstica y sexual en particular. Ofrece un panorama de la magnitud de la violencia doméstica y sexual contra las mujeres y sus diversas consecuencias, incluidas las que afectan la salud de las mujeres y sus hijos. <http://www.paho.org/Spanish/DBI/Po06.htm>

➤ **With an End in Sight: Strategies from the UNIFEM Trust Fund to Eliminate Violence against Women.** *UNIFEM, 2000.*

Esta publicación documenta siete programas importantes dedicados a poner fin a la violencia contra las mujeres en Bosnia y Herzegovina, Camboya, Honduras, India, Kenya, Nigeria y la Faja Occidental y Gaza. Disponible en inglés:

<http://www.unifem.undp.org/resources/tfbook/index.html>

➤ **Para acabar con la violencia contra la mujer.** (Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M.)

Population Reports, Centro para Programas de Comunicación, Universidad Johns Hopkins, 1999.

Estudio en profundidad efectuado por la Escuela de Salud Pública y el Centro para la Salud y la Equidad de Género de la Universidad Johns Hopkins. Sobre la base de 50 encuestas de población y más de 500 estudios de la violencia doméstica, el informe encuentra que el mayor riesgo de violencia no proviene de extraños sino de varones miembros de la familia, incluidos los esposos. <http://www.jhuccp.org/prs/sl11edsum.shtml>

➤ **The Facts about Gender-Based Violence.** *Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1998.*

Este informe proporciona una definición de la violencia basada en el género e incluye estadísticas sobre sus dimensiones en todo el mundo. También detalla las distintas formas de violencia que afrontan las mujeres todos los días, desde el acoso sexual a la mutilación de los genitales femeninos y la violación. Disponible en inglés:

<http://www.ippf.org/resource/gbv/ma98/1.htm>

➤ **The Intimate Enemy: Gender Violence and Reproductive Health.** *El Instituto Panos, 1998.*

El informe muestra cómo las comunidades locales de todo el mundo proporcionan servicios médicos, legales y de orientación a las víctimas y cabildean para lograr cambios en las leyes y las costumbres con el fin de hacer frente al problema. Disponible en inglés:

<http://www.panos.org.uk/resources/reportdetails.asp?id=1028>

➤ **The Nicaraguan Network of Women against Violence: Using Research and Action for Change.** (Ellsberg M, Liljestrand J, Winkvist A.) *Reproductive Health Matters No. 10, 1997.*

Este informe examina el movimiento contra la violencia en Nicaragua, que se inició en los años ochenta y ha sido dirigido por la Red de Mujeres contra la Violencia. Describe las diversas estrategias utilizadas para abogar por la inclusión de la violencia doméstica en el temario político nacional. Disponible en inglés. (No está disponible en línea.)

➤ **Violencia de género: Un problema de derechos humanos.** *Serie Mujer y Desarrollo No. 16. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 1996.*

El estudio explora las diversas formas de la VBG y cómo la creciente conciencia del fenómeno ha llevado en los últimos años al establecimiento de nuevas instituciones y a la adopción de reformas legislativas, que a su vez han servido como punto de enlace para la acción colectiva de los grupos de mujeres.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/UnidadMujer/7/lc1957/lc1957i.pdf>

V. MANUALES Y GUÍAS PARA LA CAPACITACIÓN

✦ **Violencia doméstica: Modelo de intervención en unidades de salud.**

Banco Interamericano de Desarrollo, 2002.

Este manual es una guía para el desarrollo de redes multidisciplinarias orientadas a la detección y la atención de la violencia intrafamiliar contra las mujeres, desde la perspectiva del sector de la salud. (No está disponible en línea.)

✦ **Confronting Chronic Neglect: The Education and Training of Health Professionals on Family Violence.** *U.S. Institute of Medicine, 2001.*

En este libro se señalan las deficiencias que existen en la capacitación actual y los retos identificados por los profesionales de la salud en sus intentos por abordar la violencia. También se indican las áreas con prioridad para futuras actividades de capacitación y se presenta una serie de recomendaciones que permiten orientar esas actividades. Disponible en inglés: <http://www.nap.edu/books/0309074312/html/>

✦ **Herramientas para proveedores trabajando con víctimas de violencia basada en género.**

Federación Internacional de Planificación de la Familia, 2001.

Las herramientas presentadas en esta publicación fueron elaboradas para facilitar un enfoque de la violencia basada en el género en el contexto de la atención de salud sexual y reproductiva. El paquete incluye las siguientes secciones: definiciones; herramienta de detección; ejemplo de un sello para documentar información sobre la VBG en la historia clínica; lista de verificación de gerencia; marco legal para proveedores de servicios de atención de violencia basada en género; conocimientos, actitudes y prácticas para proveedores de salud, y guía de observación. http://www.ippfwhr.org/publications/publication_detail_s.asp?PubID=47

✦ **Manual para el abordaje de la violencia contra la mujer.** *Mujer Vamos Adelante y CICAM, 2001.*

El objetivo principal de este manual es estimular que las mujeres mismas tomen conciencia de sus derechos, específicamente su derecho de vivir libres de violencia. La publicación está dividida en secciones sobre los siguientes temas: una reseña de las declaraciones e instrumentos internacionales sobre derechos humanos; el contexto legislativo y constitucional guatemalteco; ¿qué es la violencia contra las mujeres?; ¿dónde sucede la violencia y quién la perpetra?; ¿qué formas toma la violencia?; ¿por qué se debe denunciar la violencia?; ¿quién puede denunciar la violencia?; ¿cómo se puede denunciar la violencia?; ¿cuál es la función del sector público?; ¿cuál es la función de la policía?; ¿cuál es la función del sector judicial?; ¿cómo se registra la violencia?; y ¿qué sucede después de que se denuncia la violencia? (No está disponible en línea.)

✦ **Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud.** *PNUD, 2001.*

Esta publicación contiene las medidas prácticas necesarias para integrar la atención a la violencia basada en el género en servicios de salud reproductiva. También ayudará a una amplia gama de lectores a comprender mejor las relaciones recíprocas entre la salud sexual y reproductiva y la violencia.

http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/103_filename_gender_violence_sp.doc

✦ **Drawing the Line: A Guide to Developing Effective Sexual Assault Prevention Programs for Middle School Students.** *Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, 2000.*

El documento destaca los componentes de programas promisorios puestos en práctica en los Estados Unidos, contiene un ejemplo del proceso escogido por un Estado con el fin de diseñar

y poner en práctica programas educativos sobre la prevención de la agresión sexual para estudiantes de escuelas secundarias, e incluye una lista de recursos. Disponible en inglés: http://www.acog.com/from_home/publications/drawingtheline/guide.htm

➤ **Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence.**

Asociación Médica Estadounidense, 1999.

Esta publicación presenta módulos independientes que establecen pautas orientadoras sobre los siguientes siete aspectos de la violencia: el maltrato físico de los niños y el descuido y el abuso sexual de los niños; la violencia doméstica; el maltrato y el descuido de los ancianos; estrategias para el tratamiento y la prevención de la agresión sexual; los efectos de la violencia intrafamiliar sobre la salud mental; guía para el personal médico acerca de la representación de la violencia en los medios de comunicación, y guía para el personal médico acerca de la seguridad en el manejo de armas de fuego. Disponible en inglés: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/3548.html>

➤ **Preventing Domestic Violence: Clinical Guidelines on Routine Screening.**

Fondo para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar, 1999.

Un documento integral sobre la detección rutinaria de la violencia doméstica en múltiples servicios de especialidades médicas. Además de presentar pautas específicas para la atención primaria, obstétrica y ginecológica, la planificación familiar, la atención de urgencias, la salud mental y los entornos de los pacientes hospitalizados, incluye una extensa bibliografía, formularios para la documentación y otros materiales útiles. Disponible en inglés: <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=31>

➤ **Promoting Early and Effective Intervention to Save Women's Lives.**

Fondo para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar, 1999.

Contiene una serie de paquetes de información para los proveedores de servicios de salud interesados en ofrecer una respuesta integral de atención de salud a la violencia doméstica. Los paquetes incluyen: información general sobre la respuesta de atención de salud a la violencia doméstica; la respuesta de los servicios de urgencia a la violencia doméstica; la detección de pacientes en relación con la violencia doméstica; la notificación obligatoria de la violencia doméstica por los proveedores de servicios de salud, y la violencia contra personas con discapacidades. Disponible en inglés: <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=55>

➤ **Saving Women's Lives: Training Reproductive Health Care Providers to Address Domestic Violence in Mexico.** *Family Care International, 1999.*

Una serie de protocolos para ayudar a los trabajadores de atención de salud reproductiva a abordar la violencia basada en el género en el ejercicio de su profesión, con especial énfasis en la detección de las mujeres víctimas de violencia durante las consultas rutinarias de salud reproductiva. Incluye una sección sobre el trabajo con grupos de mujeres y otras ONG aliadas que proporcionan servicios de apoyo social y jurídico a las víctimas de la violencia. Disponible en inglés: <http://www.familycareintl.org/pubs/index.html>

➤ **Say No to Violence: Overview of Domestic Violence and Counseling Skills Resource Handbook.** *Women's Department and National Women's Commission, 1999.*

Este manual publicado en Belice proporciona una colección de estrategias para ayudar a la mujer que se encuentra en una relación inaceptable y a aquellos que se esfuerzan por ofrecerle ayuda para resolver sus problemas. Las intervenciones que puedan iniciar los proveedores de

servicios son de amplio alcance pero no indiscretas y se basan en la creencia de que las mujeres maltratadas deben ser apoyadas para encontrar los medios de solución que sean más apropiados en la situación particular de cada mujer. Disponible en inglés. (No está disponible en línea.)

- ✦ **Violencia familiar: Enfoque desde la salud pública.** *Centro Flora Tristán, Ministerio de Salud de Perú, Gobierno de los Países Bajos, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 1999.*

Este manual describe a grandes rasgos las experiencias en Perú al abordar la violencia intrafamiliar desde una perspectiva de la salud pública. (No está disponible en línea.)

- ✦ **¿Cómo atender a las mujeres que viven situaciones de violencia doméstica? Orientaciones básicas para el personal de salud.** *Red de Mujeres contra la Violencia, 1998.*

La publicación comienza con una introducción que describe lo que es la violencia basada en el género, las distintas formas que adopta y cómo reconocerlas, la VBG como un problema de salud pública y sus efectos físicos y psicológicos. Presenta luego un panorama de la VBG en Nicaragua, su prevalencia y la respuesta del país y concluye con una serie amplia de posibles intervenciones que ayudarán al personal de salud a reconocer la VBG y ofrecer respuestas eficaces. (No está disponible en línea.)

- ✦ **Intimate Partner Violence during Pregnancy: A Guide for Clinicians.**

Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, 1998.

Esta guía fue diseñada como instrumento de capacitación para los clínicos, con el fin de aumentar el conocimiento de la función que pueden desempeñar en la identificación, prevención y reducción de la violencia infligida por la pareja. El conjunto de diapositivas sirve como un instrumento de aprendizaje introductorio o complementario, que se puede utilizar en conjunto con otras estrategias de refuerzo y habilitación, como la dramatización, las discusiones periódicas en reuniones de personal, los cambios en la dotación de personal y el apoyo institucional. Incluye un informe de la situación y las posibles áreas de acción para el personal clínico. Disponible en inglés: <http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/violence/ipvdp.htm>

- ✦ **Prevención de la violencia por medio de la educación en la familia y la escuela.**

Corporación de Estudios de la Salud, 1998.

Este documento presenta un curso de capacitación para niños en edad escolar que muestran tendencias o comportamientos violentos. Propone trabajar con los niños para enseñarles cómo solucionar los conflictos en formas no violentas y otras habilidades para afrontar los conflictos. (No está disponible en línea.)

- ✦ **Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers.** *Fondo para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar, 1996.*

El manual ofrece información para instruir a los profesionales sobre la detección, identificación y atención a víctimas de la violencia doméstica y sus agresores; los instrumentos prácticos incluyen un paquete de modelos de intervenciones en hospitales, que describen protocolos eficaces y muestras de formularios para la detección, la evaluación de la violencia doméstica y el maltrato, la documentación, la planificación de seguridad y procedimientos para el alta; también aporta ideas sobre la formulación y puesta en práctica de estrategias y programas de respuesta en una variedad de entornos y servicios de atención de salud. Disponible en inglés: <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=35>

VI. CONVENIOS Y DECLARACIONES

- 1950 Convenio para la Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena http://193.194.138.190/spanish/html/intlinst_sp.htm
- 1974 Declaración sobre la Protección de la Mujer y el Niño en Estados de Emergencia o de Conflicto Armado http://193.194.138.190/spanish/html/intlinst_sp.htm
- 1979 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer http://193.194.138.190/spanish/html/intlinst_sp.htm
- 1989 Convención sobre los Derechos del Niño http://193.194.138.190/spanish/html/intlinst_sp.htm
- 1993 Conferencia Mundial de los Derechos Humanos http://www.unhcr.ch/Spanish/hchr_un_sp.htm
- 1993 Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer http://193.194.138.190/spanish/html/intlinst_sp.htm
- 1994 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo http://www.unfpa.un.hn/Pdfs/documentos_clave/cipd.pdf
- 1994 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- 1995 Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing) http://193.194.138.190/spanish/html/intlinst_sp.htm
- 2000 Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional http://www.uncjin.org/Documents/Conventions/dcatoc/final_documents_2/convention_%20traff_spa.pdf
- 2000 Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre la Mujer, la Paz y la Seguridad <http://www.un.org/spanish/women/html>

VII. RECURSOS EN LA INTERNET

➤ Centro Flora Tristán

Desde su creación en 1979, esta organización no gubernamental ha trabajado en una serie de áreas para mejorar las condiciones de vida de las mujeres en Perú. El sitio en la Internet proporciona datos sobre proyectos nacionales e internacionales y capacitación y contiene artículos y publicaciones. <http://www.flora.org.pe/>

➤ Centro para la Investigación de la Violencia contra las Mujeres y los Niños

El Centro forma parte de una alianza de cinco centros de investigación de Canadá, cuyo propósito es promover el desarrollo de investigaciones para la acción comunitaria en relación con la violencia contra las mujeres y los niños y facilitar que los individuos, los grupos y las instituciones que representan la diversidad de la comunidad se dediquen a asuntos relacionados con la investigación y aprovechen las oportunidades de capacitación acerca del conocimiento y la prevención del maltrato.

http://www.uwo.ca/violence/html/sobre_nosotros.html

➤ Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia

Este sitio es una base de datos bibliográficos en español e inglés sobre la violencia basada en el género y la violencia contra las mujeres. <http://www.gva.es/violencia/>

➤ **Coalición contra el Tráfico de Mujeres**

La Coalición está constituida por redes regionales e individuos y grupos afiliados y sirve como organización general que coordina y recibe instrucciones de sus organizaciones y redes nacionales en su trabajo contra la explotación sexual y en apoyo de los derechos humanos de la mujer. <http://www.catwinternational.org/catwsp.shtml>

➤ **End Violence against Women. Centro para Programas de Comunicación, Universidad Johns Hopkins**

Este sitio presenta una colección en línea de materiales y recursos sobre la prevención de la violencia contra las mujeres. Forma parte de una actividad permanente para compartir información con profesionales de la salud que buscan información y recursos en relación con este tema. La información del sitio es solo en inglés: <http://www.endvaw.org>

➤ **Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), Región del Hemisferio Occidental (RHO)**

El sitio de la IPPF/RHO en la Internet contiene información sobre sus proyectos vinculados con la VBG en América Latina y el Caribe. La IPPF/RHO publica un boletín trimestral llamado *iBASTA!*, al que se puede acceder y que puede ser bajado desde su sitio en la Internet. *iBASTA!* informa sobre las actividades de las filiales de la IPPF en América Latina y el Caribe para abordar la VBG en el marco de la salud sexual y reproductiva y ofrece información práctica e instrumentos para los proveedores de servicios que deseen trabajar en esta área. <http://www.ippfwhr.org/index-s.html>

➤ **Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM)**

El UNIFEM proporciona asistencia financiera y técnica a los programas y estrategias innovadores que promueven los derechos humanos de la mujer, su participación política y seguridad económica. El sitio en la Internet ofrece información acerca de resoluciones internacionales concernientes a la violencia contra las mujeres, la labor del UNIFEM, los recursos disponibles y el proceso de presentación de solicitudes. <http://www.unifem.undp.org/trustfund/>

➤ **Fondo para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar**

Este Fondo, mediante la Iniciativa Nacional de Salud sobre la Violencia Doméstica (NHIDV), aborda la respuesta de atención de salud a la violencia doméstica mediante reformas de las políticas públicas y actividades de educación sanitaria y prevención. La NHIDV crea recursos educativos, materiales didácticos y modelos de protocolos sobre la violencia doméstica y la detección para ayudar a los proveedores de servicios de salud a atender en forma más adecuada a las mujeres maltratadas. La información del sitio es solo en inglés: <http://endabuse.org/>

➤ **Grupo de Trabajo Poner Fin a la Violencia**

Auspiciada por UNIFEM, esta lista de correo une a personas de más de 120 países en una comunidad virtual que trabaja para poner fin a la violencia contra las mujeres. Proporciona información y recomendaciones a organismos y publicaciones de las Naciones Unidas; promueve la visibilidad de organizaciones de los países en desarrollo que trabajan contra la violencia basada en el género; expande las redes entre ONG, los gobiernos y grupos internacionales, educativos, religiosos y de otro tipo, e intercambia información acerca de políticas, estrategias, casos y las prácticas más adecuadas. Para suscribirse, envíe un correo electrónico a majordomo@mail.edc.org, deje la línea del asunto en blanco y escriba "subscribe end-violence" en el área del mensaje. La información del sitio es solo en inglés: http://www.edc.org/GLG/end_violence/hypermail/

➤ **Isis Internacional**

Junto con las oficinas de la filial de Isis en Manila y Kampala, Isis en Chile supervisa el Programa No Violencia en contra de las Mujeres, una iniciativa de información y comunicación que proporciona materiales y recursos informativos a organizaciones de todo el mundo. <http://www.isis.cl/>

➤ **Minnesota Center against Violence and Abuse (MINCAVA)**

El centro electrónico de intercambio de información MINCAVA se esfuerza por proporcionar un punto de acceso rápido y fácil al creciente número de recursos disponibles en línea sobre el tema de la violencia y el maltrato. Un objetivo del Centro es ayudar a los profesores y personal de las universidades en la elaboración de planes de estudio avanzados que incluyan el tema de la violencia y el maltrato. El Centro distribuye en forma electrónica planes y programas de estudio utilizados en los programas de educación sobre la violencia en instituciones de educación superior de Estados Unidos. La información del sitio es solo en inglés: <http://www.mincava.umn.edu>

➤ **National Sexual Violence Resource Center**

Es un centro de intercambio de información, recursos e investigaciones vinculados con todos los aspectos de la violencia sexual. Las actividades incluyen reunir, revisar, catalogar y difundir información relacionada con la violencia sexual; coordinar actividades con otras organizaciones y proyectos; proporcionar asistencia técnica y paquetes de información sobre temas específicos, y mantener un sitio en la Internet con información actualizada. La información del sitio es solo en inglés: <http://www.nsvrc.org>

➤ **National Violence against Women Prevention Research Center**

Sirve como centro de intercambio de estrategias de prevención y mantiene a los investigadores y profesionales al tanto de las oportunidades de capacitación, las decisiones políticas y los resultados de investigaciones recientes. La información del sitio es solo en inglés: <http://www.vawprevention.org>

➤ **Nursing Network on Violence against Women (NNVAW)**

La NNVAW se formó para fomentar el establecimiento de una práctica de enfermería que se concentre en problemas de salud relacionados con los efectos de la violencia en la vida de las mujeres. La información del sitio es solo en inglés: <http://www.nnvawi.org/>

➤ **Programa para la Tecnología Apropriada en Salud (PATH)**

PATH es una organización no gubernamental cuya misión es mejorar la salud de las mujeres y los niños. Su sitio en la Internet ofrece acceso a recursos vinculados con la salud de la mujer y aspectos relacionados con el género. La información del sitio es solo en inglés: www.path.org

➤ **Programa Regional de Capacitación en contra de la Violencia Doméstica**

El Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente (ILANUD) concentra sus actividades en la sensibilización y la capacitación de los miembros del sistema judicial y penal, los ministerios de salud y de educación y el personal de las academias de policía y de las universidades. <http://www.ilanud.or.cr/violenciadomestica>

→ **Puntos de Encuentro**

Puntos de Encuentro es una organización no gubernamental de Nicaragua que se dedica a la comunicación, la investigación y la educación sobre aspectos que afectan la salud y el desarrollo de las mujeres y las adolescentes. El sitio del grupo en la Internet contiene información sobre sus programas, incluido “Sexto sentido”, una popular serie de televisión dirigida a los adolescentes que incorpora una perspectiva de género para abordar los problemas que pueden sufrir los adolescentes en sus vidas cotidianas, incluida la violencia basada en el género. <http://www.puntos.org.ni/>

→ **Reproductive Health for Refugees Consortium (RHRC)**

Este consorcio es una asociación constituida por siete organizaciones dedicadas a facilitar el acceso a una serie de servicios de salud reproductiva de calidad, para refugiados y personas desplazadas en todo el mundo. La violencia basada en el género es una de las cuatro áreas técnicas esenciales y complementarias de la salud reproductiva, sobre las cuales se concentra la labor del RHRC. El sitio en la Internet también ofrece varios vínculos con informes y guías para abordar la violencia basada en el género en los lugares de atención a los refugiados. La información del sitio es solo en inglés: <http://www.rhrc.org/resources/gbv/index.html>

→ **Reproductive Health Outlook**

Proporciona vínculos con numerosos sitios de organizaciones que abordan la violencia contra las mujeres e incluye secciones sobre el género y los hombres y la salud reproductiva. La información del sitio es solo en inglés: <http://www.rhoespanol.org>

→ **SIVIC**

SIVIC se especializa en el tratamiento de la violencia doméstica y está orientado específicamente a los profesionales del sector de la salud. Además de proporcionar información básica sobre el problema de la violencia doméstica, el sitio también ofrece asesoramiento práctico sobre cómo los proveedores de servicios de salud pueden identificar, evaluar y ayudar a las mujeres víctimas de la violencia doméstica en el transcurso de las consultas médicas. Es una iniciativa de la Comisión Europea y los contenidos del sitio están disponibles en francés, inglés, italiano, portugués y español. <http://www.sivic.org>

→ **Una vida sin violencia es un derecho nuestro (Campaña de las Agencias de las Naciones Unidas en Latinoamérica y el Caribe por los Derechos Humanos de la Mujer)**

Este sitio es parte de la contribución del PNUD a la Campaña de las Agencias de las Naciones Unidas en Latinoamérica y el Caribe por los Derechos Humanos de la Mujer y proporciona una recopilación de materiales aportados por todos los organismos miembros. <http://www.undp.org/rblac/gender/campaign-spanish/index.html>

→ **Violence Against Women Electronic Network (VAWnet)**

La VAWnet proporciona apoyo para la creación, la puesta en práctica y el mantenimiento de actividades de intervención y prevención de la violencia contra las mujeres a nivel nacional, estatal y local, mediante la comunicación electrónica y la difusión de información. Los participantes en la VAWnet, como las coaliciones estatales contra la violencia doméstica y la agresión sexual, las organizaciones aliadas y los individuos, tienen acceso a recursos de la base de datos en línea. La información del sitio es solo en inglés: <http://www.vawnet.org>

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- Campbell J. Assessing dangerousness: violence by sexual offenders, batterers, and child abusers. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1995.
- Campbell J. Promise and perils of surveillance in addressing violence against women. *Violence Against Women* 2000;6(7):705-727.
- Claramunt C. Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 1999. (Serie Género y Salud Pública No. 7).
- Claramunt C. Mujeres maltratadas: Guía de trabajo para la intervención en crisis. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 1999. (Serie Género y Salud Pública No. 1).
- Claramunt C. Abuso sexual en mujeres adolescentes. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000. (Serie Género y Salud Pública No. 9).
- Cole P. Proceso grupal: sistematización de la experiencia de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). Lima: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
- Costa Rica, Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI). San José, Costa Rica: Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia; 1997.
- Counts D, Brown JK, Campbell JC. To have and to hit. Chicago: University of Chicago Press; 1999.
- Davidson LL, Grisso JA, García-Moreno C, García J, King VJ, Marchant S. Training programs for healthcare professionals in domestic violence [Review paper]. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine* 2001;10(10):953-969.
- Edleson J. Controversy and change in batterer's programs. En: Edleson JL, Eisikovits ZC. *Future interventions with battered women and their families*. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1995:154-169.
- Ellsberg M, Claramunt C. Evaluación de medio término del 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". Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1996.
- Ellsberg M, Clavel-Arcas C. Informe Final. Sistematización del Proyecto OPS: "Hacia un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica". Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2001.
- Ellsberg M, Liljestrand J, Winkvist A. The Nicaraguan network of women against violence: using research and action for change. *Reprod Health Matters* 1997;10:82-92.
- Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. *Confites en el infierno: prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua*. Managua: Red de Mujeres contra la Violencia, UNAN-León y Universidad de Umea; 1998.

-
- Fawcett GM, Heise L, Isita-Espejel L, Pick S. Changing community responses to wife abuse: a research and demonstration project in Iztacalco, Mexico. *Am Psychol* 1999;54(1):41-49.
 - Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of three brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 1997;277(17):1357-1361.
 - García-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002;359:1509-1514.
 - Gerbert B, Abercrombie P, Caspers N, Love C, Brostone A. How health care providers help battered women: the survivor's perspective. *Women Health* 1999;29(3):115-135.
 - Guedes A, Bott S, Cuca Y. Integrating systematic screening for gender-based violence into sexual and reproductive health services: results of a baseline study by the International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. *Int J Gynecol Obstet* 2002;78(Suppl 1):S57-S63.
 - Guedes AC, Stevens L, Helzner JF, Medina S.. Addressing gender violence in a reproductive and sexual health program in Venezuela. En: Haberland N, Measham D, eds. *Responding to Cairo: case studies of changing practice in reproductive health and family planning*. New York: Population Council; 2002.
 - Gutiérrez F. *La mediación pedagógica*. Heredia, Costa Rica: Instituto Latinoamericano de Pedagogía de la Comunicación; 1993.
 - Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program; 1999. (Population Reports, Series L, No. 11).
 - Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington, DC: World Bank; 1994. (Discussion paper No. 255).
 - Josiah I. The health sector working with women's organizations: a case study. *Proceedings of the WHO/FIGO Pre-Congress Workshop on Elimination of Violence against Women: In Search of Solutions*, Copenhagen, 1998.
 - Koss MP, Woodruff WJ, Koss PG. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. *Behav Sci Law* 1991;9(1):85-96.
 - Leye E, Githaniga A, Temmerman M. *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Presentación en: International Center for Reproductive Health, Ghent, Belgium, August 1999.
 - Mandela N. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. [Prólogo]. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003. (Publicación Científica y Técnica No. 588).
 - McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. Inside "Pandora's box": abused women's experiences with clinicians and health services. *J Gen Intern Med* 1998;13:549-555.
 - McFarlane J, Christoffel K, et al. Assessing for abuse: self-report versus nurse interview. *Public Health Nurse* 1991;8(4):245-250.
 - McLeer SV, Anwar RA, Herman S, Maquiling K. Education is not enough: a system's failure in protecting battered women. *Ann Emerg Med* 1989;18(6):651-653.

-
- Motsei M. Detection of women battering in health care settings: the case of Alexandra health clinic. South Africa: Centre for Health Policy; 1993.
 - Naciones Unidas, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Nueva York: Naciones Unidas; 1979.
 - Naciones Unidas, Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Nueva York: Naciones Unidas; 1993.
 - Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Declaración y Programa de Acción de Viena, Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 14-25 de junio de 1993. Ginebra: OACNUDH-UNHCHR; 1993.
 - Naciones Unidas, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994.
 - Naciones Unidas, Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer, Beijing, 4-15 de septiembre de 1995. Nueva York: Naciones Unidas; 1995.
 - Nicaragua, Ministerio de Salud. Los hombres del SILAIS Masaya: género, masculinidad y violencia intrafamiliar en las presentaciones sociales del trabajador de salud. Managua: Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud; 2001.
 - Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará.” Washington, DC: Comisión Interamericana de Mujeres; 2000.
 - Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
 - Organización Panamericana de la Salud. Memoria modelos en construcción para la atención integral a la violencia intrafamiliar y el rol del sector salud. Seminario Taller Centroamericano Modelos en Construcción para la Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar. Managua, 1997. San José, Costa Rica: OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 1999.
 - Organización Panamericana de la Salud. Redes o coaliciones de acción en violencia intrafamiliar. San José, Costa Rica: OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 1999. (Serie Género y Salud Pública No. 2).
 - Organización Panamericana de la Salud. Reporte comprensivo de siete investigaciones de situación de salud a nivel local según condiciones de vida con enfoque de género realizadas en Centroamérica (período 1994–1995). San José, Costa Rica: OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 1999. (Serie Género y Salud Pública No. 5).
 - Organización Panamericana de la Salud. Organización de redes para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar: guía para instituciones y organizaciones comunitarias. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social; OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000.
 - Organización Panamericana de la Salud. Informe del 3º Taller Centroamericano sobre el Registro, la Vigilancia y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. San José, Costa Rica: OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2001. (Serie Género y Salud Pública 11).
 - Organización Panamericana de la Salud. La planificación estratégica en las redes de lucha contra la violencia intrafamiliar en Centroamérica. San José, Costa Rica: OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2001. (Serie Género y Salud Pública 12).

-
- Organización Panamericana de la Salud. Mesa nacional para la prevención y atención de la violencia familiar: por un camino de concertación para deconstruir la violencia familiar en el Perú. Lima: OPS; 2001.
 - Organización Panamericana de la Salud. Modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar: Estado, sociedad civil y el rol del sector salud. San José, Costa Rica: OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2001. (Serie Género y Salud Pública No. 10).
 - Organización Panamericana de la Salud. Respuesta social a nivel local ante la violencia intrafamiliar: protocolo de investigación. San José, Costa Rica: OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2002. (Serie Género y Salud Pública No. 4).
 - Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPS; 2003. (Publicación Científica y Técnica No. 588).
 - Parker B, Campbell J. Care of victims of abuse and violence. En: Wiscarz G, Sundeen SJ. Principles and practice of psychiatric nursing. St. Louis, Missouri: Mosby; 1991.
 - Quirós E. Y no viví feliz para siempre. San José, Costa Rica: Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia; 1997. (Colección Metodologías. Sentir, pensar y enfrentar la violencia intrafamiliar).
 - Ramellini T, Mesa S. Estrategias de intervención especializada con personas afectadas por la violencia intrafamiliar: emprendiendo un camino. San José, Costa Rica: Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia; 1997. (Colección Metodologías. Sentir, pensar y enfrentar la violencia intrafamiliar).
 - Red de Mujeres contra la Violencia. ¿Cómo atender a las mujeres que viven situaciones de violencia doméstica? Orientaciones básicas para el personal de salud. Managua: Red de Mujeres contra la Violencia; 1999.
 - Rodríguez MA, Craig AM, Mooney DR, Bauer HM. Patient attitudes about mandatory reporting of domestic violence—implications for health care professionals. *West J Med* 1998;169:337-341.
 - Rosales Ortiz J, Loaiza E, Primante D, Barberena A, Blandón Sequeira L, Ellsberg M. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998. Managua: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 1999.
 - Sagot, M. La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso en diez países. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000.
 - Shrader E, Sagot M. La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar: protocolo de investigación. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 1998.
 - Shrader E, Sagot M. Domestic violence: women's way out. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2000. (Occasional Publication 2).
 - Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence: opening Pandora's box. *JAMA* 1992;267(23):3157-3160.
 - United Nations. "Let this be the reform Assembly," says Secretary-General addressing fifty-second session. New York: UN; 1997. (SG/SM/6334).

-
- United Nations. The world's women 2000: trends and statistics. New York: UN; 2000.
 - Warsaw C, Ganley AL. Improving the health care response to domestic violence: a resource manual for health care providers. San Francisco: Family Violence Prevention Fund; 1998.
 - World Health Organization. Women's health: WHO position paper, executive summary, Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September, 1995. Geneva: WHO; 1995. (WHO/FHE/95.9).
 - World Health Organization. Injury surveillance guidelines. Geneva: WHO; 2001. (WHO/NMH/VIP/01.02).
 - World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Geneva: WHO; 2002. (HO/FCH/GWH/02.2).
 - Zegarra Tarqui M. Redes locales frente a la violencia familiar. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 1999. (Serie Violencia Intrafamiliar y Salud Pública. Documento de Análisis 2).