



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 19.<sup>a</sup> SESIÓN DEL SUBCOMITÉ SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 12 al 14 de marzo de 2001

*Punto 7 del orden del día provisional*

MSD19/8 (Esp.)

7 febrero 2001

ORIGINAL: INGLÉS

### SISTEMAS DE VIGILANCIA DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN CENTROAMÉRICA

En el presente documento se dan a conocer los sistemas de información y vigilancia de la violencia en el hogar que se han implantado en siete países centroamericanos. Estos sistemas forman parte del modelo integral para abordar la violencia intrafamiliar elaborado por la OPS y sus contrapartes nacionales e intersectoriales para hacer frente a este problema prevalente en Centroamérica. El modelo se aplica al nivel de la comunidad por medio de las redes intersectoriales que detectan, apoyan y cuidan a las mujeres que viven en situaciones violentas; al nivel del sector sanitario y otros sectores mediante instrumentos, sistemas de vigilancia y referencia, normas y protocolos y adiestramiento para su aplicación; y a nivel nacional por medio de coaliciones intersectoriales que abogan por la institucionalización de los logros del modelo y por la implantación de políticas y legislación favorables.

Los sistemas de información forman parte importante del modelo al definir la prevalencia y las características del problema y proporcionar información para programar la atención y las intervenciones, así como para formular políticas y su vigilancia.

La 19.<sup>a</sup> sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo puede fortalecer el Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS y sus contrapartes nacionales para que apliquen el modelo y sus sistemas de información y vigilancia en los países centroamericanos, y para que este se repita en los otros países de la Región a fin de abordar la violencia que afecta a entre 40% y 60% de las mujeres de las Américas.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Introducción .....	3
2. Violencia intrafamiliar, información sanitaria y sistemas de vigilancia.....	4
3. Vigilancia de la violencia por razón de género en Centroamérica .....	6
4. Éxitos preliminares.....	10
5. Retos y perspectivas de género .....	11
6. Recomendaciones desde el punto de vista del género.....	12
7. Medidas que se solicitan del Subcomité.....	13

### Referencias

Anexo: Ejemplos de informes de país sobre la violencia intrafamiliar

## 1. Introducción

“¿Alguna vez concluirá esta pesadilla? ¿Alguna vez podré mantener la cabeza en alto y no sentir vergüenza ni dolor en el alma?”

En junio de 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas se reunieron con representantes no gubernamentales, en un espíritu progresivo de visión y metas comunes, para exponer y evaluar el progreso de las medidas adoptadas por los países con relación a los compromisos contraídos a raíz de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995. A la fecha se han creado medios muy rápidos y modernos para definir y vigilar las metas mundiales, regionales y nacionales de desarrollo humano equitativo. La imagen así obtenida muestra a menudo detalles dolorosos. Mientras que el decenio finalizó con una mayor conciencia de la necesidad primordial de realizar mayores esfuerzos para reducir la pobreza y las inequidades sanitarias, étnicas, de género y otras, la Región de las Américas muestra una ambigüedad de una índole casi característica.

Particularmente en Centroamérica, los vientos de las reformas, la estabilidad civil sin precedentes y el crecimiento económico general no han empañado ni eclipsado la desoladora realidad del acceso significativamente dispar a la atención de la salud: la pesadilla del SIDA infantil, la creciente mortalidad debida a los accidentes de tránsito, además de la carga de morbilidad y pérdida de años de vida debida a la violencia familiar.

Los gobiernos de los siete países de Centroamérica han suscrito la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDCM), la ratificación de la Convención efectuada en Belém do Pará, y el acuerdo de la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) para hacer que la violencia sea una prioridad sanitaria, así como otras iniciativas y compromisos en materia de derechos humanos. En este marco, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) resolvió, en 1993, que a la violencia, particularmente la intrafamiliar, se le asignaría prioridad como tema de salud pública de pertinencia e importancia regionales.

La OPS lleva a cabo actualmente un proyecto específico en 10 países de las Américas a fin de institucionalizar un modelo integrado para abordar la violencia intrafamiliar. La experiencia centroamericana al respecto puede servir de intento integral encaminado a fomentar la salud social y emocional de las mujeres, las familias y las comunidades. El modelo se basa en los ejes de prevención, atención, detección y promoción. La premisa básica para comprender la magnitud del problema con respecto a la jerarquía de las relaciones desiguales entre hombres y mujeres ha creado una abundancia de información, incluida la vigilancia de la violencia doméstica.

La violencia intrafamiliar aparece al lado de la violencia por razón de género con las correspondientes repercusiones y responsabilidades para la salud. La respuesta de la vigilancia a la violencia intrafamiliar es una experiencia que Centroamérica puede compartir por medio de este documento.

## **2. Violencia intrafamiliar, información sanitaria y sistemas de vigilancia**

Una diferencia fundamental entre años anteriores y los años noventa es el valor cada vez mayor de la información (es decir, las pruebas o datos probatorios) como elemento central de la formulación de políticas y proyectos, sobre la base de una organización social que garantiza la participación de diversos interesados directos en el proceso de toma de decisiones. Gracias a este gran adelanto, actualmente se utilizan indicadores para establecer puntos de partida, poner de manifiesto los resultados y vigilar el nivel de logro de los mismos, y brinda oportunidades de lograr, modificar y mantener dichos resultados.

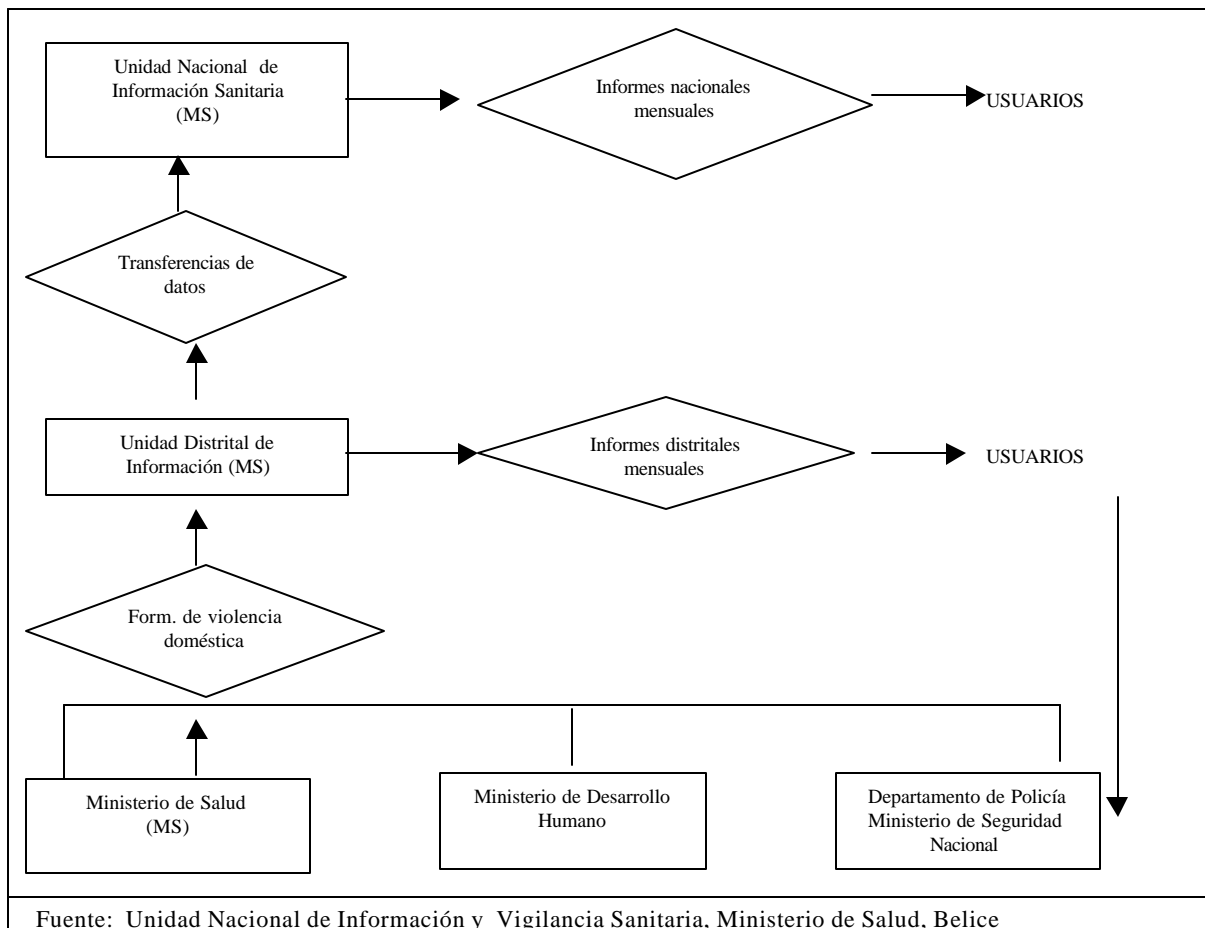
Los sistemas de información y vigilancia sanitaria poseen un *statu quo* que se defiende vehementemente, pero al mismo tiempo se pone en tela de juicio con persistencia en el marco de los paradigmas en transición de la salud y el desarrollo humano. Dado que la información sanitaria se recopila sistemática, continua y oportunamente, es fiable y pertinente, y es necesaria para determinar las condiciones sanitarias y la situación de una población dada, la verdadera vigilancia y seguimiento de la violencia por razón de género sobrepasa el alcance tradicional del sector sanitario. Esto ha sido corroborado claramente por los participantes de la primera reunión subregional sobre registro de la violencia doméstica, que tuvo lugar a finales de 1996. En consecuencia, el monitoreo de la violencia intrafamiliar plantea nuevas situaciones en la recopilación, la producción, el análisis y el uso de la información de salud pública, lo cual presenta implicaciones significativas para el desarrollo de mecanismos de organización intersectorial y es una premisa que no debe pasarse por alto, especialmente al nivel de actitudes.

Hoy en día, la mejor vigilancia de salud pública recopila la información pertinente, la clasifica y la interpreta, y utiliza el proceso para definir los métodos de intervención. Luego sigue el proceso en tanto se recopila y se analiza nueva información para medir la repercusión del problema. La vigilancia está orientada intrínsecamente a los resultados y se centra en diversos resultados relacionados con la salud o sus antecedentes inmediatos. En los casos en que los factores de riesgo o procedimientos específicos están vinculados con los resultados de salud, a menudo es útil medirlos, porque pueden ser más frecuentes que los resultados de salud mismos.

En la vigilancia de la violencia intrafamiliar este principio se torna repentinamente “misterioso” en los entornos de salud. Un modelo ecológico ofrece una comprensión más precisa de los factores individuales, la relación conyugal, el modelo familiar, la comunidad, la

cultura, las leyes y las políticas públicas que rodean a la violencia intrafamiliar y la violencia por razón de género. Mientras que los factores de riesgo comprenden residencia, pobreza, educación y número de hijos, dos factores convincentes de mayor riesgo son el género y una historia de violencia en la familia. El “misterio” puede comprenderse mejor si se reconoce la dinámica, que trasciende los factores en torno al suceso particular. En Centroamérica, el proceso ha empezado a responder a la violencia por razón de género como un fenómeno de manifestaciones múltiples, teniendo en cuenta que las mujeres se encuentran en mayor peligro de ser maltratadas y que existen barreras sociales que obstaculizan su detección.

**Figura 1. Estructura de la vigilancia de la violencia doméstica en Belice**



Los sistemas de información y vigilancia sanitaria en las Américas también están incorporando indicadores que permiten un seguimiento más estrecho del logro de la situación sanitaria entre grupos de poblaciones. Esta tarea la comparten los gobiernos que procuran un desarrollo equitativo en sus procesos internos de reforma. El monitoreo de la violencia por

razón de género luego fija el marco para abordar una grave cuestión de salud pública y la prevención de una seria violación de los derechos humanos, que repercute negativamente en el desarrollo social y económico. La figura 1 presenta un ejemplo del trabajo que realiza Belice para integrar la vigilancia de la violencia intrafamiliar al sistema nacional de información y vigilancia sanitaria.

### **3. Vigilancia de la violencia por razón de género en Centroamérica**

Al mismo tiempo que el Consejo Directivo de la OPS aprobó su resolución para hacer que la violencia se considerara un problema prioritario de salud pública, las demandas nacionales e internacionales de lograr igualdad para las mujeres se expresaban con creciente vigor. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, apoyó la idea de que la violencia en el hogar constituyera una de las 12 prioridades para la acción a fin de reducir las manifestaciones más flagrantes de la desigualdad entre los géneros. Ya existían convenciones para eliminar la discriminación contra la mujer, pero ahora se introducían otras dimensiones para lograr una atención integrada a la salud de la mujer.

Se prestó nueva atención a la violencia por razón de género para reemplazar los “casos” de lesiones que aparecían en los puntos de acceso al sistema de asistencia sanitaria. Si bien la compleja naturaleza de la violencia contra la mujer dificulta lograr el consenso en cuanto a su registro y monitoreo, al prestarse mayor atención se exigió disponer de información. Los estudios empezaron a revelar la prevalencia de la violencia y los efectos a largo plazo que se estaban viendo sobre el bienestar mental y emocional de las mujeres y sus familias. Incluso la pérdida de productividad y años de vida pasaron a figurar en primer plano. Los procesos de reforma sanitaria también cuestionaron, y en algunos casos revelaron, los costos de abordar la violencia familiar en comparación con no hacerlo.

Para Centroamérica los retos eran formidables. El problema seguía considerándose invisible o ajeno a las respuestas nacionales de salud. En 1996, la OPS colaboró con los siete países centroamericanos para realizar una investigación sobre la ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar. Los resultados de estos estudios en varias comunidades (Estelí, Guazapa, Goicoechea, Juan Díaz, Orange Walk, Santa Lucía Cotzumalguapa y Villa Adela) desempeñaron una función decisiva en la creación de nuevos programas nacionales para abordar la violencia familiar. Los resultados confirmaron presuntas inequidades por razón de género y percepciones culturales, pero también plantearon una realidad asombrosa: las respuestas a la violencia doméstica en Centroamérica se conseguían más fácilmente en las organizaciones no gubernamentales; las víctimas de la violencia percibían que las respuestas eran dispersas, y muchos proveedores institucionales de servicios no tenían adiestramiento ni orientación especial en su función para prevenir ni tratar la violencia intrafamiliar y a veces opinaban que esta no era su responsabilidad. La

perspectiva consoladora fue que las mujeres vieron que las instituciones eran fuentes creíbles y que había numerosas respuestas en toda la subregión, aunque no organizadas.

En 1996, expertos de la subregión empezaron a examinar y elaborar el componente de registro de la respuesta a la violencia doméstica. A estas alturas, es necesario aclarar que, para los fines del presente documento y en el marco de un modelo de atención, la violencia intrafamiliar se define como todo acto u omisión que da lugar a lesiones a la integridad física, sexual, emocional, social y económica de un ser humano, en situaciones donde hay una relación íntima o de familia entre el agresor y la víctima. Puede ser en forma de maltrato directo, descuido u otra conducta que pretende amenazar, degradar, controlar, forzar o privar de la libertad.

Las conclusiones de la reunión centroamericana de 1996 para examinar el registro de la violencia intrafamiliar mostraron poco consenso y mucha resistencia, y revelaron que no se conocía bien el proceso intersectorial, si bien hubo acuerdo en el sentido de que la vigilancia constituía una prioridad. Los participantes estuvieron de acuerdo en que la manera de progresar era aumentar la documentación sobre la violencia intrafamiliar, movilizar apoyo técnico específico a los países y dentro de ellos, designar los órganos nacionales que se encargarían de la prevención de la violencia, seguir explorando la viabilidad de un subsistema uniforme para la vigilancia de la violencia, coordinar el intercambio técnico entre los países y realizar una evaluación posterior de las acciones en curso sobre la vigilancia de la violencia intrafamiliar. Los siete países redactaron sus respectivos planes, de corta extensión.

Obviamente, los problemas de salud pública y otros problemas sociales casi nunca aguardan los procesos de planificación. Muchas respuestas definidas y específicas a la vigilancia de la violencia intrafamiliar siguieron en los países. No obstante, la demanda de datos fidedignos específicos de los países superó las respuestas nacionales existentes. Los informes sobre el desarrollo humano de los países, los planes nacionales de salud, las actualizaciones de la CEDCM, los informes de gobierno sobre la situación del país y otros sirvieron para destacar las lagunas que existían en materia de datos fidedignos. En algunos casos, este fenómeno también fue análogo a las fallas en los sistemas existentes de información sanitaria (verticalidad, procesamiento y análisis limitados, subutilización, repetición y falta de disponibilidad para los planificadores locales).

En 1999, la OPS coordinó el III Taller Centroamericano de Registro, Vigilancia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual en El Salvador. Las conclusiones fueron que, en general, el progreso en la vigilancia de la violencia intrafamiliar refleja el progreso en la reducción de las inequidades por razón de género. Esto resultó ser una “sorpresa” para algunos, una “vergüenza” para otros y un catalizador real para muchos. Recuérdese el contexto de estos acontecimientos, pues en ese momento se estaban multiplicando los

programas de software, las bases de datos y los sistemas de información en competencia en el sector sanitario, a menudo con considerables recursos financieros y prioridad política. La reunión de 1999 reveló entonces avances importantes junto con grandes obstáculos. En general, ni un solo país se jactaba de contar con una respuesta integrada de vigilancia; no obstante, todos y cada uno estaban registrando datos y se hallaban en marcha hacia la vigilancia nacional o local, incluida la generación de mejores indicadores de género.

El cuadro 1 explica las respuestas de cada país para integrar la vigilancia de la violencia doméstica. El presente informe no tiene la finalidad de realizar un análisis específico de datos; no obstante, en el anexo se presentan cuadros ilustrativos con información de cuatro países con diferentes sistemas de vigilancia.

Para describir el proceso de la vigilancia de la violencia doméstica en Centroamérica, es importante colocarlo dentro de un marco más amplio de institucionalización de un modelo de atención para la violencia intrafamiliar. Ninguna iniciativa por sí sola describe la combinación de experiencias que se llevan a cabo en cada país. No obstante, dentro del progreso subregional, se han dado pasos concretos que han llevado a las actividades actuales de vigilancia en los siete países. Quizás el aumento de la conciencia en cuanto al tema de la violencia intrafamiliar como problema de salud pública y de derechos humanos haya tenido resultados inmensurables. La función de los medios de comunicación, que utilizan otras estrategias más amplias de promoción de la salud en comunidades y municipios, también ha amplificado el diálogo público, aunque en muchos casos con sensacionalismo. La formación de alianzas tradicionales y no tradicionales fue también una estrategia oportuna considerando los cambios de prioridad que están ocurriendo debido a los procesos de reforma sanitaria. Pero, sin duda alguna, la experiencia más uniforme del logro de la vigilancia de la violencia intrafamiliar ha sido la persistencia obstinada en multiplicar los interesados directos, junto con el apoyo técnico sostenido. Para citar a un epidemiólogo nacional, “nunca imaginé que esto realmente podría suceder”.

Pero los expertos siguen recordando a los responsables de la política que la vigilancia realmente no tiene ninguna finalidad si la información no contribuye a mejorar la atención o las intervenciones en lo referente al problema dado. Desde el punto de vista metodológico, se identifican cuatro retos: la determinación de la magnitud del problema para formular las políticas; la vigilancia de la calidad de la atención a las personas afectadas; la elaboración de métodos para comparar las respuestas y las mejoras sectoriales; y la garantía de la seguridad de los investigadores, los proveedores de servicio y los informantes. Si los resultados mejoran efectivamente la atención y aumentan las medidas de prevención con nuevos asociados, hacer más hincapié en la vigilancia de la violencia intrafamiliar justificaría el uso de los recursos nacionales que son penosamente limitados.



**Cuadro 1. Vigilancia de la violencia intrafamiliar en Centroamérica:  
Indicadores en los sistemas de información y vigilancia sanitaria  
Perspectivas de siete países**

País	Nivel de vigilancia	Año de inicio	Instrumento de recopilación de datos	Sectores participantes en la recopilación o producción de información	VARIABLES e indicadores	Usuarios de la información	Principal sector responsable
BELICE	Sistema multisectorial nacional y local	1999	Formulario computarizado estandarizado compatible con la CIE-10 y sistema nacional de vigilancia e información sanitaria	Salud, policía, departamento de la mujer, ONG, tribunal familiar	Variables básicas y otras. Indicad.: número de mujeres, mujeres embarazadas, casos repetidos y muertes	Salud, policía, comisión de mujeres, ONG, redes de medios de difusión	Salud
COSTA RICA	Diversas iniciativas nacionales y locales, pero no hay sistema centralizado	1991-1994	No hay instrumento estandarizado, pero el sector sanitario está finalizando uno que es compatible con la CIE-10	Salud, seguridad social, sistema judicial, INAMU, delegación de la mujer	Variables básicas y otras. Indicad.: número de mujeres, porcentaje de mujeres, número de defunciones	Salud, seguridad social, INAMU, ONG investigadores, , medios de difusión, sistema judicial, depto. de la mujer y redes	No hay un solo sector responsable
EL SALVADOR	Local, pero están en marcha iniciativas nacionales	1997	No hay instrumento estandarizado	Salud, policía, fiscalía general de la república. Medicina forense	Variables básicas	Salud, policía, fiscalía general de la república, medicina forense	El sector salud es el propuesto (unidad de epidemiología)
GUATEMALA	Nacional y local en salud y otros	2000	Formulario estandarizado a nivel nacional y local compatible con la CIE-10	Salud, policía, instituto nacional de estadística (INE)	Variables básicas y otras. Indicad.: No. de mujeres, mujeres embarazadas y defunciones	Salud, IGSS, redes	Salud, oficina de derechos humanos
HONDURAS	Local, pero los departamentos nacionales que no son de salud registran datos	1998	No hay instrumento estandarizado, pero se ha presentado propuesta para su aprobación	ONG, policía, salud, Ministerio de Educación	Variables básicas	ONG, policía, Ministerio de Educación	Salud
NICARAGUA	Local, hay iniciativas nacionales en marcha para crear un sistema nacional	1998	No hay formulario estandarizado	Salud, medicina legal y comisarios (policía)	Se incluyen las variables básicas. Indicad.: No. de mujeres, casos notificados y muertes	Comisaría de la mujer (policía, salud)	Policía, salud
PANAMÁ	Nacional y local en el sector sanitario	1997	Formulario estandarizado de notificación sanitaria compatible con la CIE-10	Redes sanitarias y locales así como nuevos asociados, Comisión de análisis y tendencias	Variables básicas y otras (sexo, edad, tipo de violencia). Indicad.: No. de mujeres y defunciones, porcentaje de mujeres embarazadas	Salud, redes locales	Salud

Fuente: Registro de la violencia intrafamiliar del sector de la salud, reunión de Centroamérica, 1996.

Vigilancia y registro de la violencia intrafamiliar en Centroamérica, 1999.

Evaluación de Centroamérica de 2000. Planes de acción sobre violencia intrafamiliar.

De la experiencia centroamericana se desprende que es importante agregar los siguientes pasos a los ya presentados para la vigilancia intrafamiliar:

- La existencia de un plan o protocolo para el tratamiento de las víctimas.
- El adiestramiento y el readiestramiento de los proveedores de servicios.
- La existencia de formularios validados de registro de violencia intrafamiliar.
- El compromiso de los sectores institucionales.
- Mecanismos de coordinación definidos en todos los sectores, que permiten verdadera participación social.

Suponer que el proceso en marcha es estable sería una equivocación grave, pero subestimar su progreso sería imperdonable.

#### **4. Éxitos preliminares**

Si bien se está trabajando en el análisis y la vigilancia de las inequidades entre hombres y mujeres, no se aborda tan fácilmente el costo real de la violencia doméstica y el daño profundo en la vida de las mujeres y las familias. En el área de la vigilancia de la violencia intrafamiliar están ocurriendo éxitos cautelosos pero significativos. Quizás el más importante de los logros es que, hoy en día, los siete países registran casos de violencia doméstica y consideran que dicho registro constituye una prioridad nacional. Este éxito puede atribuirse a una sostenida promoción de la causa a los niveles local y nacional, con participación de los interesados directos locales de siempre y otros nuevos. Cabe señalar que esta experiencia es la personificación del espíritu de autodeterminación en los asuntos relacionados con la salud y promueve el respeto a los derechos humanos y la participación social en la salud y el bienestar.

Hasta 1995, no había en Centroamérica ningún sector sanitario que registrara y notificara formalmente los casos de violencia intrafamiliar. Actualmente, el panorama varía entre los siete países, desde una respuesta integrada del sector sanitario nacional en Panamá, hasta una experiencia multisectorial local en El Salvador y un sistema nacional integrado y multisectorial en Belice (cuadro 1). En respuesta al huracán Mitch, cuatro de los países afectados iniciaron el tamizaje y registro específico de la violencia perpetrada por la pareja en determinados consultorios de atención ambulatoria y centros de urgencia. Este año se dispondrá de los resultados de esa experiencia y los datos preliminares corroboran la necesidad de prestar mayor atención a la vigilancia activa de la violencia intrafamiliar en los establecimientos de salud.

La experiencia centroamericana se enmarca dentro de la concepción de la violencia intrafamiliar como violencia por razón de género y coloca a la vigilancia dentro de las estructuras existentes de información y servicio, al tiempo que suscita nuevas respuestas

locales y nacionales. Algunas cualidades de los sistemas de vigilancia de violencia intrafamiliar en cada país centroamericano se esbozan en el cuadro 1. Los éxitos comunes son los siguientes:

- El enfoque mantiene el criterio común de un modelo integrado.
- La comunidad, por medio de las redes locales y los representantes sectoriales, participa en el diseño y la puesta en práctica del sistema de vigilancia.
- Las variables básicas para observar la violencia intrafamiliar se elaboran y se validan mediante debates nacionales y subregionales.
- Hay una mayor transparencia y responsabilización para abarcar otros aspectos del sector sanitario.
- Los usuarios y los productores locales de datos sobre la violencia intrafamiliar tienen mayor acceso a la información elaborada.
- Los instrumentos de recopilación de datos son compatibles con la CIE-10.
- Existen normas y protocolos para mejorar la vigilancia y la atención a las víctimas de la violencia intrafamiliar.
- Se están generando indicadores para vigilar los compromisos de los países en los ámbitos nacional, internacional y de las Naciones Unidas.

## **5. Retos y perspectivas de género**

Someter a debate los complejos retos con los que todavía se enfrentan los siete países de Centroamérica para validar las medidas de vigilancia de la violencia intrafamiliar podría frustrar esta iniciativa subregional. No obstante, es justo que los planificadores sociales y los encargados de adoptar las decisiones nacionales se pregunten: ¿cuál es el valor agregado al desarrollo humano que podría obtenerse mediante la vigilancia de la violencia intrafamiliar?

El valor monetario de las experiencias de vigilancia sanitaria en América Latina todavía está cuantificándose, pero hay datos insuficientes sobre la sensibilización para analizarlos o para reducir las barreras sociales y profesionales que aún persisten. Entre los obstáculos encontrados en el proceso centroamericano figuran los siguientes:

- El cambio de actitud es un proceso lento.
- Los cambios institucionales a menudo son antojadizos.
- La participación de varios sectores puede hacer que se diluya fácilmente el sentido de propiedad de los procesos.
- El compromiso político puede cambiar de la noche a la mañana.
- Hay deficiencias técnicas (garantía de la calidad, confidencialidad, falta de pericia).

- Hay falta de experiencia y compromiso para realizar la planificación o el monitoreo basado en pruebas.

## **6. Recomendaciones desde el punto de vista del género**

Si bien aún no ha finalizado por completo, la experiencia centroamericana en materia de vigilancia de la violencia intrafamiliar puede poner en tela de juicio los principios básicos que rigen para otros problemas de salud pública. ¿No es paradójico que los principios de autodeterminación, igualdad de oportunidades, respeto a los derechos humanos, reconocimiento de necesidades dispares y participación social sean los mismos que se reafirman en la experiencia de la vigilancia de la violencia intrafamiliar centroamericana?

Estos principios forman parte de las siguientes recomendaciones para los sistemas de vigilancia. En ellas se ponen de manifiesto las flagrantes inequidades por razón de género que obstaculizan el desarrollo, son comunes a todos los sectores y son totalmente prevenibles. En el cuadro 1 se presentan los sistemas concretos de vigilancia así como sus características: instrumentos de recopilación, adiestramiento, enfoques integrados, controles de calidad, relación con la información sanitaria y los sistemas de vigilancia existentes e inclusión de los indicadores de violencia por razón de género en los perfiles regulares de salud y desarrollo humano, o análisis de la situación sanitaria y publicaciones de tendencias.

Los sistemas de vigilancia deben:

- Unificar las iniciativas existentes, recalcar la producción oportuna de informes y poner la información al alcance de todos los sectores pertinentes, reforzando la importancia de los procesos descentralizados.
- Fortalecer las alianzas entre los sistemas de vigilancia de diferentes sectores para facilitar las referencias, el seguimiento y la distribución de los resultados.
- Realizar investigación sobre los datos de la vigilancia para formular y monitorear políticas que reduzcan las inequidades en la esfera de la salud pública.
- Cerrar la brecha entre los investigadores, los responsables de la política, los proveedores y los usuarios de las intervenciones de violencia intrafamiliar.
- Contribuir a la protección y mejorar la atención de las víctimas de la violencia.

Sin este marco, no es posible determinar si el proceso realmente constituye un verdadero valor para afrontar y superar la violación de un derecho humano básico: "Sin los derechos de la mujer, no hay derechos humanos".

## **7. Medidas que se solicitan del Subcomité**

Si pudiésemos imaginarnos la súplica dolorosa de una mujer anónima en cualquier hogar de la Región, quizá podrían definirse más fácilmente nuestras intervenciones específicas. El Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo somete los siguientes hechos concretos a la consideración del Subcomité:

- Propugnar que los datos de violencia intrafamiliar aparezcan en los principales informes sobre el desarrollo nacional.
- Utilizar los indicadores de violencia por razón de género en los informes de gobierno sobre la situación del país y otros discursos pertinentes de salud pública.
- Promover y apoyar a los organismos intersectoriales que monitorean y validan los sistemas de vigilancia de la violencia intrafamiliar.
- Visitar los centros de los sistemas de información sanitaria y sobre violencia por razón de género a fin de apoyar y comprender mejor la dinámica de la generación y el análisis de los datos.
- Fomentar la utilización de indicadores de violencia por razón de género en los municipios.
- Crear espacios nacionales para introducir la responsabilización en el logro de las políticas de prevención de la violencia intrafamiliar. Un ejemplo es el diseño de informes anuales sobre el progreso de las respuestas institucionales y sectoriales a la violencia doméstica.
- Y por último, pero no por ello menos importante, a riesgo de parecer engañosamente sencillo, poner a prueba el sistema con un escenario de casos reales.

### Referencias

Manzanares, Myrna 1997. Life Lines “One Women’s Pain”.

Shrader, E. y Sagot, M. 2000. Domestic Violence–Women’s Way Out. PAHO/WHO.

Churchill, E. y Tenstsch, S. 1994. Principles and Practice of Public Health Surveillance.

Gadea, Adilia. 1997. Primera Reunión Centroamericana - Registro de la Violencia Intrafamiliar del Sector Salud. OPS/OMS.

Cuéllar, Alma. 2000. Informe de Evaluación Subregional 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. OPS/OMS.

Guido, Lea. Marco de referencia y metodología del Taller. OPS/OMS. III Taller C.A. de Registro, Vigilancia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. San Salvador, El Salvador. 29 sept.- 01 oct. 1999. Presentación en Power point.

Ellberg, Mary. La vigilancia social de la violencia doméstica: un desafío para toda la sociedad. Centro para la Equidad de Salud y Género (CHANGE). III Taller Centroamericano de Registro, Vigilancia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. OPS/OMS.

Trejos, Adrián. 2000. Algunos apuntes metodológicos para la Formulación de Indicadores y Metas.

Trejos, Adrián. 2001. Sistematización y Memoria del III Taller Centroamericano de Registro, Vigilancia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. OPS/OMS.

Ministry of Health. 1999. Belize National Health Information Surveillance System.



**Ejemplos de informes de país sobre la violencia intrafamiliar**  
**Belice**  
Septiembre de 1999–diciembre de 2000

Total de casos acumulados	511*
Mujeres	85%
Hombres	15%
Grupo de edad más afectado (20-29 años)	43%
Casos remitidos	20%
Tipo de violencia (física)	43%
Casos urbanos	70%
Defunciones	No se registraron
* A mediados de 1999, el informe preliminar reveló 126 casos,	

Fuente: Unidad Nacional de Información y Vigilancia Sanitaria, Ministerio de Salud, Belice.

**Costa Rica**  
1998-1999\*

Total de casos	976
Mujeres	87%
Hombres	13%
Grupo de edad más afectado (20-39 años)	57%
Tipo de violencia:	
Física	57%
Sexual	16%
Psicológica	4%
Económica y otras	23%
* Datos hasta junio de 1999	

Fuente: Informe del Poder Judicial, Costa Rica.

El cuadro anterior registra un caso de homicidio. De acuerdo con el estudio de Carcedo y Sagot, *Femicidio en Costa Rica: 1990-1999*, San José, 2000, en 1998 se produjeron 20 casos de femicidios y en 1999 llegaron a 26 casos.



**El Salvador**

2000

Total de casos	3,037
Mujeres	100%
Hombres	No se registraron
Grupo de edad más afectado	31-40 años
Tipo de violencia:	
Física	43%
Psicológica	57%
Defunciones	No se registraron
Mes de la mayoría de los casos	Mayo

**Panamá**

1997-1999 (septiembre)

Total acumulado de casos	1,507
Mujeres	91%
Hombres	9%
Grupo de edad más afectado (20-40 años)	66%
Tipo de violencia:	
Física	58%
Abuso sexual	24%
Casos urbanos	> 50%
Defunciones	No se registraron

Fuente: Centro de Recepción de Denuncias, Policía Técnica Judicial, Panamá.