

II SEMINARIO TALLER
MODELOS DE CONSTRUCCIÓN
PARA LA ATENCION INTEGRAL
A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
Y EL ROL DEL SECTOR SALUD

Nicaragua

12,13 y 14 de noviembre de 1997

II SEMINARIO TALLER
MODELOS DE CONSTRUCCIÓN
PARA LA ATENCION INTEGRAL
A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
Y EL ROL DEL SECTOR SALUD

Nicaragua
12,13 y 14 de noviembre de 1997

II SEMINARIO TALLER
MODELOS DE CONSTRUCCIÓN PARA LA ATENCION INTEGRAL
A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y EL ROL DEL SECTOR SALUD

Nicaragua

12,13 y 14 de noviembre de 1997

Programa

- Guía para la redaccion del informe de proceso de las experiencias locales en Centroamerica sobre “Modelo de atención integral a la VIF - rol del sector salud”
- Hoja de atención médico-legal
- Políticas públicas y violencia intrafamiliar: la experiencia de Costa Rica
- Sistematización. Modelo en construcción de atención integral a la violencia intrafamiliar MINSA-sociedad civil: Nicaragua
- Informe sobre la Comisaría de la mujer y la niñez: Nicaragua
- Modelo de atención y prevención de la Violencia Intrafamiliar: Perú
- Deconstruir la violencia intrafamiliar: estado y sociedad civil, rol del sector salud - Costa Rica
- Informe de relatoria comisión sobre detección y prevención

II SEMINARIO TALLER

**Modelos de Construcción
para la Atención Integral a la
Violencia Intrafamiliar y
el Rol del Sector Salud**

Nicaragua
12, 13 y 14 de noviembre, 1997

05.04.03/1-4240

II SEMINARIO TALLER
MODELOS EN CONSTRUCCIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL
A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y EL ROL DEL SECTOR SALUD
12, 13 y 14 de noviembre, 1997

Nicaragua.

PROGRAMA

1.- Inauguración

Dr. Philippe Lamy, Representante OPS/OMS

Lic. Rosa Argentina López, Directora del Instituto Nicaragüense de la Mujer

Sra. Violeta Delgado, Secretaria ejecutiva de la Red de Lucha contra la violencia
intrafamiliar

Lic. Martha McCoy, Viceministra de Salud

II Seminario-Taller Centroamericano:
Modelos en construcción para la Atención Integral
a la Violencia Intrafamiliar
y el rol del Sector Salud

Del 12 al 14 de Noviembre de 1997

Hotel Las Mercedes

◆ **Participantes**

- Representantes de los siete países de Centro América de las áreas de referencia donde se desarrolla el proyecto fortalecimiento y organización de las mujeres: Acciones coordinadas entre el Estado y la sociedad civil a nivel local para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar.
- Asesoras del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de Centroamérica, Ecuador y Perú.
- Representantes de otras experiencias en desarrollo: Perú y Comisarías de la Mujer en Nicaragua.
- Coordinadores de planes nacionales y sectoriales de abordaje a la VIF de Costa Rica y Panamá.
- Invitados especiales.

◆ **Propósito**

Intercambio de experiencias sobre las construcciones de modelos integrales de atención a las víctimas de la violencia intrafamiliar a nivel local y rol del sector salud.

◆ **Resultados Esperados**

1. Aportes conceptuales que permitan enriquecer los marcos referenciales para el abordaje de la violencia intrafamiliar y el rol del sector salud.
2. Conocimiento de las estrategias exitosas para el abordaje de la violencia intrafamiliar a nivel comunitario, institucional y movimiento social de mujeres.
3. Conocimiento de las acciones que se desarrollan en el proceso de construcción social de la violencia intrafamiliar y la atención de las víctimas de la violencia.

♦ *Metodología*

Se trabajará a partir de ponencias magistrales, paneles y organización de grupos temáticos que contarán con el apoyo de una facilitadora con experiencia en los temas de: participación social y promoción de acciones de nula violencia, criterios de detección y prevención de la violencia; evaluación del riesgo; propuestas alternativas a la atención a víctimas de violencia.

PROGRAMA

Miércoles, 12 de noviembre

| HORA | TEMA | METODOLOGIA | RESULTADO |
|--|---|--|---|
| 08:30 am - 10:00 am | Inauguración | Palabras inaugurales autoridades de gobierno, Representación OPS y representantes de donantes Suecia y Noruega | Instalación formal del Seminario-taller |
| 10:15 am - 10:15 am 10:15 am - 10:30 am | Café Propósito, objetivos esperados y metodología de la reunión | Presentación por consultora MSD de Nicaragua, Lic. Silvia Narváez | Conocimiento de la mecánica de trabajo en los 3 días del Seminario-taller |
| 10:30 am - 11:30 am | Marco referencial y pautas para atención integral de VIF - Rol del sector salud en los contextos de Reforma Sectorial | Ponencia Asesora Subregional de Lea Guido | Elementos conceptuales y rol del sector salud |
| 11:30 am - 12:00m | Aclaraciones y Discusión | | |
| 12:00m - 01:30pm | Almuerzo | | |
| 01:30pm - 03:00pm | Panel experiencias locales modelos en construcción de atención integral a la VIF | 20 a 30 minutos por país Ponencia conforme guía en base | Ponencia escrita de los tres países distribuida a los participantes. Conocimientos de las características de los modelos y puntos de coincidencia. |
| 03:00pm - 03:15 pm | Aclaraciones y discusión | Moderador y relator representantes de El Salvador | |
| 03:15pm - 03:30pm 03:30pm - 05:00pm | Café Continuación de panel: | Moderador y relator representantes de Honduras | |
| 05:00pm - 05:30pm | Discusión | | |

Jueves, 13 de noviembre

| HORA | TEMA | METODOLOGIA | RESULTADO |
|--------------------|---|---|---|
| 8.30 am - 10:00am | Continuación Panel: Nicaragua | Moderadora y relatora representantes de Belice | |
| 09:00 am - 09:15am | Aclaraciones y discusión | | |
| 09:15 am - 10:15am | Otras experiencias Perú y Comisarias de la Mujer de Nicaragua | Ponencia Moderador y Relator representantes de Costa Rica | Conocimiento de las particularidades de los modelos y puntos de coincidencia |
| 10:15 am - 10:30am | Discusión y debate | | |
| 10:30 am - 11:15am | Ponencia sobre Aportes sobre la situación de la mujeres víctimas de violencia intrafamiliar | Ponencia magistral Mary Ellsberg | Socialización de conocimientos |
| 11:15am - 12:00m | Organización de grupos temáticos según lista de participantes, explicación de metodología de trabajo, presentación de facilitadores y ubicación de los grupos | Plenaria Moderadora y Relatora representantes de Nicaragua | Constitución de los tres grupos |
| 12:00m - 01:30pm | ALMUERZO | | |
| 01:30pm - 02:30pm | Panel Políticas públicas y violencia intrafamiliar: Planes nacionales contra la violencia de Costa Rica, presentado por Lic. Ana Hidalgo | Ponencias Moderadora y relatora representantes de Guatemala | Pautas para la elaboración de planes nacionales y sectoriales y conocimiento de experiencias de políticas públicas. |
| 02:30pm - 02:45pm | Plan sectorial de salud de Panamá presentado por Marta Icaza | | |
| 02:45pm - 03:00pm | Discusión y aclaraciones | | |
| 03:00pm - 05:00pm | Café Presentación de videos de los países | | |

Viernes, 14 de noviembre

| HORA | TEMA | METODOLOGIA | RESULTADO |
|--|--|--|---|
| 8:30 am - 10:00am | Ponencia introductoria de facilitadora de grupo según tema Elección de relatoras, trabajo según guía temática | Los tres grupos trabajarán simultáneamente abordando la guía como base de la discusión y los insumos de la ponencia de la facilitadora La relatora de cada grupo presentará conclusiones y recomendaciones de la discusión plenaria | Enriquecimiento a nivel conceptual y práctico de los modelos en construcción en los países e identificación de limitantes |
| 10:00 am - 10:15am 10:15 am - 12:30pm | Café Continuación de trabajo de grupo | | |
| 12:30pm - 02:00pm | Almuerzo | | |
| 02:00pm - 03:00pm | Conclusiones en plenaria de los diferentes grupos de trabajo | Lectura por las relatoras de cada grupo | Socialización en plenaria de los temas tratados según eje temático |
| 03:15pm - 03:30pm | Aclaraciones y discusión | | |
| 03:30pm - 03:45pm 03:45pm - 05:00pm | Café Relatoría final del seminario taller | Relatorias de los diferentes grupos de trabajo temático y paneles, trabajarán con apoyo secretarial en un documento final | Un documento en el que se incorporan los aportes de los procesos en curso para el abordaje a la violencia, los puntos de coincidencia de estos procesos y las principales recomendaciones de los ejes temáticos abordados |
| 05:00pm - 05:30pm | Clausura | | |

**GUIA PARA LA REDACCION DEL
INFORME DE PROCESO DE LAS EXPERIENCIAS LOCALES
EN CENTRO AMERICA SOBRE
"MODELO DE ATENCION INTEGRAL A LA VIF - ROL DEL SECTOR SALUD"**

INTRODUCCION: 1 1/2 páginas. Cómo se realizó el estudio.

1. Contexto nacional en que se desarrolla el "Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar" en la localidad (de).....

1.1 Referencia a la Ley, políticas, planes existentes en el país referente a la VIF. Ponga las fechas, describalas y especifique sus aportes y limitaciones.

1.2 Situación de los organismos no gubernamentales en su relación con el gobierno; organización de estas, coordinación entre sí.

1.3 Rol del Sector Salud, nivel normativo y la violencia intrafamiliar.

(Este apartado puede constar de 3 a 6 páginas)

2. El marco de referencia de la experiencia local.

2.1 La definición y ejes del Modelo. Diferencias, similitudes en relación al Modelo propuesto por OPS.

Puede elaborarse un cuadro comparativo, por ejemplo:

| Definición Atención Integral VIF | Ejes | | | |
|---|---------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|
| | Promoción objetivos | Detección objetivos | Prevención objetivos | Atención objetivos |
| Definición sugerida (documento entregado) | | | | |
| Definición de los actores locales | Tal como lo definen los actores | | | |

Análisis y comentarios: aportes, vacíos, etc.

2.2 Qué actores se definen como esenciales en el Modelo, locales y porqué.

(trate de plasmar en una gráfica el Modelo Local)

(Este apartado puede constar de 8 a 10 páginas).

3. La participación de los diferentes actores sociales del nivel local en el abordaje de la VIF

3.1 Descripción de la Red Local: utilizar el siguiente cuadro. Ubique a cada actor según los ejes definidos por el nivel local.

| Actores | Promoción | | | |
|---------------------|---|--|--|--|
| Ejemplo: Policía | Describa que hace si no hay nada dejelo en blanco | | | |
| Educación | | | | |
| | | | | |

3.2 Analice en general el rol de los diferentes actores sociales.

(Esta apartado puede constar de 5 a 8 páginas)

4. Rol del Sector Salud (este apartado es el más importante)

4.1 Breve descripción del Sector Salud en la localidad

- Area de Salud donde se ubica el proyecto de atención Integral a la Violencia Intrafamiliar.
- Unidades de Salud y niveles de complejidad. Puestos / Centros de Salud / Hospitales.
- Unidades que involucra el Modelo Local.

4.2 Rol de las diferentes unidades de salud (para este apartado utilice el siguiente cuadro)

| Unidades | Rol según ejes del Modelo definidos por el nivel local | | | | |
|----------------------------|---|-----------|--|--|--|
| | Promoción | Detección | | | |
| Ejemplo Centro de Salud | Visitas domiciliarias Trabajo con comadronas etc. | | | | |
| | | | | | |

Análisis de las acciones por eje. Mencione si existen protocolos, si existen anexos, si no, cuando los elaborará.

4.3 Situación recursos humanos de salud y capacitación sobre abordaje VIF. Se trata de describir el nivel de conocimiento y vacíos, si existe programa de capacitación continua.

4.4 Sobre registro VIF en el nivel local.

(10 a 15 páginas)

5. Conclusiones y recomendaciones.

5.1 Conclusiones.

5.2 Recomendaciones

(Este apartado de 2 a 3 páginas).

6. Fuentes consultadas

7. Anexo

EST. DE
SALUD

A

A

**HOJA DE ATENCIÓN MEDICO-LEGAL
EN CASOS DE VIOLENCIA DOMESTICA**

Fecha y hora: / /
día mes año
hora

Viene por: _____ vez.

1- NOMBRE

SEXO F () M ()

Nº de cédula de identidad o pasaporte: _____

Fecha de nacimiento: / /

Profesión u oficio:

Estado civil:

Escolaridad:

Domicilio: (Dirección completa):

SI ES MENOR: *DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO.*

Nombre del acompañante:

Nº de cédula de identidad o pasaporte:

Parentesco con la víctima:

Institución que representa u otro (vecino, amigo, etc.)

OBSERVACIÓN: *menor*

2- HISTORIA:

Quiero referir la historia
Refirió que.....

Tipo Violencia

Cuándo le sucedió,

En dónde le sucedió,

Qué le sucedió,

agresiones
Qué lesiones sufrió,

Quién o quiénes se las provocó,

Qué pasó inmediatamente después del hecho (pidió auxilio, por quién fue socorrido(a), recibió atención médica, en qué consistió dicha atención, se le orientó, etc.)

Cómo se siente aquí y en este momento.

Presunto
 3- DATOS DEL AGRESOR. Relación con la víctima

- 1- Padre 3- Padrastro 5- Madrastra 7- Abuelo 9- Abuela 11- Tío (a)
 2- Madre 4- Hermano(a) 6- Primo (a) 8- Conocido(a) 10- Desconocido(a)

4- EXAMEN FÍSICO

Actitud?:

Cooperador(a)?:

Si presentó lesiones, son:

Recientes

Antiguas

Mixtas

Describirlas (situación, topográfica, morfología, *color*, medida, repercusión funcional.)

5- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Resultados *Lal*

Casos de delitos sexuales: *la ropa* Lo anterior más: examen de las ropas y de:

- a- Región extragenital
 b- Región paragenital
 c- Región genital

6- CONCLUSIÓN

De acuerdo con el cuadro lesional antes descrito, estimo que dichas lesiones incapacitarían por _____ (días, semanas, meses) para sus actividades habituales.

En delitos sexuales: de acuerdo con el cuadro lesional descrito, estimo que el (la) aquí ofendida(o) fue accedida(o) carnalmente: SI () NO ()

O fue objeto de toques impúdicos:

SI ()

NO ()

No hay signos clínicos de tal ()

*Psicólogo
Trab Social u otra*

Requiere referencia en Psiquiatría:

SI ()

NO ()

Requiere referencia a otra especialidad médica:

SI ()

NO ()

Podría quedarle a este(a) paciente algún grado de impedimento (incapacidad permanente):

SI ()

NO ()

Firma _____
Me lo

Como paciente o acompañante hago costar que la información contenida en este documento es la suministrada al médico en este acto.

FIRMA

Paciente o acompañante

SEMINARIO-TALLER CENTROAMERICANO
ATENCION INTEGRAL A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
Y EL ROL DEL SECTOR SALUD
Managua, Nicaragua 12-14 de noviembre de 1997

POLITICAS PUBLICAS Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La experiencia de Costa Rica

Licda. Ana L. Hidalgo
Coordinadora PLANOSI
CMF-COSTA RICA

En primer lugar, quisiera agradecer a Organización Panamericana de la Salud- Programa Subregional Mujer, Salud y Desarrollo- la invitación para compartir con ustedes nuestra experiencia en el diseño y puesta en práctica de políticas públicas para la atención y la erradicación de la violencia en la familia.

El cambio estratégico

①

El Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI) es uno de los planes y programas nacionales que se han impulsado y coordinado desde el Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia (CMF) como parte de las políticas públicas para promover la equidad de género.

Se dice que la característica que marca la etapa pos-Beijing (refiriéndose a la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en setiembre de 1995) es precisamente ser la etapa de las políticas públicas: la conclusión de la era de las declaraciones para avanzar hacia la acción pública real en pos de la equidad de género.

En este sentido, el hito que marca la Conferencia de Beijing se refiere al carácter estratégico que debe adquirir la acción para lograr la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

La necesidad de este cambio estratégico surge de la evaluación que se ha hecho de mucha de la acción hasta entonces realizada y dirigida a las mujeres en los distintos países latinoamericanos que indica que mayoritariamente se ha tratado de acciones puntuales, sin coordinación, tanto en el Estado como en la sociedad civil. Acciones que afectan únicamente a sectores reducidos de mujeres y que representan una cantidad de recursos humanos y financieros apreciablemente reducida, tanto en el contexto general de la cooperación, como en relación con los presupuestos de las instituciones de gobierno.

Es claro que el impacto de estas acciones además de reducido, es claramente insuficiente para producir modificaciones reales en las condiciones de vida de los millones de mujeres que habitan el continente y mucho menos en las relaciones de género.

El cambio que se persigue con el impulso de políticas públicas para la equidad de género debe ser estratégico al menos en cuatro sentidos:

. en primer lugar, respecto de su *contenido*: las acciones deben de dejar de ser acciones de asistencia a las mujeres para buscar el cambio hacia las relaciones equitativas de género;

. en segundo lugar, en cuanto a su *cobertura* para que adquieran una dimensión verdaderamente nacional, afectando no solo a sectores o grupos de mujeres sino al conjunto de la población;

. en tercer lugar, en el campo *politico-administrativo* que se conviertan en compromisos de Gobierno a ejecutar por el conjunto de las instituciones públicas, y

. finalmente, en cuarto lugar, que convoquen a una *convergencia* entre las distintas fuerzas políticas, las organizaciones de la sociedad civil y los organismos gubernamentales para que sean efectivamente políticas nacionales de Estado, de tipo sostenible.

Este cambio estratégico es el que determina la existencia de políticas públicas dignas de tal nombre. En esta corriente se inscriben los planes nacionales que impulsa el Centro Mujer y Familia en Costa Rica, entre ellos el plan nacional contra la violencia intrafamiliar.

La violencia en contra de la mujer es uno de doce temas de especial preocupación que recoge la Plataforma de Acción de la Conferencia de Beijing.

El PLANNOVI, que desde 1994 impulsan un conjunto de instituciones públicas y privadas, constituye una propuesta para la atención integral de esta problemática en la realidad costarricense.

Es la continuidad de los esfuerzos que durante muchos años han desarrollado organizaciones privadas de mujeres y algunas instituciones del Estado para hacerle frente a la violencia que afecta miles de hogares. En este sentido se nutre de esa experiencia y al mismo tiempo constituye un paso cualitativo en el pensamiento colectivo y la forma de enfrentar la violencia en las familias.

Retrospectivamente es posible apreciar que varios factores han sido fundamentales para posibilitar que el PLANNOVI exista hoy día como una de las experiencias pioneras en lo que respecta al abordaje estatal de la violencia intrafamiliar. Se apuntan brevemente las principales:

3

- . existencia de un mecanismo nacional de promoción y adelanto de la mujer, reconocido y con respaldo legal
- . voluntad política para impulsar políticas y destinar recursos para la promoción de la mujer
- . reconocimiento de la violencia intrafamiliar como problema de salud pública y de responsabilidad del Estado

. existencia de mecanismos e instancias eficaces, a nivel gubernamental y no gubernamental, para desarrollar los planes e iniciativas

. capacidad de articulación del conjunto de instancias del Poder Ejecutivo y de coordinación efectiva con los otros dos poderes de la República: legislativo y judicial

. capacidad técnica y profesional para el diseño de las políticas y planes

. concertación de actividades entre el Estado y la sociedad civil

. capacidad de información y divulgación de planes y acciones

. respaldo legal para emprender acciones e identificar mecanismos para respaldar jurídicamente las nuevas iniciativas

. apoyo externo multilateral para el desarrollo y ejecución de los planes y programas.

Recuperando la historia

Fue en 1990, con la aprobación de la Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer, que se establecen con fuerza de ley las primeras responsabilidades del Estado costarricense en esta materia. A partir de ese momento, se desarrollan importantes acciones en algunas instancias, entonces precursoras, como el Ministerio de Justicia, el Poder Judicial

y el Centro Mujer y Familia, para atender a las personas afectadas.

Cuando en 1994 se inicia el proceso de elaboración del PLANOSVI, la experiencia de estas instituciones y de otras que desde la sociedad civil actuaban hacia los mismos objetivos permitió reconocer que era necesario diseñar una respuesta estatal más coherente, transversal y acorde con las necesidades de las personas afectadas.

La experiencia indicaba que no era posible seguir visualizando la violencia intrafamiliar como un asunto de interés de un solo sector social, tradicionalmente el de administración de la justicia, pues ello no solo negaba la complejidad del problema y de las demandas de la población afectada, sino que también tendía a introducir un peligroso sesgo reduccionista en el abordaje de la problemática. También se concluyó que los esquemas de oficinas o programas centralizados, inscritos en un solo ministerio o dependencia, tendían al aislamiento y demostraron ser incapaces de atender el volumen y la complejidad de la demanda. Era necesario sacar el problema del ámbito privado, promover una acción social global, involucrar a la sociedad en su conjunto. Finalmente, se concluyó que las acciones del Estado para ser efectivas debían no solo ni primordialmente centrarse en la atención del daño, sino accionar en favor de la prevención de nuevas situaciones de

violencia bajo un claro esquema de valoración de riesgos y acompañarse de estrategias de promoción y modelamiento de conductas alternativas.

En este contexto, el PLANNOVI ha buscado introducir un enfoque sistémico para el abordaje del problema, enfoque que parte de la comprensión de que la violencia intrafamiliar requiere acciones tanto a nivel individual como colectivo, social y cultural, para impactar todas las situaciones que influyen y contribuyen a perpetuarla. El concepto de sistema alude también a la multiplicidad de actores sociales que obligatoriamente están llamados a actuar en este campo, a la interrelación e interdependencia de sus acciones y, por consiguiente, a la necesidad de su coordinación.

En consonancia con lo anterior, se definieron los objetivos generales del PLANNOVI como sigue:

Poner en funcionamiento un sistema de atención integral que permita la detección de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar, la atención oportuna para detener las agresiones y brindar a la persona afectada la intervención que necesite para posibilitar su recuperación y la construcción de un nuevo proyecto de vida.

Promover acciones que incidan y busquen cambiar los patrones socioculturales que justifican y alientan las conductas violentas, para propiciar un estilo de relaciones humanas no violentas, basadas en el respeto a la individualidad y la diferencia.

Qué hacer y cómo hacerlo?

De este proceso de reflexión conjunta surgen los rasgos característicos de este plan que son los siguientes:

- a) enfoque sistémico
- b) la inclusión de acciones en todos los niveles y según las necesidades de las personas afectadas, a saber: la detección, registro y referencia adecuada; la atención integral; la prevención de nuevas situaciones de violencia y la creación y facilitación de recursos de apoyo para quienes deseen construir nuevos proyectos de vida
- c) el impulso de acciones diferenciadas según población afectada: mujeres, niños/as, adolescentes, ancianos/as, así como de aquellas dirigidas a las víctimas y a las personas ofensoras
- d) un abordaje interdisciplinario
- e) una acción coordinada interinstitucional e intersectorial
- f) la concentración con la sociedad civil y la empresa privada
- g) la capacitación y educación continua del personal de las instituciones, de las organizaciones y de la comunidad en general
- h) la institucionalización de políticas, la descentralización de los servicios y la promoción de las

respuestas locales mediante redes interinstitucionales y comunitarias

y) el apoyo y facilitación de procesos mediante la colaboración multilateral y diversa de agencias y donantes externos.

Construyendo una esperanza

6

De nuestra experiencia podemos extraer algunos elementos estratégicos que han contribuido al desarrollo de este proceso, a saber:

- a) una amplia convocatoria, en todos los momentos del proceso (elaboración y puesta en práctica), de los diversos actores sociales: gobierno, sociedad civil organizada, sector privado, entes religiosos...
- b) un esfuerzo por encontrar el consenso y un lenguaje teórico y ético común expresados en un marco de conceptual de referencia y principios de abordaje
- c) el sentido de proceso para la recuperación histórica de la experiencia social
- d) la elaboración colectiva de una propuesta alternativa que se condensa en un modelo de atención

7 e) la clara definición de responsabilidades institucionales para la operacionalización del modelo con la más amplia participación gubernamental y comunitaria.

f) la elaboración y adopción de políticas transversales en las instituciones y la promoción de estructuras especializadas para impulsarlas y darles seguimiento

g) el desarrollo de una audaz política de sensibilización en los medios de comunicación que ha contribuido a colocar en la agenda pública y política la problemática de la violencia intrafamiliar, justificando la inversión y las acciones institucionales y contribuyendo a la concertación política y social para su sostenibilidad

h) el fortalecimiento de los mecanismos legales de protección como respaldo de las acciones emprendidas

i) el desarrollo de una fuerte estrategia de sensibilización de los formadores de opinión pública y generadores de políticas, así como la formación del recurso humano para garantizar una atención sensible, eficaz y duradera.

Principales avances en la ejecución del PLAN OVI

Entendiendo que hablamos de procesos de largo plazo de transformación cultural e institucional, podemos resumir de la siguiente manera los principales avances a la fecha en la ejecución de este plan nacional.

. Una *mayor sensibilización social* sobre el problema de la violencia intrafamiliar y su posicionamiento en la agenda pública y política a través del desarrollo de tres fases de la *CAMPAÑA POR UNA VIDA SIN VIOLENCIA*.

. El *fortalecimiento de la legislación y de los mecanismos de protección a las personas afectadas* mediante la ratificación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la aprobación de la Ley contra la Violencia Doméstica y la Ley contra el Acoso Sexual en la Docencia y el Empleo.

. La *institucionalización de políticas y la creación de comisiones especializadas* para la atención de la problemática de la violencia intrafamiliar en sectores claves, como son el sector salud, el sector educación y Poder Judicial.

. La *creación y fortalecimiento de servicios y programas para la orientación y atención integral* de las personas afectadas, particularmente el diseño de un modelo de atención integral y su operacionalización en tres comunidades nacionales (Goicoechea, San Ramón y Limón).

La apertura de ocho Oficinas de Promoción Activa de los Derechos de la Mujer en cantones prioritarios (Goicoechea, Alajuela, Funtarenas, Paquera, Limón, San Carlos, Coronado, Hatillo) y la próxima apertura de otras.

La ampliación de la red de albergues temporales.

El establecimiento de una línea telefónica de emergencia, sin costo para la usuaria/o, con atención los ocho días de la semana.

. La capacitación y orientación efectiva a sectores clave de la *sociedad* y publicación de material divulgativo y educativo, incluyendo la construcción y desarrollo de un modelo pedagógico y la capacitación de más de 1500 funcionarios/as y personas de diversas instituciones y comunidades nacionales.

. Una *mayor incidencia en los procesos de administración de justicia* y una mayor coordinación con los entes encargados.

. La promoción de iniciativas de investigación tales como un estudio de opinión pública sobre violencia intrafamiliar en población urbana; la investigación, recopilación y publicación

de un directorio con todos los servicios que brindan atención a esta problemática; una investigación estudio cuantitativo sobre las facilidades y dificultades que enfrenta la mujer agredida en los procesos penales; un estudio sobre sistemas de registro y referencia existentes sobre violencia intrafamiliar en instituciones públicas y privadas y el apoyo a la iniciativa de que desarrolla la Organización Panamericana de la Salud para identificar la ruta crítica de las mujeres agredidas en el cantón de Goicoechea.

Retos a futuro

El PLANOVI es un proceso en construcción. Ciertamente han habido avances significativos en su puesta en práctica, ante todo lo que ha sido permear a los diferentes actores sociales sobre la necesidad de un cambio de mentalidad para un enfoque diferente del problema. Sin embargo, existen igualmente importantes retos que se deben enfrentar.

. Una de las tareas pendientes más importantes sigue siendo la *ampliación, especialización y descentralización de los servicios de atención*, particularmente lo que se refiere a la población infantil y de la tercera edad, pues aunque se han hecho importantes avances en la oferta de servicios para la población afectada, el impacto mayor ha sido para la población de mujeres adultas.

Igual urgencia existe de completar el esquema de servicios de atención para personas ofensoras a partir de los proyectos piloto desarrollados durante este periodo.

Por otro lado, se deben continuar desarrollando esfuerzos por contrarrestar el desequilibrio en cuanto a las acciones dirigidas a la atención directa de la casuística de la violencia y aquellas orientadas a su prevención y promoción.

. Indudablemente uno de los más importantes retos es el de la *sostenibilidad*, aspecto muy influido por los cambios políticos y administrativos cíclicos de los gobiernos. Cómo convertir los programas de atención y prevención de la violencia intrafamiliar en una política de Estado que trascienda las diferentes administraciones políticas?

Algunas de las estrategias, directas e indirectas, mediante las cuales se ha pretendido desde el PLAN OVI dar sostenibilidad a las acciones en este campo han sido:

- a) inclusión en la Ley contra la Violencia Doméstica de la obligatoriedad del Estado de impulsar y ejecutar políticas públicas sobre violencia intrafamiliar;
- b) fortalecimiento del Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia como mecanismo nacional de promoción y adelanto de la mujer, gestor y rector de políticas públicas para la equidad de género;
- c) la institucionalización de políticas y normas de atención en las entidades participantes y su inclusión transversal en todos los programas y servicios;
- d) el desarrollo de estructura especializada en las distintas instancias, sean estas comisiones sobre violencia doméstica u oficinas de la mujer, encargadas de velar por el cumplimiento y difusión de esas políticas;
- e) la sensibilización y capacitación con sentido estratégico, no solo de los proveedores directos de los servicios, sino de los mandos medios institucionales cuya permanencia y estabilidad laboral y en puestos de decisión es mayor.

. Sin duda la *coordinación interinstitucional* continúa siendo un reto y es la base del éxito de este modelo, sobre todo si se entiende que más allá de la colaboración se requiere apertura para la adecuación e inclusive modificación de los servicios y programas a la luz de las necesidades locales. Se debe continuar, en este sentido, con el desarrollo de normas y procedimientos consensuados, donde se establezcan claramente las responsabilidades institucionales de los diversos actores y se perfilen mecanismos eficaces de referencia y contrareferencia y, sobre todo, de mecanismos de control de calidad de los servicios desde la sociedad civil y desde otras instituciones.

. Otro importante desafío lo constituye la necesidad de incorporar en el quehacer cotidiano la *evaluación* permanente de las intervenciones y programas, así como la *investigación operativa* orientada al estudio sistemático de la información proporcionada por los servicios para medir el impacto real de las políticas, su eficacia y oportunidad.

. Igualmente no contamos aún con mecanismos apropiados para *evaluar la eficacia y calidad de los servicios a la luz de las necesidades de las personas*. El concepto de rendición de cuentas debe ser incorporado y operacionalizado para

garantizar mecanismos de expresión del sentir de las usuarias/os en cuanto a los servicios y programas existentes. Esto está muy vinculado con abrir mayores espacios para la colaboración y concertación con la sociedad civil y sus organizaciones, así como estimular una labor fiscalizadora por parte de la población organizada.

Indudablemente uno de los retos más importantes que enfrentan quienes pretenden impulsar políticas públicas para atender y prevenir la violencia intrafamiliar es lograr demostrar - en un contexto de liberalización de la política económica y de reducción de la inversión social - no solo el gran costo que implica para miles de personas la violencia doméstica, sino también el costo-beneficio que significa para la sociedad en su conjunto tanto invertir en la atención de esta problemática, como hacerlo de una manera eficiente y efectiva.

Esto significa insistir, por un lado, en las múltiples derivaciones, consecuencias y relaciones que tiene la violencia en la familia con muchas otras problemáticas sociales como la delincuencia, el abuso de drogas, el embarazo adolescente, la deserción y el bajo rendimiento escolar - para solo citar algunas- y, por otro, en el alto costo que implica

para el Estado y para la propia ciudadanía atender diariamente los daños que produce.

Para accionar en esta dirección es importante fortalecer las iniciativas desarrolladas hasta ahora tendientes a la producción de estadísticas en las instituciones que atienden esta problemática, estimular y controlar la declaración obligatoria de situaciones de violencia por parte de las instituciones de salud, fomentar los estudios de prevalencia a nivel nacional y local, así como estimular los estudios sobre el costo social y económico de la violencia intrafamiliar.

. Un último desafío, no menos importante, lo constituye el *desafío ideológico*: la tendencia presente en algunas corrientes sociales que bajo la idealizada concepción de familia y una mal entendida defensa de la unidad familiar pretenden oscurecer la realidad del abuso y la agresión que sufren miles de personas en los hogares, mayoritariamente mujeres de todas las edades y condiciones sociales. Estas corrientes significan un retroceso en el pensamiento y la conciencia colectiva y constituyen un serio reto para quienes trabajamos, por el contrario, para convertir el espacio familiar en un verdadero espacio de convivencia democrática y

de ejercicio y respeto pleno de los derechos humanos para todos sus miembros/as.

SISTEMATIZACION

**MODELO EN CONSTRUCCION DE ATENCION
INTEGRAL
A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
MINSA - SOCIEDAD CIVIL**

**RELACIONES INTERSECTORIALES PARA LA
ATENCION A LA VIF**

NICARAGUA, 1997

EXPOSITORES

DRA. MARIA ELENA UBEDA

**DIRECTORA DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER
MINSAL CENTRAL.**

LIC. JOHANA MONTALVAN

**COORDINADORA DEPARTAMENTAL DE ATENCION INTEGRAL A LA
MUJER, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
SILAIS ESTELI Y MUNICIPIO DE RED LOCAL.**

LIC. MARTHA MUNGUA

**DIRECTORA DE CENTROS ALTERNATIVOS
ACCION YA, ESTELI Y MUNICIPIO DE LA RED LOCAL, APOYO TECNICO
EN CAPACITACION DEL PROYECTO.**

LIC. ALBERTINA URBINA

**DIRECTORA DEL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER
(AMNLAE) Y MIEMBRO DE LA RED LOCAL.**

FUENTES CONSULTADOR

- 1.- **Política Nacional de Salud, MINSA-Nicaragua, 1997-2001.**
- 2.- **Manual Operativo del Modelo de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, MINSA-Nicaragua, 1995.**
- 3.- **Estudio y Análisis sobre Modelo de Atención Local a VIF, Estelí-Nicaragua, 1997.**
- 4.- **Consultoría para la Promoción de la Red Local de VIF, Lic. Silvia Carrasco, Lic. Silvia María Ewans, 1996.**
- 5.- **Memorias de la Conformación de la Red Local, Estelí-Nicaragua, 1996. Lic. Albertina Urbina, Lic. Martha Munguía, Lic. Juan José Castillo.**
- 6.- **Memoria de Capacitación al Personal de Salud sobre VIF, Estelí-Nicaragua, 1995-96. Dr. Jaime González, Lic. Martha Munguía.**
- 7.- **Memorias de la Construcción del Modelo de Atención de VIF. Lic. Johana Montaván, Lic. Albertina Urbina, Lic. Martha Munguía, Lic. Juan José Castillo.**
- 8.- **Ley No. 232, Reformas y Adiciones del Código Penal para Prevenir y Sancionar la VIF, Red de Mujeres Contra la Violencia Intrafamiliar, 1996.**

INTRODUCCION:

1.- Contexto nacional en que se desarrolla el modelo de atención integral a la VIF:

1.1. MARCO JURIDICO LEGAL.

Es un estado de derecho aquel en el que prevalece la seguridad ciudadana, una de las ambiciones mas justas de la población de cualquier país. Esto requiere acciones que conduzcan a la gobernabilidad como puente para la paz y es un convenio social de convivencia en el que participan estado y sociedad civil.

De las convergencias entre estos actores, ha surgido la voluntad de construir consenso en la búsqueda de cambio social amparado en un marco jurídico, y para esto se han desarrollado procesos sociales participativos con el fin de empoderar aquellos sectores que recientes inequidad.

Hace mas de una década se viene planteado desde diferentes espacios la necesidad de institucionalizar este consenso en políticas que se concreten en objetivos claros y definidos de tal manera que no lesionen el desarrollo humano por sesgo de género.

En torno a la violencia doméstica se ha demostrado la necesidad urgente de articular propuestas interdisciplinaria para su deconstrucción. En esta línea se han creado comisiones de trabajo, consejos consultivos, comisiones de atención, comisiones locales, redes temáticas y también se ha propuesto la concertación entre sectores tales como salud, educación, poder legislativo, poder judicial, etc, y todos aquellos que están de alguna manera en relación con la ruta crítica que sigue la mujer que sufre VIF.

Nicaragua posee una constitución política que establece el pleno reconocimiento de los derechos humanos, además es signataria de la convención contra todas las formas de discriminación contra la mujer y la de Belém do Pará.

Este marco legal resulta fortalecido por la iniciativa de la red de mujeres contra la violencia al crear en 1995 un anteproyecto de ley que sanciona la violencia intrafamiliar, el cual fué sometido a discusión en todos los sectores de la sociedad civil y del estado y llevado al pleno de la Asamblea y aprobado el 13 de agosto de 1996. Hoy conocemos esta ley como "Ley N0. 230".

Esta ley contempla dos aspectos fundamentales: medidas de protección para las personas que sufren violencia y el reconocimiento de las lesiones psicológicas como delito que pueden ser penalizados. A la vez se complementa con el uso de otras leyes existentes relacionadas que afectan a las mujeres y la niñez como por ejemplo la ley No. 150 que sanciona delitos sexuales en el hogar y en la calle, la ley 143 relacionada con el derecho de pensión de alimentación para los hijos y la ley 1065 que regula las relaciones familiares, las cuales están actualmente en proceso de revisión y consulta nacional.

1.2. ONGs E INSTITUCIONES DEL ESTADO QUE TRABAJAN EN EL TEMA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

Hasta 1994, en un diagnóstico previo a la Cuarta Conferencia de la Mujer en Beijing, se indicaba que existían legalmente acreditados en el país 94 grupos de atención especializada a mujeres, 31 organismos o instituciones nacionales con programas dirigidos a la mujer, 20 fundaciones de mujeres, 12 medios de comunicación para mujeres, incluyendo una radio y 150 espacios propios o mixtos dirigidos a fortalecer la participación de las mujeres en la vida social y política del país.

Esto indica que la presencia de ONGs y programas que trabajan esta temática tienen un impacto notable en los procesos de cambios que vive el país y particularmente en la desconstrucción de la violencia intrafamiliar.

En los últimos siete años a nivel nacional se han creado espacios de interacción entre el estado y las ONGs lo cual ha dejado saldos positivos un ejemplo concreto de ellos es la creación de las Comisarías de la Mujer en distintos lugares del país. En el tema de la violencia existen instancias organizadas que tienen expresión a nivel nacional y local, tales como la Red Nacional de Mujeres contra la Violencia y la Coordinadora de ONGs de la infancia.

También hay que destacar el papel del Instituto Nicaraguense de la Mujer que como una institución del estado vela por el cumplimiento de los compromisos asumidos por el país en torno a todos los temas relacionados a la mujer. En este sentido es el organismo coordinador del proyecto Comisarías de la Mujer, como un área de atención especializada para la violencia intrafamiliar dentro de la Policía Nacional, las cuales funcionan desde noviembre de 1993 y han venido creciendo progresivamente.

1.3. ROL DEL SECTOR SALUD:

En el sector salud también existen condiciones que permiten desarrollar el Modelo de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar :

Una de ellas es la inclusión de la violencia intrafamiliar en las nuevas políticas de salud que forman parte del proceso de reforma de este sector, específicamente en la Cuarta Política conocida como: Nuevas Estrategias en Salud Pública en la que se señala explícitamente que los servicios básicos de salud deben estar orientados en función de las necesidades de la población y en particular de los grupos más postergados, de modo que se tienda a disminuir desigualdades y a mejorar continuamente la situación de salud de toda la población y en la cual exhorta a garantizar que toda la población tenga acceso a un paquete básico de servicio en el cual se señala como una prioridad la prevención y el tratamiento de la violencia y el maltrato.

Un segundo aspecto es la emisión en 1996, de una resolución ministerial que define la violencia intrafamiliar como un problema de salud público y compromete a todas las unidades de salud a introducir medidas para atenderla.

Un tercer aspecto es la implementación en 1994 de un nuevo Modelo de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez cuyo objetivo general establece: “Garantizar la Atención Integral en Salud a la Mujer y Niñez en las unidades de salud, transformando la visión materno infantil, incorporando la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública, el enfoque de género, la autoestima y el autocuidado.

A la fecha el Ministerio de Salud tiene un plan de trabajo que pretende poner en marcha todo lo que se ha avanzado con el esfuerzo de todos los actores sociales. En ese proceso está incluido la elaboración de las normas y protocolo de atención de la violencia intrafamiliar y los procesos de sensibilización y capacitación al personal de salud, asimismo, extender la experiencia de Estelí a siete municipios más de este Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS) y a tres municipios más en los SILAIS de Masaya, Managua y Matagalpa.

A.- ANTECEDENTES:

SITUACION DE LA MUJER AFECTADA POR LA VIF EN 1990-95: Y°#B::#B° CX¹

- **Sufre de múltiples formas de violencia intrafamiliar: física y psicológica principalmente. La violencia sexual parece incrementarse. Mujer, niñez y adolescencia, las más afectadas.**
- **Los daños a su salud se expresan en diferentes trastornos psicológicos y físicos por los cuales acude constantemente a las unidades de salud, tanto públicas como privadas.**
- **En la mayoría de los casos no se relacionaba su enfermedad con la violencia que vive, lo cual incrementa el riesgo de morbimortalidad.**
- **Las diversas expresiones del movimiento de mujeres, ONGs, y otras organizaciones civiles brindaban atención, apoyo, asesoría a las víctimas de violencia.**
- **La policía departamental y algunas personas de las instituciones de salud, coordinaban acciones para apoyar los esfuerzos de la sociedad civil.**
- **Acciones de los centros alternativos y las instituciones estatales de Estelí.**
- **Policía departamental: Recepción, atención policial, a solicitud de centros alternativos. Acciones judiciales. FONIF: maltrato infantil, pensiones alimenticias, guarda hogares sustitutos.**
- **AMNLAE: Salud integral, preventiva psicosocial, ginecología, salud reproductiva, asesoría legal, capacitación. IXCHEN: Salud reproductiva, asesoría legal, at-
psicológica.**
- **ACCION YA, multidisciplinaria de crisis y albergue a personas afectadas por la VIF, capacitación e investigación.**
- **CLINICA FLOR DE PINO, Atención médica ginecológica.**
- **COMISION DE LA NIÑEZ, Niñez, educación, capacitación, prevención de la violencia.**
- **IMC, Fundación entre mujeres, desempleadas, capacitación, salud.**

EN 1995 SE INSTALA LA COMISARIA DE LA MUJER Y SE INICIA EL PROYECTO VIF DE OPS-MINSA.

Características del proyecto VIF en el aspecto de atención:

- **Capacitación y entrenamiento al personal de las unidades de salud para la detección y atención.**
- **Organización y seguimiento a grupos a autoayuda (MINSA- ACCION YA).**
- **Participación de MINSA en sistema de transferencias con los centros alternativos y comisaría, así como con otras instituciones.**

Resultados de Capacitación:

- **Sensibilización en el sector**
- **Conocimiento de indicadores para la detección y fortalecimiento de atención primaria a VIF.**
- **Generación de capacidades para organización y manejo de grupos de autoayuda.**
- **25 personas de las unidades de salud capacitadas.**

Resultado de Grupos Autoayuda:

- **Creada una alternativa para atención preventiva a la VIF desde la unidad de salud.**
- **5 comunidades y 9 barrios de Estelí, participan en grupos de autoayuda con una presencia de 60 mujeres aproximadamente por cada mes, captadas en unidades de salud y facilitados por Acción Ya-MINSA.**
- **Grupo de autoayuda: ACCION YA, 4 grupos con 88 personas.**
- **Grupo de autoayuda: AMNLAE, 3 grupos urbanos y 3 rurales.**

Sistema de Transferencia:

- **Mujeres llegan a la unidad de salud, espontánea o referidas por promotores.**
- **Detectada la situación de violencia, se registra y atiende daño físico o psicológico según características de la unidad de salud.**
- **transfiere para atención especializada a los centros alternativos y a comisaría FONIF, PIPITOS, INPRUH u otros.**
- **Recibe transferencias y/o contrarreferencias de los centros alternativos.**
- **Utiliza los servicios de albergue de acción ya.**
- **Recibe transferencia de comisaría-**
- **Atiende solicitudes de distámen forense o criterios de especialistas para los mismos.**

2.- EL MARCO DE REFERENCIA DE LA EXPERIENCIA LOCAL:

Para la construcción de este modelo se seleccionó al municipio de Estelí (150 Kms al norte de la capital), donde se implementó un modelo piloto que permite la atención integral de personas afectadas por VIF con el apoyo del programa Mujer y Desarrollo de OPS, lo cual será posteriormente implementado en otros municipios y SILAIS de Nicaragua.

Las diferencias y similitudes conceptuales, sobre los cuatro ejes del modelo propuesto por OPS y lo que se ha implementado en la práctica en el modelo local, podemos graficarlo de la siguiente manera:

| CONCEPTO | PROMOCION | PREVENCION | DETECCION | ATENCION |
|--------------------------------------|--|--|--|--|
| SEGÚN EL MODELO PROPUESTO POR LA OPS | Intervención primaria. Promoción de relaciones no violentas. Cambio de las representaciones sociales. | Evitar escalada del daño. Controlar reinciden-tes Protección legal a la víctima. | Identificación de víctimas. Normas de sensibilización pública. Centros de orientación. Líneas de denuncias. Consultas. | Emocional. Asistencia. Biomédica. G. apoyo. |
| SEGÚN LA PRACTICA DEL MODELO LOCAL. | Captación. Se promueve la denuncia. Se estimula a la víctima a buscar ayuda. Se realizan campañas anuales de sensibilización y denuncia. | No hay línea de trabajo con agresores. En las ONGs se atienden agresores de forma aislada. Capacitaciones. Albergue. Acción de la comisaría. | Identificación de víctimas. Captación en la comunidad por las promotoras y enfermeras de puestos. | Atención. Información. Educación. Curación. Sicoterapia. G. de autoayuda. |

2.1. ACTORES SE DEFINEN COMO ESENCIALES EN EL MODELO LOCAL.

No podemos hablar de un modelo local, que solamente involucre al sector salud, porque no cuenta por si mismo con la red de servicios necesarios para articularlos, el modelo se conforma en la medida en que se articulan todos los actores sociales, como efectivamente ha sucedido.

En la operativización del modelo local de atención han intervenido prácticamente todas las instituciones y organizaciones que conforman la red local, en tanto que todas prestan algún tipo de servicio, sin embargo, hay algunas que por su experiencia, por el servicio que ofrecen y por el papel que la ley les manda jugar, tienen que verse como elementos esenciales.

LA COMISARIA DE LA MUJER:

Este proyecto, ha sido la pauta para iniciar la discusión sobre definición de actores, creación de comisiones de trabajo, comisiones de atención, convenios de prestación de servicios y sobre modelo de atención desde una perspectiva estrictamente policial.

Juega el papel estrictamente coercitivo, responde ante casos de gravedad, instruye el caso y lo remite a la instancia correspondiente, por el proceso que ha venido teniendo junto a los ONGs. Maneja a discreción algunos casos remitiéndolos al albergue de acción Ya, a cualquier otro ONG, o hacia alguno de los servicios de salud para la atención especializada o para la realización de peritajes.

Juega un rol de prevención y protección física y legal para las víctimas.

EL ALBERGUE DE ACCION YA:

Si bien es cierto que cumple con varios objetivos dirigidos a erradicar la violencia, su característica particular es que hasta la fecha es el único albergue temporal, por tanto garantiza fundamentalmente la protección física de las víctimas. Hasta la fecha es el único albergue existente en el país, aunque desarrolla otras actividades de enfrentamiento es ésta característica particular la que lo vuelve esencial en la articulación del modelo; al albergue llegan mujeres referidas del centro de salud, de los puestos de salud o por demanda espontánea.

MINISTERIO DE SALUD:

Es una puerta de entrada de víctimas efectivas y potenciales, desde sus diferentes niveles se refieren mujeres a otras instituciones y reciben referencia tanto para tratamientos especializados, para atención de traumatismos físicos graves y ampliaciones de peritaje. Tiene la posibilidad de disponer su red de voluntarios comunitarios, para trabajar en función de promoción y detección de VIF a este nivel; el sector salud tiene grandes posibilidades en la atención ya que no tienen el estigma que tienen otras instituciones que atienden VIF.

PODER JUDICIAL:

Con las limitaciones propias de una institución de formación y conformación androcéntrica, el poder judicial en Estelí, por el tipo de relaciones locales que se establecen, juega un papel diferente al que juega en la capital. Es una instancia a la cual frecuentemente llega una víctima dispuesta a acceder a los mecanismos legales de protección y demanda la restitución de sus derechos. Esta instancia no figura en la red local, sin embargo debe ser una meta integrarlo con el fin de sensibilizarlo y reducir el sesgo que tienen los operadores de justicia al interpretar la ley.

OTRAS ONGs DE MUJERES:

Las organizaciones de mujeres han jugado un papel determinante en las diferentes áreas de intervención. La divulgación, sensibilización, prevención y por supuesto atención. Históricamente han sostenido la responsabilidad de atención al problema, cuentan con toda una experiencia en el abordaje, elemento importante para las capacitaciones y propuestas de trabajo sobre el tema. Juegan un papel muy importante sobre todo para los casos de mujeres indecisas o emocionalmente muy alteradas.

Hay que señalar que fue desde el centro de salud Leonel Rugama, (MINSa), desde donde se organizaron las capacitaciones se establecieron las coordinaciones, se organizaron diferentes acciones; también se desarrollaron muchos esfuerzos para la convocatoria y coordinaciones que dieron como resultado la investigación de la ruta crítica y la conformación de la red local, de tal manera que ha jugado un papel fundamental en la instalación del proyecto y lógicamente en el desarrollo de las acciones que conducen a un modelo desde el sector salud.

ANÁLISIS Y COMENTARIOS, VACIOS Y APORTES:

Aún cuando los ejes se vean aparentemente diferentes al modelo de OPS, realmente cumplen los mismos objetivos, por ejemplo, el modelo de OPS plantea “promoción de relaciones no violentas”, en el eje de promoción del modelo local, se realizan campañas de sensibilización y denuncia; la diferencia no es conceptual, es de forma; la propuesta del modelo de OPS es una organización teórica que da pautas organizativas y el modelo local ha sido la práctica, cuya dinámica agitada por diferentes factores, no ha tenido la posibilidad de registrar, sin embargo, se está trabajando para superar esta limitante.

El modelo de OPS, plantea la atención a los agresores que aunque algunos actores locales, consideran que merecen atención, no se lo plantean al mismo nivel que la atención a las víctimas, es más se presenta alguna resistencia tanto en el MINSA como el ONGs. La atención a los agresores, dentro del sector salud, sería a más largo plazo ya que la prioridad a corto plazo, reside en fortalecer los mecanismos de atención a las víctimas.

En los últimos dos años que se ha iniciado trabajo pero con agresores que quieren cambiar o por lo menos intentarlo, pero dentro de las atenciones terapéuticas de los ONGs.

Dentro de las actividades preventivas en Estelí, se realizan talleres en los que participan hombres y mujeres, pero no particularmente agresores, éstos son atendidos por solicitud propia, en las consultas individuales de los centros alternativos, más bien como una estrategia para salvar la relación de pareja.

Los ejes planteados por el modelo de OPS, en la práctica se cumplen tanto en el país como en la localidad de Estelí, con algunas limitantes como es el hecho de que aún no respondan a una política que es lo ideal sino que son producto del trabajo de las distintas ONGs y de instituciones estatales como el INIM, particularmente del proyecto de comisarías.

En el país se han realizado cuatro campañas nacionales contra la violencia impulsadas por la red de mujeres contra la violencia las que han tenido un fuerte impacto en el cambio de valores y en la percepción sobre el problema de la violencia contra la mujer y la niñez en las últimas dos campañas la red de la localidad de Estelí ha estado muy involucrada, desarrollando actividades de sensibilización y denuncia.

Dentro del sector salud, el modelo actualmente se concentra en dos ejes: Atención, Promoción, ésta ocurre en el trabajo conjunto con los otros actores y detección, que solamente es preocupación del personal que ha sido capacitado.

La atención ocurre de forma casual, de disposición individual, de compromiso personal, de parte del personal que ha sido sensibilizado y capacitado de parte del proyecto APAXVIF.

Los ejes en todo el itinerario que siguen las mujeres, como un proceso conformado por todas las instituciones que conforman la red local, ninguna institución puede cumplir con todos los aspectos porque no hay condiciones materiales, humanas ni de infraestructura que lo permitan de ahí que todos coinciden en la necesidad de articularse para garantizar a las víctimas el ciclo completo de la atención que además de cumplir con principios éticos, tenga indicadores que permitan medir su efectividad.

Otra limitante, es la falta de registro, pero será superada cuando se implemente el estudio realizado; este estudio es producto de todas las preocupaciones planteadas en todo el proceso de trabajo conjunto, en el marco del proyecto APAXVIF.

Las preocupaciones más bien son planteadas para propiciar la reflexión acerca de los aspectos que hay que fortalecer, reconociendo los avances y las limitaciones de forma objetiva, sin que resulte un cuestionamiento, las preocupaciones giran alrededor de:

- A.- Se ha realizado un proceso de capacitación considerable, que ha tenido efecto positivo en cuanto a la atención diferenciada a víctimas y un cambio de actitud del sector salud local sobre VIF, al cual sin embargo, no se le ha dado el seguimiento ni la sistematicidad que se requiere.**
- B.- Se han detectado áreas que requieren atención especial porque son vitales, éstas son: salud mental y personal médico sobre todo masculino.**
- C.- El nivel normativo, si bien está anuente, no se ha involucrado de la forma en que lo demandan los otros actores sociales del modelo demandan de él mayor beligerancia.**

Hay elementos ajenos a la voluntad de los actores, que más bien responden a la situación político-económica del país y que en el municipio se expresan de manera muy particular los cuales es necesario considerar ya que han incidido tanto para el desarrollo del modelo mismo dentro del sector como para la realización de este informe.

El cambio de autoridades, con el nuevo gobierno, provocó un período inestabilidad laboral a lo interno del sector salud y generó cierta incertidumbre entre los demás miembros de la red local lo cual ya fué superado.

3.- LA PARTICIPACION DE LOS DIFERENTES ACTORES SOCIALES DEL NIVEL LOCAL EN EL ABORDAJE DE LA VIF.

3.1. QUE ES, QUIENES LA CONFORMAN, COMO SURGE Y QUE HACE LA RED LOCAL.

En el marco del proyecto de comisarías, con el fin de superar obstáculos que impedían una mejor atención y para fortalecer algunos mecanismos de coordinación entre otros aspectos, se organizó una comisión local de atención, conformada por las instancias e instituciones prestatarias de servicios para víctimas.

Sobre la experiencia de esta comisión, se instaló la red local de atención en el marco del proyecto APAXVIF, que ha venido siendo impulsado por el MINSA en Estelí, desde el centro de salud Leonel Rugaman, en Estelí, promovido por OPS. A partir de las reflexiones compartidas, durante el proceso de la investigación de la ruta crítica, los diferentes actores, coincidieron en la necesidad de disponerse organizativamente, fortaleciéndose para lo cual involucraron otros sectores, que consideraron importantes a nivel local.

Esta red, es una instancia de coordinación para resolver lo concerniente a la violencia intrafamiliar, la conforman organizaciones no gubernamentales e instancias estatales, entre otras:

IXCHEN, AMNLAE, UNION DE PERIODISTAS NICARAGUENSES, ACCION YA, INPRUH, PROFAMILIA, PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DEL MINSA, CENTRO DE SALUD, LEONEL RUGAMA, COMISARIA DE LA MUJER DE ESTELI, REPRESENTANTE DEL MINISTERIO DE EDUCACION, REPRESENTANTE DE LA ALCALDIA, CENIDH, PERSONAS INDIVIDUALES, FONIF.

Su trabajo ha evidenciado necesidades puntuales como: el fortalecimiento del sistema de registro, de establecer un sistema de referencia y contrarreferencia, etc.

Está siendo coordinada por una comisión integrada por ACCION YA, ANMLAE y la UPN, IXCHEN, MINSA, MED, CENIDH, ALCALDIA, sesionan en diferentes locales, se convocan para resolver asuntos puntuales, están trabajando en el establecimiento de mecanismos de funcionamiento, así como de construir un plan local contra la VIF.

Esta comisión de trabajo de ocho personas, están inmersas en la tarea de elaborar un plan mensual de trabajo, que incluye la discusión ya iniciada sobre el modelo de atención y algunas acciones de incidencia, como la capacitación en las escuelas, sobre los temas de sexualidad y violencia.

La red ha contribuido a desmistificar un poco el fenómeno de la violencia ha puesto en la agenda local el tema, ha permitido que las diferentes organizaciones conozcan del trabajo que todas o la mayoría de ellas realizan.

A partir de las reflexiones compartidas, durante el proceso de la investigación de la ruta crítica, los diferentes actores coincidieron en la necesidad de disponerse organizativamente, fortaleciéndose para lo cual involucraron otros sectores que consideraron importantes a nivel local.

3.1. ROL DE LOS DIFERENTES ACTORES LOCALES.

| ACTOR | PROMOCION | DETECCION | PREVENCION | ATENCION |
|--|---|---|--|--|
| Comisaría de la Mujer. | Divulgación de los servicios. Participa en las campañas realizadas. | Realizan visitas domiciliarias pero para dar seguimiento a la denuncia. | Captura al agresor. | Recepciona la denuncia. Instruye el expediente. |
| Poder Judicial | | | | Recibe denuncias. Sanciona los delitos. Se apega a la ley. |
| Acción Ya. Es una característica particular de esta organización que su único eje es la atención a la violencia contra las mujeres. | Trabajo en las comunidades. Participación en programas de difusión. Atención a la pareja. Publicaciones y actividades de difusión. | Trabajo con promotoras que detectan, informan y refieren en la comunidad. En las intervenciones se buscan indicadores. Estudios de casos para profundizar sobre el comportamiento del problema y buscar nuevas alternativas. | Albergue para evitar la escalada del daño. Coordinaciones con otras instancias para tomar las medidas necesarias. Coordinación con sectores de importancia para sensibilización. Realizan procesos de capacitación a promotoras. | Atención multidisciplinaria de crisis. Tipo de autoayuda. Trabajo con agresores. |
| AMNLAE Tiene diferentes programas de empoderamiento para las mujeres que trabajan la violencia como uno de sus ejes prioritarios. | Programa de educación con análisis de género. Actividades con otras organizaciones y sectores, para desarrollar campañas. | Programa de intervenciones. Trabajo de promotoras en la comunidad. | Programa de atención integral, que tiene el componente de salud psicológico, que contiene atención VIF. Capacitaciones diversas con perspectivas de género. Atención específica a adolescentes. | Atiende secuelas de VIF en mujeres, niñas y niños. Terapia individual y grupal. |
| MINSA La implementación del proyecto APAXVIF, ha sido importante para cambiar el concepto de salud de la mujer y tener una nueva visión sobre la atención a la misma. | Participación en las campañas locales de sensibilización y denuncia. Fortalecimiento a la red local de atención, a través de las diferentes capacitaciones y apoyo financiero para actividades propias. | En las consultas donde hay personal que ha sido capacitado en VIF, se buscan indicadores. En las comunidades y en las áreas donde hay personal que ha sido capacitado se está iniciando un trabajo de capacitación de mujeres maltratadas para integrarlas a los grupos de autoayuda. | Grupos de autoayuda, funcionando actualmente en la comunidad de San Roque, San Pedro, y las comunidades rurales. Derivación de servicios a las ONGs. | Atender las referencias de los ONGs. Curar traumatismos físicos graves. Atienden usuarias espontáneas y referidas. |
| | | | | |

3.2.- ROL DE LOS ACTORES LOCALES:

Todos los actores locales, juegan roles que tienen que ver con su participación como miembros de la red local, y con su propia dinámica institucional, en el tema de VIF.

El papel que juegan los diferentes actores locales, en cuanto a enfrentar las consecuencias de la violencia sobre sectores en desventajas ha sido efectivo y dinámico sobre todo desde los últimos tres años, de tal manera que ha sido esta dinámica lo que permitió tomar la decisión de establecer en la localidad, el plan piloto que ahora tiene efectivamente dos años de estar desarrollándose.

El hecho de que haya una historia de trabajo organizativo conjunto, permitió desarrollar las convocatorias de manera mas fluida y aunque la situación conflictiva de la localidad, hace que en algunos momentos los miembros de la red local tengan que realizar actividades que los sacan de su dinámica habitual, todo en aras de la estabilización política, esto aunque no ha interrumpido el proceso, lo ha vuelto un poco mas lento, a diferencias de otros países donde se vive con relativa calma si se comparan con Nicaragua.

Cada actor, desde la operativización de su modelo institucional, particular han dado pautas para la atención:

- ☉ Todos intervienen en algún momento de la atención
- ☉ Todos realizan referencias intersectoriales
- ☉ Todos coinciden en la necesidad de crear el modelo integrativo y ya tuvieron algunas discusiones sobre el tema
- ☉ Participan activamente en las campañas locales y nacionales contra la VIF
- ☉ Todos realizan actividades con el fin de adquirir conocimientos para mejorar la calidad de la atención.
- ☉ Han trabajado en función de ampliar la red local, integrando sectores prioritarios como educación, periodistas y alcaldías.
- ☉ Han jugado el papel que les toca en su aporte a la gobernabilidad, vista esta como un convenio social de convivencia, en un marco de la promoción de relaciones de negociación, de concertación, en el que participan: estado, sociedad civil y ONGs como especialistas, promoviendo efectivamente un estado de derecho al ejercer una vigilancia ciudadana propositiva y en este proceso las agencias como agentes meramente facilitadores, rol que le ha tocado en este proyecto a la OPS, a través del proyecto APXVIF.

- ☉ Su dinámica ha generado la necesidad de construir consensos, evidenciando necesidades que dentro del marco legal, proponen indicadores, en este caso el plan local contra la VIF, contribuyendo a cambiar la realidad social, sobre todo para aquellos sectores que viven situaciones de inequidad. Esta experiencia ha demostrado que la concertación prioritaria de sectores como salud, educación, operadores de justicia y sociedad civil organizada es fundamentalmente para romper con el ciclo de abusos intrafamiliares.
- ☉ Organizados alrededor de sus propios intereses, están construyendo y validando un proceso de desarrollo, en la búsqueda de la eliminación de barreras.
- ☉ La preocupación radica en que la ciudad de Estelí, supera la de otros municipios por eso la importancia de analizar la experiencia para que desde la perspectiva de la salud, se pueda articular un modelo de atención local en otras regiones del país.

4.- ROL DEL SECTOR SALUD:

La existencia de una red de servicios de atención para las mujeres, que tienen en sus programas, la atención particular al problema de la violencia, ha dado pauta sobre todo en los últimos siete años en el país, para la creación de instancias gubernamentales, preocupados por resolver de alguna manera los efectos de la violencia intrafamiliar.

La actitud del MINSA en la localidad de Estelí, es un efecto de la voluntad del nivel normativo nacional que tuvo apertura para escuchar las propuestas del programa Mujer, Salud y Desarrollo de OPS, de aquellos sectores con experiencias en la atención.

La presencia de una mujer Ministra de Salud, sensible al tema, dio lugar a que en su administración la contraparte nacional del programa de OPS, tuviera rango de asesora de género, calificada como cargo de confianza tuvo una vital importancia. Cuando se implementó el proyecto APXVIF, ésta contraparte se desplazara al municipio de Estelí junto a la consultora de OPS, para presentarlo al MINSAY demás sectores involucrados, decidiendo en ese momento dejarlo en manos del municipio de Estelí (léase centro de salud Leonel Rugama), para fortalecer su autonomía.

En los años 95 y 96 se inició un proceso de sensibilización dentro del MINSA, se movilizaron recursos del PL-480 que es el programa materno infantil, se trabajó de forma incipiente, se trabajó con la dirección integral de atención a la mujer, la niñez y la adolescencia.

Se trabajó con las áreas de atención integral, con epidemiología y con la dirección de sistemas de información y registro, que fueron anuentes a escuchar las propuestas y discutir las; los planes se cumplieron, fue con el cambio de autoridades que se provoca un compás de espera que tuvo repercusiones a nivel local.

4.1. EL SECTOR A NIVEL LOCAL.

En la localidad existen 22 unidades de salud, que prestan servicios de atención a personas afectadas por VIF, de éstas, 14 son estatales y el resto son no gubernamentales; las instancias de salud en la localidad está estructurada según el esquema definido a nivel nacional.

- A. Dirección del SILAIS; es la instancia rectora y administrativa del sistema local de salud; en este nivel existe la dirección de atención integral a la mujer que es nuestro principal interés.**
- B. Hospital Alejandro Dávila Bolaños, atiende la población de Estelí y municipios, es una puerta de entrada de víctimas, atiende usuarias que llegan directamente y atiende remisiones tanto del sistema de salud, como de las ONGs locales. Tiene clínicas en las que se da atención y tratamiento, se atienden ingresos y se atienden emergencias.**
- C. Centro de Salud Leonel Rugama, es urbano, ha tenido todo el peso del proyecto y tiene once vías por las cuales puede entrar una víctima; atiende usuarias que llegan directamente y las remisiones que remiten los puestos rurales y de las ONGs locales, así como de la Comisaría y el FONIF.**
- D. Puestos de Salud rurales y urbanos; entre los que podemos mencionar; San Roque, La Estanzuela, San Pedro, Oscar Gámez, Eduardo Selva, Melania Florian, Heróes y Mártires y Sta. Cruz, los puestos rurales atienden la población de las comunidades y tienen mayores posibilidades que el centro de salud y del hospital para acercarse a la población. Tienen una plantilla pequeña, excepto el caso del puesto urbano que tiene mayores recursos, algunos tienen una médica de servicio social y una enfermera, otros solamente tienen la enfermera que es una profesional y de atención primaria básicamente.**
- E. La Casa del Parto; ha sido uno de los puntos de mayor interés, se capacitó personal y básicamente se atienden mujeres en prenatal y puerperio, se adiestran las mujeres en parto profilático y se remiten al hospital para el parto, se realizan charlas. El eje de trabajo es salud reproductiva, bajo el binomio materno-infantil.**

El proyecto involucró básicamente al municipio de Estelí y desde su dirección se realizaron todas las tareas planificadas, se trabajaron sobre los ejes de prevención y promoción, concretamente en dos aspectos en la participación con otros miembros de la red y en planificar, articular y ejecutar un proceso de capacitación que ha cambiado la panorámica del personal de salud en cuanto a la VIF.

4.2. AREA DONDE SE UBICA EL PROYECTO.

Este fue asumido por decisión del nivel normativo, por la dirección del centro de salud Leonel Rugama, de la ciudad de Estelí, desde ahí se inició un proceso de concertación con instancias del gobierno y del movimiento de mujeres para echar a andar el proyecto.

Este proceso tomó en cuenta el diagnóstico de actores sociales, para identificar los elementos esenciales del modelo, que hacían y como iniciar una estrategia de trabajo.

La atención que se da desde los puestos rurales es integral: donde hay médicos se da la atención en medicina general donde no lo hay, la enfermera remite al centro de salud urbano; luego los dos tipos de centros atienden; CPN, fertilidad, URO, captación de embarazos, charlas, programa de tuberculosis, trabajo comunitario, programa de inmunizaciones y hacen el trabajo comunitario.

Las usuarias llegan de manera espontánea o por alguna referencia. En el puesto urbano hay un mayor abanico para las transferencias ya que tienen mayor información y acceso, también pueden remitir al hospital .

Concluyendo su atención se centró en captar, identificar, recepcionar, informar y remitir o al centro de salud o las organizan en grupos de autoayuda.

El proyecto de atención en violencia intrafamiliar, ha desarrollado su planificación sobre puestos rurales y urbanos fundamentalmente aunque lo referente al proceso de sensibilización ha tenido impacto sobre el trabajo que se realiza en varias de las áreas del sector.

4.3. ROL DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE SALUD, SEGÚN LOS EJES DEFINIDOS POR EL NIVEL LOCAL.

| UNIDADES | PROMOCION | DETECCION | PREVENCION | ATENCION |
|------------------|--|--|---|---|
| Puestos de Salud | Grupos de autoayuda (funcionan en dos puestos). Consejerías | Se captan en las consultas por las cuales llegan. | Trabajo con parteras y promotoras. Planes de capacitación. Información, educación comunicación. | Diferentes programas. Referencia al municipio. Se integran en G.A. |
| Centro de Salud. | A través del trabajo conjunto que ha realizado con la red local. se realizan consejerías. | En las áreas de atención integral a la mujer y niñez. | (I.E.C) | Atención en diferentes programas. Implementación reciente de libro de seguimiento VIF. |
| Hospital | Participación del personal capacitado en la red local de consejería. | En las consultas relacionadas con ginecología. Emergencia Consulta externa Emergencia Obst. | Referencia a las ONGs. | Programas de ginecología. Registro de VIF en el registro de emergencia. |

4.4.- VIF. SE TRATA DE DESCRIBIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y VACIOS, SI EXISTE PROGRAMA DE CAPACITACION CONTINUA.

La capacitación es uno de los mejores logros que a juicio de las personas entrevistadas, se atribuyen al proyecto de APXVIF.

Durante los dos años y medio de la ejecución del proyecto, se ha iniciado un proceso de capacitación que a partir de la conformación de la red local, se ha ampliado hacia otros sectores.

Las memorias de las capacitaciones, recogen las mayores inquietudes y propuestas del personal involucrado alrededor del proyecto e indican que la capacitación ha sido un instrumento ideológico importante, para cambiar la percepción y el modo de actuar.

ROL SEGÚN EJES DEL MODELO DEFINIDO POR EL NIVEL LOCAL.

| UNIDADES | PROMOCION | DETECCIN | PREVENCION | ATENCION |
|--|--|--|--|---|
| Centros y Puestos de Salud. (Personal de Atención). | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización - Capacitación sobre autoestima. - Capacitación sobre género y - Captación sobre patrones de crianza. | <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de logros de violencia en las personas atendidas independiente mente del motivo de consulta. <p>Captación de casos en trabajo de terreno y brigada móvil.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Información, educación y comunicación dirigida a la población, grupos de riesgo, agentes comunitarios y personal de salud. | <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia biomédica. - Referencias salud mental. - Asesoría legal - Seguimiento domiciliar. - Grupos de apoyo. |
| Segundo Nivel de Atención. | | Captación Referencia y contra referencia. | Consejería | Atención biomédico Servicios de hospitalización. Consejería. |

4.5. SITUACION RECURSOS HUMANOS DE SALUD Y CAPACITACION SOBRE ABORDAJE VIF. SE TRATA DE DESCRIBIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y VACIOS, SI EXISTE PROGRAMA DE CAPACITACION CONTINUA.

Cuenta con 25 recursos de salud capacitados para atender VIF, de los cuales 6 son médicas generales, 1 médico en servicio social, comprendidos en el grupo etáreo de 25/35 años, 12 auxiliares de enfermería, todas del sexo femenino, y entre el grupo etáreo de 22/40 años, 4 son enfermeras profesionales con edad de 25/35 años y 2 licenciadas en enfermería en el grupo etáreo de 35/42 años.

Para la capacitación se han coordinado esfuerzos dentro de áreas especializadas del MINSA, coordinaciones intersectoriales e interagenciales; inicialmente, se movilizaron recursos del programa materno infantil, se trajeron recursos humanos de la ciudad de Estelí, para compartir experiencias en Managua, se han compartido experiencias nacionales y de otros países.

Ha sido en el marco del proyecto que se han tenido intercambios con consultoras de la región, con expertas internacionales y la llegada de compañeras de otros países para intercambio de experiencias.

Ha sido a través de la capacitación que se ha superado la visión clínica sobre las mujeres, han permitido entender porque la violencia no es natural y además detectar en una serie de síntomas que las mujeres presentan en la consulta patologías provocadas por situaciones de maltrato; es decir se han dado instrumentos teóricos para poder detectar, atender, derivar, detectar vacíos y hacer lagunas propuestas.

Las capacitaciones se han realizado con recursos nacionales e internacionales y han sido sobre los temas: género y salud, conceptualización sobre violencia doméstica, elementos importantes como el ciclo de la violencia, respuestas sociales, reflexiones sobre la atención en salud y lo que sería una atención diferenciada a las víctimas de VIF, indicadores sobre VIF, guías de aplicación a víctimas, principios éticos y modelo de atención entre otros; en estos procesos ha participado personal de salud y miembros de la red local, incluyendo dos gremios que son importantes y que no estaban integrados a las actividades como son educación y periodistas.

4.6. SOBRE REGISTRO VIF EN EL NIVEL LOCAL.

Las unidades de salud de Estelí, igual que todas a nivel nacional, cuentan con un sistema de información definido en base al nivel de resolución que le corresponde y según las normas específicas.

Cada instrumento de este sistema de información, tiene como objetivo fundamental, describir epidemiológicamente los problemas de salud que la población resiente. El sistema implica, registrar los datos que permitan elaborar indicadores básicos que permitan al nivel normativo, evaluar las acciones del sistema en todos los niveles de complejidad.

PRIMER NIVEL DE ATENCION:

- 1.- Informe de registro diario de atención ambulatoria
- 2.- Para el consolidado mensual de VIF se utiliza el informe de motivos de consulta.
- 3.- Los datos de los casos se registran en expediente que se utiliza para la consulta general.
- 4.- Hoja de referencia y contrareferencia.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCION:

- 1.- En el informe diario de consultas médicas, el hospital de Estelí propone que se utilice informe diario que utilizan en ese centro tanto en el servicio de emergencia, como en consulta externa, el cual contiene las siguientes variables:
 - nombre de la unidad
 - fecha
 - servicio
 - nombre y apellido de la paciente o de expediente
 - grupo etáreo 0/27d. 28/d/11 meses – 1/4^a-5/9^a-10/14^a-15/19^a-20/34^a-35/49^a
 - sexo
 - procedencia
 - referido
 - diagnóstico
 - ingreso
 - notificación
 - código del médico

- 2.- Para el informe mensual de VIF, el hospital de Estelí propone que se utilice el informe diario de consultas médicas antes descritos y que en vez de registrar el nombre o número de expediente de pacientes, se le anote el servicio donde fue atendida la persona afectada por VIF.
- 3.- Hoja de referencia y contrareferencia, datos de la referencia y contrareferencia. Los datos que se registran consisten en: código del tipo de VIF; a quien se dirige la referencia. Quien la envía. Nombre de la persona afectada, edad, sexo, ocupación, escolaridad, religión, dirección domiciliar, estado civil, procedencia, número de hijos, hábitos tóxicos, queja principal (resume). Examen físico, diagnóstico manejo y tratamiento.
- 4.- Los casos de hospitalización se registran en expedientes de atención general.

5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

SOBRE EL MODELO.

La experiencia acumulada por los actores esenciales del modelo, particularmente los ONGs y el personal de salud que ha estado involucrado en el proyecto APAXVIF, en estos últimos años, es un capital político que hay que potenciar.

Están todas las piezas, solamente está pendiente que estos actores se junten para articular en un solo plan, las acciones que cotidiana mente desarrollan y de parte del MINSA, terminar de crear las normas, retomar las sugerencias y aplicar una nueva forma de atención, que de hecho va a fortalecer el sistema actual.

Existe una plena conciencia de que la violencia es un problema social de gravedad que hay que resolver, que no puede resolverlo ni le toca hacerlo a una sola institución, que deben consensuarse criterios, que deben retomarse experiencias y compartirlas, que deben disponerse recursos para dar mayor acceso a la atención de calidad a las mujeres, de que hay que considerar el aporte de todas las disciplinas y además la experiencia empírica tanto en el abordaje directo a víctimas, como en mecanismos de intervención social.

Cuando hablamos de condiciones dadas localmente, nos referimos a:

- 1.- Están dadas las condiciones en salud, para organizar los servicios en esta localidad de manera que se pueda implementar el modelo de atención en salud, pasando lógicamente por un momento de concertación, elaboración de mecanismos, formatos, asignación de responsabilidades y aplicación en el municipio.

- 2.- **Personal capacitado que puede multiplicar conocimientos.**
- 3.- **Una red local conformada que puede ofertar paquetes de capacitación para el personal de salud. Un estudio que plantea el fortalecimiento del registro y que se espera que se aplique.**
Un programa programa piloto (APXVIF), que al ser evaluado arroja muchos saldos positivos y que ha dejado una experiencia de actividades cuya tendencia es dar una atención de calidad a las personas maltratadas.
- 4.- **Una red local de voluntarios con experiencia histórica en actividades comunitarias de prevención, parters, brigadistas y promotores (as), que pueden responder a líneas específicas de trabajo contra la violencia.**
- 5.- **La disposición del personal del nivel administrativo-normativo, tanto del nivel central, como en la localiad, por implementar este modelo de atención.**
- 6.- **La existencia de un Acuerdo Ministerial que manda al sector a atender la violencia como un problema de salud pública.**
- 7.- **La inclusión de la VIF dentro de la 4ª Política Nacional de Salud como parte del proyecto básico.**
- 8.- **El reconocimiento de todos los sectores sobre la necesidad de dar una atención que tenga como principios la interdisciplinariedad, la intersectorialidad, la acción orgánica, la mejor disposición de los recursos locales, etc.**
- 9.- **Cada institución realiza una serie de actividades para cumplir con los objetivos que se tienen planteados, sin embargo no todos atienden VIF, de manera particular tienen actividades comunes que intervienen en algún momento de la atención como son: la recepción de los casos, las transferencias, las solicitudes de atenciones especializadas al MINSA, el acompañamiento que realizan las ONGs en la ruta crítica que siguen las mujeres, etc.**
- 10.- **La implementación del proyecto APAXCIF, ha tenido impacto positivo, tanto dentro del sector de la salud, como hacia el resto de instituciones que tienen coordinaciones de trabajo; en salud puede decirse que a partir de las acciones del proyecto, ha cambiado la actitud en algunas áreas se percibe la atención diferenciada a las víctimas; todavía hay algunas resistencias a abordar el problema sobre todo desde el personal médico masculino, que aunque algunos entrevistados, lo atribuyen a la ausencia de normas, mas bien puede ser al modelo de socialización del personal de formación académica clínica y sobre todo a la socialización de género.**

- 11- **El modelo puede aplicarse versatilizando los recursos, inventariando los que están capacitados y pidiendo condiciones reales, según la situación del país, lo que por supuesto no significa crear nuevas estructuras ni sistemas sino fortalecer los existentes.**
- 12- **Atender las remisiones que llegan de los otros actores del sistema y registrarlas debidamente.**
- 13- **Atender, bajo principios éticos, todas las demandas que entren por cualquiera de las posibles puertas de entrada del sistema: puesto, emergencias, casa del parto, admisiones, etc.**
- 14- **Detectar todos aquellos casos que presenten indicadores de VIF y referirlos a la puerta indicada para que se le dé atención adecuada.**
- 15- **promover un nuevo tipo de relaciones y la recuperación de la identidad femenina con integridad, a través de los mecanismos que ya existen, con una estrategia adecuada, estamos hablando de: El formato de ampliación que ha sido diseñado según el estudio del registro, que recoge la historia, no debe viajar en el sistema para efectos de la confiabilidad.**

De acuerdo con las entrevistas realizadas, pueden resumirse como características primordiales del modelo local en salud, las siguiente: QUE SEA TUTOREADA POR EL PROGRAMA MATERNO INFANTIL

RECOMENDACIONES:

- 1.- **Que la VIF esté en el registro médico, tanto de consulta como de estadísticas.**
- 2.- **Que sea integrado el problema a vigilancia epidemiológica.**
- 3.- **Que se considere fundamental la intersectorialidad porque el MINSA, no tiene capacidad para asumir todo el proceso de atención.**
- 4.- **Que se creen las normas y el personal sea capacitado para que se asuma obligatoriedad de cumplimiento y se tenga elementos técnicos para la participación de este servicio.**
- 5.- **El fortalecimiento de la red local y su ampliación.**
- 6.- **Que el área de trabajo social de todos los niveles debe pasar la capacitación especializada y todos los recursos ubicados en las puertas de entrada, deben estar capacitados para contener y para una primera intervención en crisis y para el registro de la historia clínica.**
- 7.- **Que el próximo plan que se elabora para complementar y articular el modelo, sea conocido por todos los actores del que no se quede en una sola instancia.**
- 8.- **Que el plan de capacitación sobre VIF, sea integrado dentro del plan general del sistema de salud y que se maneje a nivel institucional y no a nivel personal.**
- 9.- **Capacitar a todo el personal del sector salud en temas generales con el fin de sensibilizarlos y hacerles sentir la importancia del mismo.**
- 10.- **Tener un registro y sistema de identificación del personal que ha sido capacitado, a fin de ver las posibilidades de refrescamientos temáticos y la posible utilización de estos mismos recursos en talleres de multiplicación.**
- 11.- **Garantizar la posibilidad de que el personal capacitado esté ubicado en áreas que son puertas de entrada y en niveles administrativos que tengan que ver con las decisiones de estas áreas, al mismo tiempo que este personal no sufra rotaciones constantes, como ha pasado durante este período.**
- 12.- **Que se realicen esfuerzos porque el personal de salud mental se integre a las capacitaciones, porque tienen mucho que aportar y mucho que aprender, además de ser una posible durante este período.**

- 13- **Que se capaciten los niveles de dirección y que el problema no se deje en manos solamente del área de enfermería.**
- 14- **Que se consideren como temas básicos: generalidades sobre VIF a todo el personal, intervención en crisis e indicadores para el personal que recibe usuarias directamente, información sobre todos los servicios de atención local para que puedan referir.**
- 15- **Que las capacitaciones sean consensuadas entre los actores del modelo, para considerar la optimización de los recursos y que los calendarios de actividades no choquen con las agendas particulares y lograr un producto eficiente.**
- 16- **Cualquier nivel donde se de atención a VIF, debe garantizar un espacio que garantice privacidad a la demandante.**
- 17- **Debe considerarse la captación y atención a las víctimas dentro de la norma, igual como se captan embarazadas, para evitar una muerte materna.**
- 18- **Definir en base a una norma internacional considerando las particularidades de la VIF, el tiempo para la atención para la atención y definirlo en la norma, así como las metas que se va a plantear el sistema.**
- 19- **Una atención diferenciada a la VIF, requiere que se oferte gratuidad e inmediatez.**

CRITERIOS BASICOS PARA LA ATENCION DESDE CUALQUIER NIVEL:

Si no hay lesiones graves, hacer la primera contención para proceder a las curaciones o a realizar las remisiones correspondientes.

Brindarle seguridad emocional y confianza.

Dar atención respetuosa, escuchar y ofrecer las alternativas reales existentes.

No preguntar nunca, porqué, a la víctima.

No ofrecerles cosas que no se pueden cumplir.

Permitirle expresarse, sin utilizar el “si yo fuera usted”.

Preguntarle que tipo de apoyo es el que quiere y darle lo que el sistema puede ofrecer nada más, respetar sobre todo su deseo y sus decisiones.

Nunca actuar en su lugar.

Darle las explicaciones claras y chequear si realmente entendió lo que quisimos transmitirle.

Dejar registradas todas las transferencias realizadas.

Preguntarle si quiere recibir visitas domiciliarias para apoyarle y trazarse una estrategia.

- 20- Continuar el apoyo con las capacitaciones para el personal involucrado.**
- 21- Apoyar con consultorías para la realización de los protocolos y para las recomendaciones para las normas.**
- 22- Que se continúen trayendo otras experiencias de Centroamérica por ser nuestra realidad más cercana.**

**INFORME SOBRE LA COMISARIA
DE LA
MUJER Y LA NIÑEZ**

INTRODUCCION

El alarmante crecimiento de los índices de violencia en contra de la mujer y la niñez en los últimos años, así como los cambios cualitativos sufridos por los delitos de índole sexual, ahora cometidos de manera más atroz y con mayor inclusión de víctimas menores, se venía analizando con preocupación en la Policía Nacional.

Las gráficas ilustran esta afirmación y justifican nuestra preocupación:

La respuesta institucional ante esta problemática venía siendo muy limitada, careciéndose de una atención especializada en este ámbito.

Ello obligó a todo un proceso de reflexión conjunta para la búsqueda de una alternativa viable que ayudara a resolver esta situación.

De este proceso de reflexión surgió el **PROYECTO DE LA COMISARIA DE LA MUJER Y LA NIÑEZ**, que hoy ya son una realidad.

2. OBJETIVO

Contribuir a prevenir y disminuir los niveles de violencia física, psicológica y sexual e intrafamiliar contra mujeres y menores nicaragüenses.

**GOBIERNO DE NICARAGUA
INSTITUTO NICARAGUENSE DE LA MUJER
COMISARIA DE LA MUJER Y LA NIÑEZ**

OBJETIVO DEL PROYECTO:

Contribuir a prevenir y reducir los niveles de violencia Intrafamiliar y Sexual en contra de las Mujeres y la Niñez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Proponer ante las instancias policiales y de justicia la creaci3de un marco jur3dico para dar respuesta integral a las mujeres, las ni1as y los ni1os v3ctimas de violencia.

Elaborar en consenso con los organos de justicia, la polic3a y la opini3n p3blica un proceso de priorizaci3n de esfuerzos para la prevenci3n y reducci3n de la Violencia contra las mujeres y la niñez.

MARCO INSTITUCIONAL:

La Comisaría es una entidad localizada física y legalmente en la Policía Nacional con base en la Ley Orgánica No. 228 y Reglamento por los Artos. 63, 64 y 65 del Decreto Presidencial No.2696, publicado el 14 de Febrero de 1997.

MARCO INTERINSTITUCIONAL:

El Proyecto Creación Instalación y validación de las Comisarías responde a una línea de trabajo institucional, quien por voluntad presidencial desde el 25 de Noviembre de 1993, ha venido en conjunto con otras instancias del Estado y Organismo no gubernamentales impulsando y desarrollando acciones tendientes a desarrollar y fortalecer formas de eliminación de la violencia como forma de discriminación.

Este funcionamiento ha sido a través de la conformación de Comisiones Departamentales y/o Locales integrados por los Organismos de Estado y no gubernamentales, desarrollando con estos Talleres, encuentros, seminarios y otras formas de interrelación.

MARCO JURIDICO:

En primer término el marco jurídico de la problemática de violencia de Género está constituida por la Constitución Política de Nicaragua (Arto. 36) del Código Penal reformado por las Leyes 150 y 230 (Ley de los Delitos contra las personas su integridad física: moral y social aprobada en Junio de 1992, las adiciones al Código Penal en el delito de lesiones) respectivamente. Así como el Decreto 1065 - Ley de Relación Madre, Padre, hijos, Ley 138 - Ley de Alimentos; el cuerpo de Convenios Internacionales de los cuales Nicaragua es signataria tales como: Pacto de San José, Convención de Belem Do Para, Plataforma de Beijing.

Componentes

AMBITO DE ATENCION:

3a

*** Delitos Sexuales
(Ley 150)**

Violación
Tentativa de Violación
Violación Frustrada
Estupro
Acoso Sexual
Abuso Deshonesto
Rapto
Incesto
Lenocinio, proxenetismo

*** Lesiones
(Ley 230)**

Riñas Conyugales
Maltrato Familiar
Amenazas

CAPTACION Y RELACION CON LAS USUARIAS

La puerta de entrada de las denunciantes es la Comisaría, a la que asisten en muchos casos remitidas de los Centros alternativos.

Una vez que son recepcionadas, valoradas e inician su proceso de atención las usuarias, reciben su atención psicosocial, con el acompañamiento de un equipo a la psicóloga y la Trabajadora Social que brindan un Seguimiento individual a la persona y luego valoran la situación social de la usuaria, determinando su mejora, empeora, si continúa igual la situación.

Con las capacitaciones recibidas por este personal también se busca que se haga prevención de los niños/as o miembros de la familia que han sufrido violencia (directamente o como testigos).

En algunas Comisiones Territoriales la relación con la usuaria se manifiesta con un mayor acercamiento mediante talleres de reflexión consecuencias y formas de prevenir la Violencia Intrafamiliar.

4.0

COBERTURA:

EN NICARAGUA FUNCIONAN 12 COMISARIAS Y A FINES DE ESTE AÑO SE INAUGURA UNA COMISARIA EN JINOTEGA

La Comisaría de la Mujer y la Niñez funciona en Nicaragua desde el 25 de noviembre de 1993, a cuatro años de funcionamiento se ha logrado ampliar el ámbito geográfico hacia 13 Comisarías (9 de ellas cuentan con apoyo y cooperación externa, el resto son producto de esfuerzos de organismos locales de la sociedad civil y de la Policía Nacional).

Actualmente se está iniciando el proceso organizativo y de creación de infraestructuras en el departamento de Jinotega, la que planificamos estará inaugurada a mediados del mes de diciembre.

- 3 Comisarías en Managua (Colonia Centroamérica, Ciudad Sandino y Tipitapa)
- 1 León
- 1 Estelí
- 1 Masaya
- 1 Matagalpa (* Mulukukú y San Ramón)
- 1 Boaco
- 1 Bluefields - RAAS
- *1 en Ocotal y otra en Juigalpa

* COMISARIAS AUTOSOSTENIDAS

Nombre de 26 médicas forenses a nivel de 9 Comisarías.

A NIVEL DE METAS A MEDIANO PLAZO

LA EXPERIENCIA DE NICARAGUA HA SIDO DE CONSTRUCCION EN LA MARCHA, PASANDO POR DIFERENTES TONALIDADES Y PROCESOS:

A LA FECHA EL MAYOR RETO DEL PROYECTO ES LOGRAR ARTICULAR ESFUERZOS QUE DESDE DIFERENTES INSTITUCIONES Y ORGANISMOS SE VIENEN REALIZANDO EN FUNCION DE ABORDAR LA PROBLEMÁTICA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL. SE ELABORAN PROPUESTAS PARA CREAR UNA COORDINACION INTERINSTITUCIONAL AMPLIA CON LA PARTICIPACION DE LOS DIFERENTES ACTORES INVOLUCRADOS. *Elaborando un plan secuencial para este fin.*

- Procuraduría
- MINSA

- FONDO NIC de la Niñez y la Fam.
- Minist de Educación
-

AMBITO DE ATENCION:

*** Delitos Sexuales
(Ley 150)**

**Violación
Tentativa de Violación
Violación Frustrada
Estupro
Acoso Sexual
Abuso Deshonesto
Rapto
Incesto
Lenocinio, proxenetismo**

*** Lesiones
(Ley 230)**

**Riñas Conyugales
Maltrato Familiar
Amenazas**

**SEGUIMIENTO SOCIAL
EN EL MODELO DE ATENCION
COMISARIA DE LA MUJER Y LA NIÑEZ**

Por las características propias de nuestra Sociedad y las del Proyecto Comisarias de la Mujer y al Niñez se ha venido construyendo un Modelo de Atención abierto que nos permita brindar mayor impacto y seguridad a las mujeres y niños sobrevivientes de la Violencia Intrafamiliar, por la vía de los servicios del Gobierno complementados con los servicios de los centros.

En relación al Seguimiento PsicoSocial y la Valoración de los Casos al momento de encontrarse la mujer en la Comisaria . apuntamos lo siguiente :

- a- La intervención en Crisis que nos permite incidir en la . crisis propiamente dicha y en la que orientamos a la sobreviviente sobre la atención que brinda la Comisaria , se le brinda apoyo emocional e inclusive se le refiere a los servicios de Urgencia al Medico Forense , al Hospital depende de la gravedad del caso.
- b- Transferimos y acompañamos a las Sobrevivientes de Violencia a los Centros Alternativos para su atención inmediata.
- c- Detectamos las redes de apoyo Formal e Informal para el apoyo de las mismas.
- d- En los casos de Delitos Sexuales se realiza a la Víctima el Peritaje psicológico , o la Impresión diagnostica según se amerite.

- e- Se realizan coordinaciones con las Instituciones del estado para apoyarnos cuando las Víctimas son menores y necesitan ese recurso Institucional . Ejemplo de esto son los niños Víctimas de Abuso sexual, o Maltrato Fisico severo.

- g- Coordinamos con las Instituciones del Estado y Organismos no Gubernamentales en función de desarrollar actividades de Prevención y Capacitación a las sobrevivientes de Violencia .

Las Capacitaciones van en doble vía ; ya que por un lado sensibilizamos a los actores de las Instituciones y ONG'S sobre la problemática de la Violencia Intrafamiliar y Sexual ; y por otro lado ejercemos una labor de Educación a las propias afectadas.

- h- La Prevención en los Centros Escolares sobre el Problema de Violencia y el uso de los tóxicos como la pega , el alcohol y los Abusos Sexuales es una tarea prioritaria.

- g- La detección de los casos de Violencia Intrafamiliar y Sexual realizada a través las Promotoras de los Centros de Mujeres, las Mujeres mismas y apoyadas por las redes de Apoyo Informal .

En la labor de Visita Domiciliar determinamos y conocemos los FACTORES DE RIESGO de las mujeres y para ello nos abocamos a las redes de apoyo Formal e Informal .

- Si la pareja lo solicita y dependiendo de la situación encontrada , proponemos la realización de Terapias de Pareja .
- Valoramos la necesidad de integrar a las sobrevivientes de Violencia a los Grupos de Apoyo , o de autoayuda.
- En relación a las causas que se remiten al Juzgado damos acompañamiento a las mujeres en el proceso de los Juicios.
- El Plan de tratamiento y seguimiento para cada caso después de realizada la Visita Domiciliar , apuntando los aspectos que concideramos anteriormente.
- Somos parte integrada de la Comisión Territorial en la que de forma colegiada y coordinada realizamos ACCIONES QUE FORTALEXCAN LA BUSQUEDA DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Desde nuestra labor como Profesionales del Trabajo Social tratamos de Integrar los elementos Técnicos , Prácticos y Metodológicos del Caso , Grupo y la Comunidad que son tan importantes en nuestra labor . El Modelo de Stress Psicosocial que nos permite integrar las diferentes facetas de la Personalidad de las Sobrevivientes de Violencia y abordar el problema desde una óptica con perspectivas a mediano ^{o largo} plazo, dependiendo de cada ^{caso} la particularidad de cada ^{caso}.

La realización de Investigaciones Cualitativas que nos permitan conocer las verdaderas causas o Indicadores de la Violencia Intrafamiliar ha sido una necesidad inmediata. Recientemente realizamos una Investigación sobre Salud Mental de las Mujeres.

→ auto cuidado al Personal
→

10. DIFICULTADES

En el Código Penal vigente, la Violencia intrafamiliar no está regulada como un delito específico, tal que promueva la protección a las mujeres del maltrato físico y psíquico.

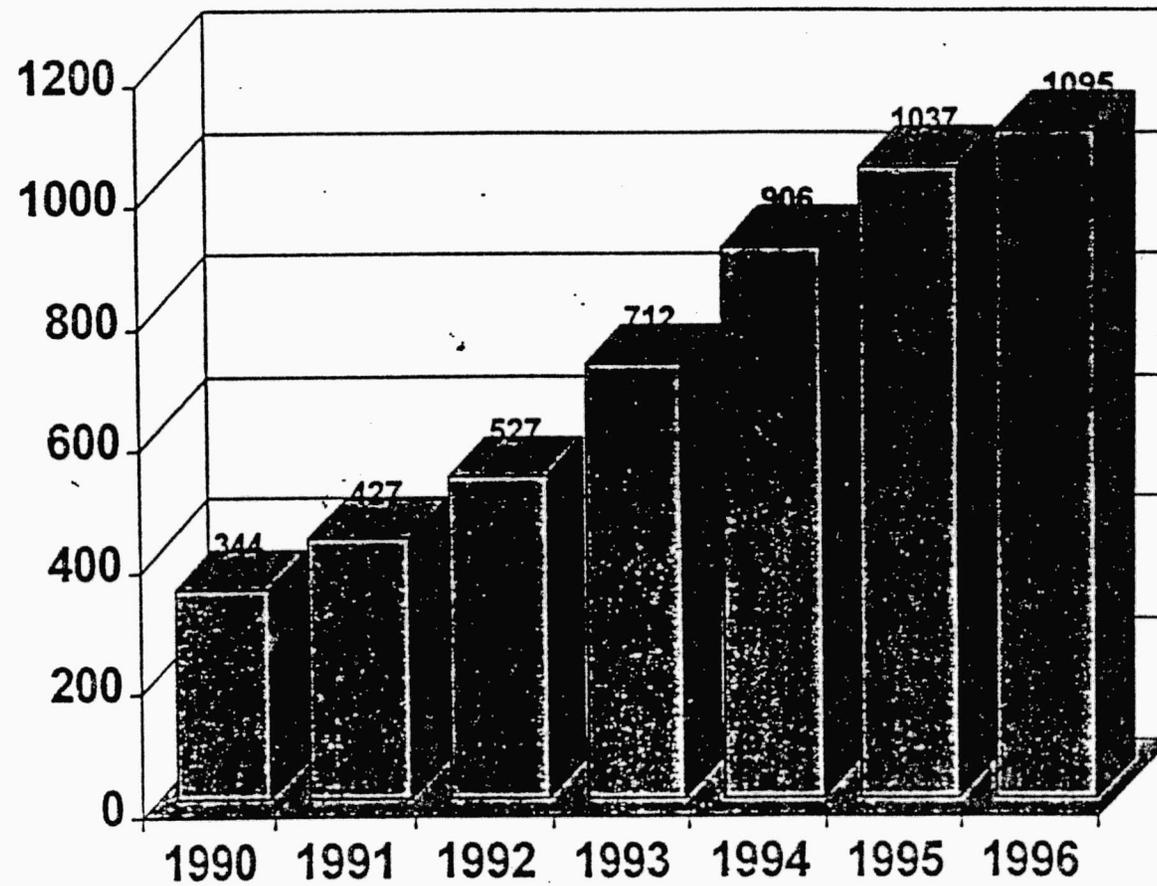
Por este motivo estas acciones son reguladas de forma inmediata y dan pie a los Arreglos Extrajudiciales o Judiciales, que casi nunca son lo mejor para las mujeres. La figura del arreglo Extrajudicial frecuentemente constituye una fuente de impunidad en favor de los agresores. Con la promulgación de la Ley 230, que ya se está comenzando aplicar en algunas comisarías, aunque muy lentamente, se han estado presentando serios problemas en el sentido de que ambas partes no llegan al Juzgado.

1. Uno de los nudos principales del Proyecto se refiere a la falta de capacidad real de respuesta al problema del maltrato intrafamiliar. Esto se debe sobre todo a las debilidades en el marco Jurídico, así como a la falta de capacidad de las Instituciones del Estado de proporcionar protección efectiva a las personas que sufren la violencia intrafamiliar. Esta desprotección es particularmente evidente en el caso de la violencia física y sexual contra la Niñez.
2. La impunidad de los ofensores es otro de los principales problemas que enfrentan las Comisarías. Ocasiona mucha frustración, tanto en las usuarias como en las funcionarias de las Comisarías y en las de las organizaciones que trabajan y apoyan al proyecto, ya que sienten que el trabajo que realizan no cuentan con el respaldo del Sistema Judicial.

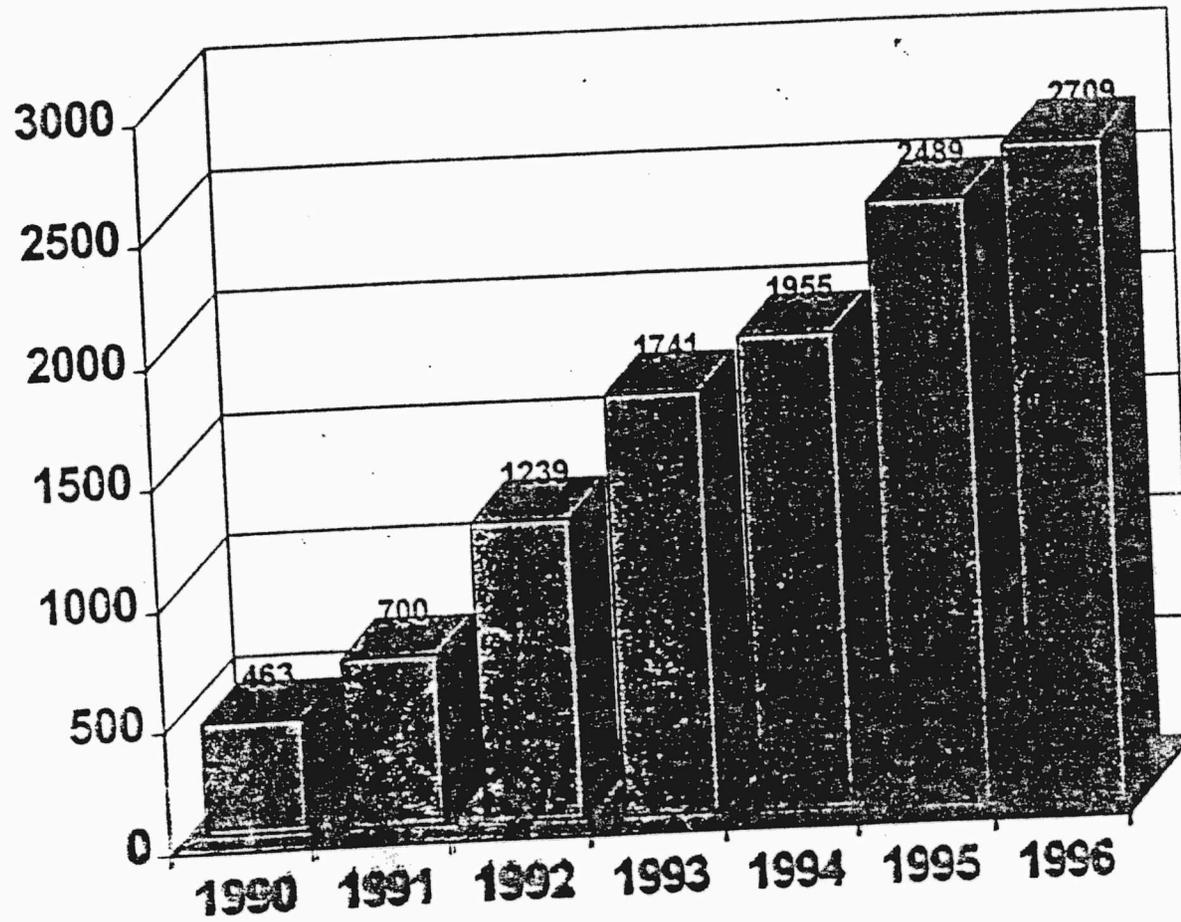
3. El término de 48 horas de ley, no es suficiente para practicar todas las diligencias y aportar pruebas. Esto se acentúa, si lo relacionamos con el poco personal, escasos recursos y mucha demanda.
4. Se presentan problemas con la atención de las médicas forenses. En algunas Comisarías hay dos forenses y a veces no se encuentran cuando sucede un hecho. en esos casos se debe mandar a la mujer o la menor, a direcciones más alejadas y con frecuencia ellas no van por falta de dinero. Las forenses de las ONG's, cuentan con viáticos para realizar su trabajo, en cambio las del MINSA no.
5. En los casos de lesiones, frecuentemente es difícil culminar el proceso de forma justa, pues en muchas ocasiones aunque la Policía Nacional aporta la mayor cantidad de pruebas, la ausencia del dictamen médico legal es importante para probar la agresión y en muchos casos la víctima se niega a realizárselo.
6. En la atención Jurídica se observa retardación de Justicia, generalmente hay desconocimiento por parte de las usuarias, en relación a los procedimientos legales en los juicios, muchas víctimas no presentan la denuncia, debido a que en los juzgados se brinda información de su problemática a los periodistas.
7. Muchas mujeres no asisten a las atenciones transferidas por las Comisarías, sobre todo a las de atención psicológica. Una de las razones del abandono del proceso para no asistir a los servicios, es el no contar con recursos para transporte o a veces para fotocopiar documentos necesarios para dar seguimiento a los casos legales.

8. el presupuesto tiene algunos rubros, como la contratación de servicios, la capacitación, que son totalmente abiertos, mientras que el presupuesto para gastos operativos es tan detallado que se ha convertido en una camisa de fuerza que obstaculiza en lugar de fortalecer el desarrollo del proyecto.
9. El presupuesto no incluye gastos necesarios, para el funcionamiento del Proyecto, como: llantas de vehículos de las Comisarías, mantenimiento de vehículos y del equipo de oficina (computadora, aire acondicionado), reparaciones de instalaciones físicas, teléfonos. Este tema parece estar vinculado a la contraparte nacional, pero no hay presupuesto para los mismos.
10. La mayoría de las víctimas son personas de escasos recursos y tienen que movilizarse a los centros de atención, a los juzgados, al forense y no se cuenta con la posibilidad de ayudarlos económicamente para que puedan finalizar su proceso, que frecuentemente es abandonado por las usuarias.
11. Tendencia al asistencialismo y no orientado a fortalecer las capacidades de las usuarias.
12. La Divulgación del Proyecto no ha sido sistemática, ni cubre todo el país.
13. Aún se contemplan serias dificultades en la sistematización de la información, tanto en general, como en los hechos de violencia contra mujeres y menores. Ello impide captar la verdadera dimensión de la problemática. Los datos reflejados son los registrados, denunciados y no ocurridos realmente, sobre todo en la violencia intrafamiliar, donde la cifra negra es mayor.

**Delitos de Violación a Nivel Nacional
1990 - 1996**



Delitos Sexuales a Nivel Nacional 1990 - 1996





INDICADORES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y LA NIÑEZ

| AÑOS | INDICE INCREMENTO DELITO | INDICE INCREMENTO DELITO SEXUAL | INDICE INCREMENTO VIOLACIONES |
|------|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 1990 | 7.0% | ... | -5.0% |
| 1991 | 10.3% | 32.3% | 24.1% |
| 1992 | 16.3% | 74.0% | 23.4% |
| 1993 | 18.0% | 40.5% | 35.1% |
| 1994 | 11.3% | 11.0% | 27.2% |
| 1995 | 3.3% | 25.6% | 14.5% |
| 1996 | 12.4% | 8.8% | 5.6% |

Indice de Incremento de las Lesiones

| | |
|------|-------|
| 1990 | 14.5% |
| 1991 | 22.6% |
| 1992 | 20.5% |
| 1993 | 7.8% |
| 1994 | 23.6% |
| 1995 | 12.6% |
| 1996 | 14.8% |

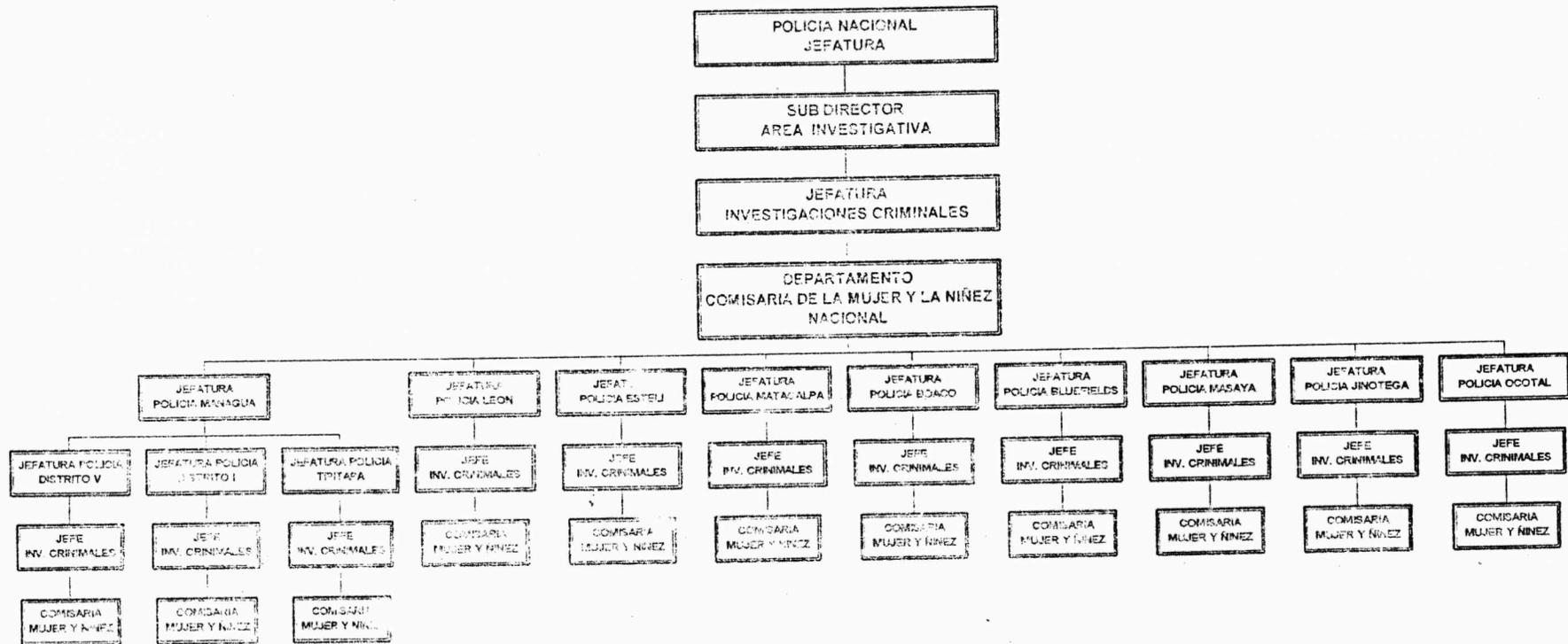
Mujeres Víctimas del Delito de Lesión

| |
|-------|
| 35.2% |
| 37.5% |
| 41.7% |
| 45.0% |
| 45.0% |
| 44.3% |
| 44.3% |

Mujeres Víctimas del Delito

| | |
|------|-------|
| 1990 | 33.0% |
| 1991 | 33.0% |
| 1992 | 35.0% |
| 1993 | 36.0% |
| 1994 | 36.0% |
| 1995 | 38.4% |
| 1996 | 38.1% |

POLICIA NACIONAL COMISARIA DE LA MUJER Y LA NIÑEZ



5. AMBITO DE ATENCION

Las mujeres y los menores nicaragüenses, víctimas de los siguientes delitos:

- Violación
- Intento de violación
- Violación frustrada
- Rapto
- Estupro
- Acoso Sexual
- Abuso Deshonesto
- Incesto
- Lenocio (trata blanca)
- Corrupción de Menores
- Lesiones (producto de violencia doméstica)
- Amenazas

Y Víctimas de las siguientes Faltas:

- Riña Familiar
- Riña conyugal
- Maltrato

6. RESULTADOS DEL TRABAJO (95-96, PRIMER SEMESTRE DEL 97)

Durante el período 1995-1996, las Comisarías de la Mujer y la Niñez, recibieron un total de 7,929 denuncias. Del total de denuncias recibidas 2,794 (40%), eran por delitos y el 60% por hechos tipificados como Faltas (violencia intrafamiliar).

(gráfica)

Entre los delitos, sobresalen las Lesiones en diversos niveles de gravedad, con 1,116 hechos y 40% del total de delitos, y las Violaciones con 372 hechos y 135 de este mismo total. En su orden le siguen las amenazas, los Abusos Deshonestos, los Estupros y los casos de Menores Desaparecidos. El resto se dispersa en porcentajes menores.

(cuadro)

Entre las Faltas, se destacan las Riñas Conyugales, con 3,727 (67%), seguidas aunque muy por debajo, por el Maltrato Intrafamiliar con 216 hechos del total de esas mismas faltas. El resto se dispersa en porcentajes menores al 9%.

En el Primer Semestre del 97, se recibieron 1,390 delitos, entre los que sobresalen las Lesiones con 63 hechos y 44% del total de delitos; y 1,837 hechos de violencia intrafamiliar, entre las que tienen mayor fuerza fueron las riñas conyugales, que representan al 63% del total de Faltas (ver cuadro).

El promedio de hechos recibidos en este período es de 232 mensuales para los delitos y 306 para las Faltas.

APORTES DE LAS COMISARIAS DE LA MUJER Y LA NIÑEZ AL TOTAL NACIONAL

| Delitos | Nacional | Comisarias | Porcentaje |
|------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Delitos Sexuales | 5,198 | 3,375 | 65% |
| Violaciones | 2,132 | 372 | 18% |
| Lesiones | 21,738 | 1,116 | 5% |

A pesar de que a la fecha solamente existen 10 (diez) Comisarias de la Mujer y la Niñez, estas aportan el 65% del peso total del trabajo de la Policía, en el caso de los delitos sexuales y el 18% en el caso de las Violaciones.

FALTAS
PERIODO 1995 - 1996

| | D-V | D-I | MATAGALPA | ESTELI | MASAYA | LEON | BOACO | BLUEFIELDS | TOTAL |
|-------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-------------|
| TOTAL | 2524 | 708 | 510 | 845 | 203 | 141 | 25 | 179 | 5135 |
| Riñas Conyugales | 1812 | 329 | 407 | 831 | 162 | 46 | 25 | 115 | 3727 |
| Riñas Familiares | 297 | 7 | 43 | | 18 | 39 | | 18 | 422 |
| Maltrato | 402 | 403 | 3 | 11 | 15 | 56 | | 36 | 926 |
| Traslado al FONIF | | -48 | | | | | | | -48 |
| Otros | 13 | 17 | 57 | 3 | 8 | | | 10 | 108 |

| TOTAL DE DELITOS | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------|------|------------|------------|------------|--------|-------|-----------|----------|
| PERIODO : PRIMER SEMESTRE 1997 | | | | | | | | | |
| TOTAL RECEPCIONADO | ESTELI | LEON | DISTRITO 1 | DISTRITO 2 | DISTRITO 3 | MINAYA | DOPOC | MATAGALPA | EL CIEPO |
| Violaciones | 29 | 34 | 25 | 39 | 14 | 25 | 15 | 10 | 13 |
| Tent. Violaciones | 19 | 24 | 7 | 3 | 3 | 3 | 5 | 7 | 12 |
| Violac. Frustradas | | | 9 | 1 | | 2 | 3 | | |
| Abuso Debernestos | 5 | 15 | 12 | 13 | 14 | 3 | 4 | 9 | 1 |
| Acoso Sexual | 1 | 3 | 1 | 10 | 10 | 3 | 1 | 1 | 2 |
| Estupro | 27 | 14 | 4 | 9 | 12 | 7 | 3 | 13 | 3 |
| Raptos | 29 | 9 | 9 | 2 | 16 | 2 | 7 | 12 | 10 |
| Lesiones | 103 | 59 | 37 | 205 | 55 | 19 | 30 | 55 | 41 |
| Daños | 4 | | 2 | 3 | 9 | | | 3 | |
| Incasto | | 5 | | | | | | | |
| Amenazas | 13 | 27 | 14 | 16 | 14 | 3 | 14 | 7 | 19 |
| Tent. Homicidios | | | | 2 | 1 | | | | |
| Secuestro | | | | 2 | | | | | |
| Desaparecidos | 28 | 2 | 9 | 19 | 3 | | | | 5 |
| Sustrac. Menores | 2 | | | 1 | | | | 1 | 1 |
| Otros | 5 | 30 | 12 | 2 | 3 | 2 | 11 | 7 | |
| Sub-Total | 299 | 226 | 134 | 322 | 152 | 39 | 115 | 122 | 110 |
| | | | | | | | | | |
| Riñas Conyugales | 24 | 9 | 303 | 323 | 13 | 13 | | 137 | 124 |
| Riñas Familiares | 4 | 3 | 3 | 79 | | | | 25 | 29 |
| Maltrato | 125 | | 53 | 13 | 1 | | | | 47 |
| Menor en Riesgo | | 1 | 12 | | | | | | 9 |
| Otros | 37 | 1 | 37 | 1 | 14 | 23 | | 29 | 20 |
| Sub-Total | 211 | 14 | 471 | 372 | 27 | 41 | 1 | 191 | 243 |

TOTAL DE FALTAS

PERIODO : PRIMER SEMESTRE 1997

| | ESTELI | LEON | DISTRITO 1 | DISTRITO 5 | DISTRITO 8 | MASAYA | BOACO | MATAGALPA | BLUEFIELDS |
|------------------|--------|------|------------|------------|------------|--------|-------|-----------|------------|
| TOTAL | 210 | 14 | 471 | 672 | 33 | 44 | 0 | 191 | 246 |
| Riñas Conyugales | 34 | 9 | 305 | 529 | 18 | 15 | | 137 | 134 |
| Riñas Familiares | 4 | 3 | 9 | 79 | | | | 25 | 26 |
| Maltrato | 135 | | 58 | 63 | 1 | | | | 47 |
| Menor en Riesgo | | 1 | 12 | | | | | | 9 |
| Otros | 37 | 1 | 67 | 1 | 14 | 29 | | 29 | 30 |

PROMEDIO MENSUAL DE DENUNCIAS : DELITOS Y FALTAS

PERIODO : PRIMER SEMESTRE 1997

| | ESTELI | LEON | DISTRITO 1 | DISTRITO 5 | DISTRITO 8 | MASAYA | BOACO | MATAGALPA | BLUEFIELDS |
|-------------------------|--------|------|------------|------------|------------|--------|-------|-----------|------------|
| TOTAL | 169.6 | 79.9 | 201.6 | 334.6 | 118.1 | 46.3 | 38.76 | 104.26 | 118.6 |
| Prom. Mensual Delitos | 49.8 | 37.6 | 22.3 | 55.3 | 28.8 | 10.5 | 19.6 | 20.3 | 18.3 |
| Prom. Mensual Faltas | 35 | 2.3 | 78.6 | 112 | 55 | 6 | | 31.8 | 41 |
| Prom. Mensual Denuncias | 64.8 | 40 | 100.6 | 167.3 | 34.3 | 23.8 | 19.16 | 52.16 | 59.3 |

7. MARCO LEGAL DE LA COMISARIA DE LA MUJER

Con fecha 23 de Agosto de 1996, se promulgó la Ley Orgánica de la Policía Nacional, la cual en su Capítulo I, Disposiciones Fundamentales Arto. 1, señala que esta se regirá en estricto apego a la Constitución Política de la República a la que integridad, la seguridad de las personas y el libre ejercicio de los derechos y libertades de los ciudadanos, siendo responsable de la prevención y persecución del delito, la preservación del orden público y tranquilidad ciudadana y brindar el auxilio necesario al Poder Judicial.

En el desarrollo del articulado se aborda : Que bajo la especialidad de Investigaciones Criminales, se creará bajo su dependencia, La Comisaría de la Mujer y la Niñez, a fin de dar atención especializada en caso de violencia física, psicológica o sexual en contra de la Mujer y la Niñez.

La inclusión de las Comisarías en la Ley Orgánica de la Policía Nacional, les confiere el Marco Legal Institucional, dentro de la Policía.

en lo que corresponde al AUXILIO JUDICIAL, este es detallado en los Artos. 46, 47 y 48 remitiendo a las disposiciones contenidas en la Ley de Funciones de la Policía Nacional en materia de Auxilio Judicial (Ley 144).

Los Delitos y las faltas atendidos por la Comisaría, son objeto de la Ley de Reformas al Código Penal, 150; y de la Ley 230, "Reformas y Adiciones al Código Penal".

Para facilitar el cumplimiento de la Ley, se creó el Departamento Nacional rector del Funcionamiento de las Comisarias de la Mujer y la Niñez, el cual a lo interno ejercerá actividades de Dirección, Normación, Supervisión, Seguimiento y Evaluación.

A lo externo realiza funciones de:

- Coordinación con el Instituto Nicaragüense de la Mujer.
- Coordinación con Instituciones y ONG's involucradas con el Sistema de Comisarias.
- El mismo está conformado por:

Un Jefe

4 Oficiales Especialistas de diferentes disciplinas: Sociólogas, Administrador, Abogado y Periodista con cargo de Primer Oficial.

Una Secretaria.

9. LOGROS MAS IMPORTANTES

Que hoy contemos en Nicaragua con 10 Comisarías de la Mujer y la Niñez y 2 más próximas a inaugurarse.

Las mujeres y los menores pueden ser acogidos y escuchados en un ambiente digno.

Las Comisarías favorecen al cambio de imagen de la Policía Nacional ante la población.

Hay una actitud diferente por parte de las Instituciones y reconocimientos de las usuarias sobre la calidad humana de la atención que reciben por parte del personal Policial.

Servicios complementarios (médicos, psicológicos, legales).

Mayor confianza para poner la denuncia.

Respaldo legal de las Comisarías, Ley Orgánica de la Policía Nacional # 228

Creación del Departamento Nacional de las Comisarías.

Funcionamiento de los Comités Departamentales y Distritales.

Articular voluntades para la preservación y tratamiento del delito.

Decisiones compartidas

Dirección colectiva del Proyecto

Mecanismos propios de coordinación con el Poder Judicial:

Acercamiento y sensibilización.

Médicas Forenses para las Comisarías

Irrupción de lo civil en lo Policial

Por iniciarse durante este año el Proceso de Capacitación y Sensibilización a nivel de Mandos de la Jefatura Policial.

Capacitación a las y los Policías.

- **Seminarios en la Academia de Policía.**
- **Instructores de los Municipios más alejados.**
- **Capacitación junto con civiles.**

Convenio colectivo con el INIM

POLICIA NACIONAL
COMISARIAS DE LA MUJER Y LA NINEZ

Las Comisarias de la Mujer y la Niñez , han incidido notablemente en el Desarrollo de la Conciencia de Género en el Personal de la Policia Nacional, tanto entre las Funcionarias que laboran en ellas , como entre un buen Porcentaje dela Personal masculino.

- Este ha sido fruto de un trabajo conjunto (Instituciones Gubernamentales , Sociedad Civil Organizada y no Organizada , Policia), que se ha venido desarrollando sitematicamente , desde hace vaios años, aun antes de la Inaguración del Proyecto Piloto.

- No podemos decir que se ha logrado en un 100% , estamos aún muy largo de ello y esto es comprensible porque la problemática de Género es un cultural en el que estamos inmersos hombres y mujeres, y poner en práctica mecanismos para poner alto a la Violencia no es tan difícil , lo mas Difícil es erradicarla , porque para ello se necesita cambiar concepciones , aptitudes , comportamientos , hábitos , y esto solo se logra a través de la Educación, desde la niñez , a todos los niveles , en la casa, en la pareja , los hijos, los padres ; en la comunidad , la escuela , en las Instituciones , en fin en la sociedad en general.

- Podemos afirmar que se ha avanzado en esa línea , y se ha abierto todo un proceso de reflexión , de Capacitación y Sensibilización sobre la problemática de Género , que cruza las Jerarquías , desde el mas alto , hasta el mas bajo nivel.

Modelo de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar : Perú

Antecedentes

El inicio de la investigación cualitativa “Ruta Crítica que siguen las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar”, el proceso de instalación de las Mesas de Trabajo en cada una de las localidades de ejecución del proyecto, así como; el I Taller de Diagnóstico y Planificación Prospectiva han constituido fuentes de información y conocimiento. Estos insumos nos han permitido darle mayor perspectiva al proyecto a fin de construir Modelos de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar ajustados a nuestra realidad. Así entonces, estamos identificando un árbol de problemas para la construcción de un Modelo sostenido en 3 estrategias de intervención. Empezamos señalando los problemas.

Propósito del Modelo

Crear y fortalecer servicios de atención y prevención de la violencia intrafamiliar como resultado de la concertación multisectorial e interdisciplinaria, a fin de dotar al país de un Sistema de Servicios.

Base Conceptual

El Modelo que presentamos no responde a una visión utópica. No apunta a la erradicación de la violencia intrafamiliar en el Perú. Por el contrario la visión de este modelo es concreta, busca la atención y prevención multisectorial e interdisciplinaria a fin de quitar el permiso social frente a la violencia intrafamiliar e incidir de manera realista en su disminución.

Este Modelo está basado en el diseño de un Sistema conceptual y metodológicamente consistente, congruente y correspondiente con la realidad peruana. La base conceptual parte de la premisa que hoy en día ya no es posible reducir el problema de la violencia intrafamiliar contra la mujer a explicaciones estructurales y supraestructurales, porque corremos el riesgo de sesgar su comprensión y negar el carácter humano y subjetivo del mismo, donde intervienen valores y leyes propias de funcionamiento; en donde finalmente prevalecen emociones y sentimientos.

El fenómeno de la violencia intrafamiliar contra la mujer al tener serias implicancias culturales, sociales, económicas, políticas y personales en su etiología hacen de la multifactorialidad el mejor camino para explicarla. Estos factores son de orden externo e interno, tal como lo fundamenta el Modelo del Ecológico presentado por Lori Heise y actúan sinérgicamente, nutriéndose unos de otros y reforzándose entre ellos. Ninguno de estos por sí solo es determinante. Entre los factores externos más significativos podemos citar : las relaciones de dominación, la violencia estructural, aspectos culturales traducidos en mitos, las desigualdades

sociales, ~~la dependencia económica~~, la anomia, la fragmentación de la identidad nacional, el desarraigo y el creciente consumo de alcohol y drogas en el caso de nuestro país.

Los factores internos son los más difíciles de abordar, entre los principales podemos mencionar : el afecto, la ruptura de la comunicación, la autestima, la reproducción de modelos parentales, la indiferencia o fusión de la identidad, la dependencia emocional y económica, la frustración personal, las necesidades de control, las experiencias infantiles, los sentimientos encontrados tales como el miedo, el temor, la negación, la justificación la culpa y la negación.

Partiendo de los problemas

- Al iniciar el proyecto existía una actitud de indiferencia, negación, justificación o minimización del problema, con mayor relevancia en Cusco y Piura. No existía en el país un trabajo sostenido, ni instancias coordinadas dedicadas a tratar de dar respuestas sostenidas al problema de la violencia intrafamiliar. Esto dio lugar a que el tema -sobretudo, en zonas rurales- no haya sido materia de interés de las distintas autoridades locales. Las ONG's de mujeres y el parlamento, durante muchos años fueron las únicas instancias que alimentaron un esfuerzo coordinado a fin de dar respuestas jurídico-legales al tratamiento del problema.
- Existe una posesionamiento feudal de cada uno de los sectores involucrados con el problema de violencia intrafamiliar. La necesidad de protagonismo y defensa de territorio es fuerte. El aspecto positivo en este marco de referencia es que cada sector a la vez que compite con los otros sectores, también se potencia y fortalece. Lo negativo es que dificulta e interfiere seriamente el trabajo multisectorial.
- Existe una descomposición de la vida institucional . El tejido social está seriamente dañado. Es decir, el país, además de la crisis socio-económica adolece de un estado de desmovilización social y política preocupante. Todo lo organizado tiende a ser confundido con brotes subversivos. Es muy difícil actualmente nuclear a la población en pro de un fin común.

La Estrategia

Sobre la base de estos hechos hemos definido **La Coordinación** como una pilar *del Modelo de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar*. Esta estrategia de intervención impulsará la participación organizada de la comunidad, condición elemental para la recuperación del tejido social y la sostenibilidad de cualquier propuesta de promoción y desarrollo comunitario. Si contribuimos a la recomposición de la institucionalidad estaremos, obteniendo impacto y sostenibilidad en la prevención y atención de la violencia intrafamiliar. El resultado es que a través de la **Coordinación para la organización** se desencadenan dos procesos que se retroalimentan. Uno dirigido a disminuir la violencia intrafamiliar y el otro a disminuir la violencia comunitaria. Finalmente, la actuación en estos dos frentes ayudarán a quitarle el permiso social a la violencia familiar

Objetivos: **La Coordinación**

1. Impulsar y fortalecer instancias de coordinación multisectorial y comunitaria a nivel nacional, regional y local, que finalmente puedan constituirse en una Red Nacional.
2. Definir con carácter de compromiso Roles y Funciones de cada sector, incluyendo las funciones de articulación entre éstos.
3. Diseñar y ejecutar planes a corto, mediano y largo plazo que reflejen el Modelo de Atención y Prevención.

Los Problemas

- Asimismo, constatamos que la información existente en el país sobre el tema de la violencia intrafamiliar está fragmentada, aislada y es pobre. No se registran los casos de violencia intrafamiliar. Las publicaciones y materiales educativos y de difusión editados son pocos, insuficientes y tienen un fuerte sesgo hacia lo jurídico-legal, basados en un enfoque de Derechos Humanos. El enfoque de salud pública en realidad lo estamos introduciendo a partir de la ejecución del proyecto.
- No existe un manejo especializado del tema en disciplinas de las ciencias sociales, así como tampoco, existen recursos humanos calificados y preparados en los sectores involucrados en el problema de VIF. La policía es el único sector que ha capacitado esporádicamente en el tema a parte de sus recursos humanos desde hace 5 años. El sector salud es el más débil en la calificación y preparación de sus recursos humanos.
- Definitivamente los sectores no cuentan con protocolos, normas de atención y guías o manuales de procedimientos. Recién a partir del proyecto dotamos a la Policía Nacional de Normas de Atención, que actualmente están siendo reformuladas debido a la nueva ley de violencia familiar.

La Estrategia

*Estos hechos nos condujeron a la definición de la **Capacitación** como el **segundo pilar del Modelo de Atención de la Violencia Intrafamiliar**. Dicha estrategia favorece el intercambio de información, el desarrollo de ideas y producción de conocimientos, pero sobre todo; es un recurso que abre la posibilidad de un cambio de actitudes frente a la violencia, claro está, de acuerdo a como se conciben, estructuren y manejen los procesos de capacitación.*

Objetivos : **La Capacitación**

1. *Construir un Sistema de Información basado en registros, indicadores y datos cualitativos validados.*
2. *Diseño de programa de capacitación técnica para el manejo del problema en los servicios.*
3. *Dotar a los sectores que tenga servicios de protocolos, normas de atención y guías o manuales de procedimientos.*

Los Problemas

- Es verdaderamente seria la ausencia de servicios de apoyo emocional para las personas afectadas por la VIF. Los únicos servicios existentes son los de carácter jurídico-legal que brindan la policía y los juzgados a nivel del sector público. A nivel local existen las DEMUNAS, instancias municipales que inicialmente fueron concebidas para la atención de niños y adolescentes y la realidad misma ha hecho que terminen atendiendo casos de violencia contra la mujer.
- Existen aisladamente servicios jurídicos-legales que ofrecen las ONG's de mujeres, 3 de éstas atienden en la misma comisaría de mujeres de Lima. Empero, el sector justicia, policía nacional y ministerio público a pesar que las leyes los facultan en la atención de casos de violencia intrafamiliar, cada uno de estos está entrampado en su propia lógica de procedimientos de manera que se interfieren entre ellos y terminan finalmente, maltratando nuevamente a las mujeres con un Ruta Crítica doblemente violenta.
- La ausencia de servicios extendidos, de calidad, articulados e integrados y además, conocidos, explican la inexistencia de sistemas de servicios de atención y prevención de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar, dificultando seriamente las posibilidades de oferta real de servicios y los mecanismos de derivación entre éstos.

LA ESTRATEGIA

Este conjunto de hallazgos han sido determinantes para definir *Sistema de Servicios* como el *tercer pilar del Modelo de Atención*.

Objetivos : *Sistema de Servicios*

1. *Implementar servicios sectoriales y comunitarios*
2. *Crear un Sistema de Servicios.*
3. *Formar una Red de Grupos de Ayuda Mutua*

Los tres *estrategias* señaladas están concebidas de manera interdependiente a fin de que puedan nutrirse una de otra.

COMPONENTES DEL MODELO

Enfoque

El Modelo se sostiene en un enfoque de *Salud Pública* que se nutre de los *Derechos Humanos Universales*. Este enfoque supone una comprensión multifactorial e interdisciplinaria del problema de la violencia intrafamiliar y una concepción indisoluble entre la *prevención* y la *atención* de la misma.

Características

- Incorporación de la **dimensión masculina** en la concepción de la atención y prevención de la violencia intrafamiliar.
- Inclusión de los **victimarios** en los programas de atención-prevención de la VIF.
- **El registro de casos de violencia** es condición elemental para la construcción del Modelo y el fortalecimiento de éste.
- La **producción de conocimientos** y la **formación a profundidad de recursos humanos** con una concepción integradora, multifactorial e interdisciplinaria y una sola **metodología** acorde, definida y ajustada para cada uno de los sectores, que incluya materiales educativos que promuevan ideas-fuerza concertadas y sean susceptibles de producir cambios de actitud.
- Apertura de **Líneas de Servicios** priorizando aquellos que brinden servicios de soporte y cambio de la condición de víctima y victimario.
- La **calidad en la atención de los servicios** existentes y por crear deberán representar un fin común en todos los sectores involucrados.
- **Roles y funciones** claramente definidos que enmarquen el quehacer de cada uno de los sectores e incluyan su articulación.
- **Sistematización, investigación, monitoreo y evaluación** de las intervenciones y servicios en violencia intrafamiliar.

Líneas de Acción

a. Organización

Comprende el **proceso de articulación y gestión multisectorial y comunitario** para la atención del problema de violencia intrafamiliar. Es en el marco de este proceso que se definen las acciones e intervenciones sectoriales y multisectoriales. Expresa un estado de concreción de los Resultados Esperados del Modelo.

b. Capacitación

El fin de esta línea no es sólo la formación de recursos humanos en el tema, sino fundamentalmente, la producción de información y conocimientos colectivos y el cambio de actitudes frente a la violencia. En realidad **esta línea es un medio** para el fortalecimiento de la línea de Organización y de Promoción de Servicios.

c. Promoción de Servicios

Esta es la **línea eje**. Se basa en la creación de servicios, el fortalecimiento de los existentes y la articulación de éstos en un sistema.

d. Comunicación

Esta es una **línea de apoyo** que alimentará a las líneas de organización, capacitación y promoción de servicios. Su función es garantizar un **criterio de unidad y pertinencia del mensaje** a las 3 líneas de intervención mencionadas.

Metodologías de Intervención y su validación

Las metodologías de intervención se definen sectorialmente, de acuerdo a lo que pretendemos obtener como Resultados Esperados con cada uno de los sectores. Sin embargo,

cada metodología deberá guardar correspondencia con los propósitos y características del Modelo, por tanto tenderán a la unidad, evitando contraponerse una metodología con otra. Existe una saturación y agotamiento de las metodologías tradicionalmente usadas, éstas cumplieron su fin en su momento, pero actualmente no producen impacto ni contribuyen a la obtención de los Resultados Esperados. Por ejemplo, los talleres como propuesta metodológica resultan ahora insuficientes para los niveles de profundidad y compromiso que pretendemos. Igualmente, las técnicas de educación popular ahora no producen efecto alguno, más bien la hiperactividad que caracteriza a dichas técnicas evita la elaboración de ideas a profundidad. No permite que la gente piense por sí misma, fortalece las relaciones de dependencia e interfiere la capacidad de decisión de los beneficiarios de nuestras intervenciones.

Consideramos que la propuesta de **Cursos** teórico-prácticos intensivos por **inmersión** o por **extensión** posibilitan mayores niveles de profundidad y fortalece el compromiso de los beneficiarios. El crear un **Sistema de Servicios** es otra propuesta conceptual y metodológica integradora.

El contar con un paquete educativo integrador pero a la vez ajustado para cada sector constituye también un aporte metodológico que permite organizar la información y desarrollar conocimientos colectivos generales y específicos sobre lo que pretendemos cambiar.

Los servicios de **Grupos de Ayuda Mutua (GAM)** constituyen en sí mismos una propuesta de intervención metodológica, la cual se sostiene en conocimientos y técnicas que se nutren de teorías y experiencias validadas y permiten prever su sostenibilidad; así como, abren la posibilidad real de modificar la condición de víctima o de victimario según sea el caso, es decir, de producir cambio.

Actores : ejecutores y beneficiarios

Los **actores** ciertamente son los protagonistas que le darán validez al Modelo. Su interacción por un lado, le imprime a éste funcionalidad y por otro, éstos deberán ser funcionales a dicho Modelo. Si estos funcionan dinámicamente entonces podremos prever su pertinencia.

Consideramos dentro de este Modelo como actores principales a los **planificadores y prestatarios de servicios** de los distintos sectores involucrados en el problema. Estos actores constituyen nuestra población objetivo, hacia ellos dirigiremos el mayor de nuestros esfuerzos. El impacto lo mediremos a través de los **beneficiarios de los servicios**. Estos actores secundarios se convierten en nuestro indicador de éxito. La forma como impacten en ellos los planificadores y prestatarios de servicios nos indicará el grado de validez del Modelo.

Roles y funciones : actores y beneficiarios

Estos roles y funciones si bien es cierto son inherentes de acuerdo al tipo de sector, es muy importante la concertación para poder definirlos y comprometerlos dado que la falta de acuerdo sobre estos, han estado entorpeciendo los esfuerzos de coordinación, porque cada sector se siente invadido por el otro en sus roles y funciones. En tal sentido, existe la voluntad de cada uno de los sectores en definirlos con claridad para evitar interferirse mutuamente.

Indicadores

Coordinación

- *Número de instancias de coordinación (grupos y mesas de trabajo, Redes, etc.) instaladas a partir de la ejecución del proyecto según región, anualmente.*
- *Porcentaje de funcionamiento de dichas instancias creadas por región, anualmente.*
- *Tipo de sectores que participan activamente en dichas instancias por región, anualmente.*
- *Número de acciones y productos realizados según Línea de Acción por sector, por instancia de coordinación nacional, anualmente.*
- *Porcentaje de recursos humanos expertos en comunicación comprometidos con la atención del problema.*

Capacitación

- *Informes, documentos y publicaciones según tipo producidos a partir de la ejecución del proyecto, anualmente.*
- *Número de recursos humanos capacitados según sector, funciones y programa de capacitación correspondiente, por región, anualmente.*
- *Paquetes de capacitación sectoriales que incluyan Programa, guías metodológicas y de procedimientos, materiales educativos y de difusión masiva por región, anualmente.*
- *Resultados de programa de monitoreo de acciones de capacitación, por región, anualmente.*

Sistema de Servicios

- *Número de Servicios creados según sector y tipo de servicio, por región, anualmente.*
- *Número de Beneficiarios de Servicios creados según sector y tipo de servicio por región, anualmente.*
- *Tipo de sectores fortalecidos a partir de la creación de servicios, por región, anualmente.*
- *Tipo de programas existentes en cada sector que están atendiendo el problema, por región, anualmente.*
- *Sistema de Servicios y su monitoreo funcionan en un 60 % en Lima y en un 40 % en otras regiones del país en un período de 5 años.*

María Edith Baca

Coordinadora Nacional

Proyecto "Violencia contra las Mujeres y las Niñas"

**PROGRAMA MUJER, SALUD Y DESARROLLO
OPS/OMS**

DECONSTRUIR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

ESTADO Y SOCIEDAD CIVIL

ROL DEL SECTOR SALUD

**San José, Costa Rica
noviembre, 1997**

INDICE

| Contenido | Pg. |
|---|------------|
| Introducción..... | 1 |
| I. Aspectos conceptuales y metodológicos..... | 2 |
| 1. Los problemas epistemológicos, su abordaje conceptual y metodológico..... | 2 |
| 2. Las condiciones de vida y la VIF..... | 7 |
| 3. Aspectos éticos..... | 15 |
| II. Acciones para la atención integral de la VIF | 16 |
| 1. El nivel macro y el rol del Estado | 18 |
| 2. El nivel meso y el rol del sector salud | 20 |
| 3. Pautas para construir el modelo local y el rol del sector salud..... | 28 |
| Bibliografía citada..... | 34 |
| Bibliografía consultada..... | 36 |
| Notas..... | 38 |

DECONSTRUIR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: ESTADO Y SOCIEDAD CIVIL ROL DEL SECTOR SALUD¹

"... Es cierto que en aquel tiempo mi teorización era muy pobre: yo pensaba en términos de muñecas rusas, unas dentro de otras - el individuo, la familia, el barrio, el grupo social, etc. - El concepto de resonancia¹ creado una línea transversal con la que se puede pensar en términos sociales, aún cuando se esté viendo a un individuo..."

Mony Elkaïm

INTRODUCCION

El presente trabajo propone pautas de acción para deconstruir² los mecanismos sociales que facilitan los hechos de violencia en las relaciones familiares. Hace énfasis en la violencia hacia la mujer en la familia, en particular la violencia conyugal³, no obstante, puede ser útil con las especificidades del caso, para la atención integral a la violencia dirigida a los niños, adultos mayores y adolescentes.

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

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

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

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

Los planteamientos tienen carácter instrumental y sugieren elementos conceptuales y prácticos para la incorporación de actores sociales susceptibles a participar en la construcción de un modelo de atención

¹ Lea Guido López, socióloga, maestra en Métodos de Análisis y Sistemas de Salud, asesora Subregional del Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS.

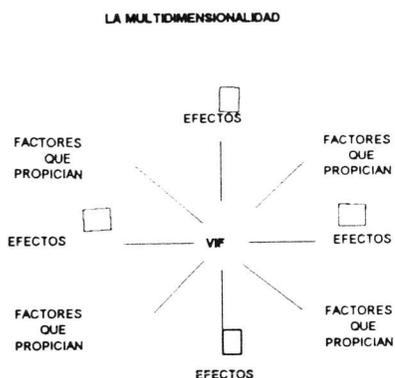
integral a la violencia intrafamiliar, así como criterios de selección de acciones a realizarse, posibles articulaciones e intencionalidades de las mismas.

I. ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLOGICOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE RESPUESTAS SOCIALES A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1. Los problemas epistemológicos, su abordaje conceptual y metodológico.

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

Figura #1



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

Las características del tema representan un reto en el que no son suficientes las intervenciones en los espacios de salud: detección, diagnóstico médico, registro, es necesario el conocimiento de aspectos culturales, legales y sociológicos.

Diferentes trabajos especializados señalan que puede ser abordada desde lo individual (a través de la víctima, el agresor o las víctimas indirectas)⁴², los diferentes grupos familiares o tipos de familias, lo colectivo o societal como también, puede ser analizada según tipos de violencia (física, psicológica, sexual, patrimonial, por negligencia, etc.). Este hecho ha convertido a la violencia intrafamiliar en un campo multidisciplinario y de convergencia de acciones de diferentes actores sociales.

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

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

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

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

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

En lo conceptual.

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

Se hace necesario avanzar en el desarrollo de marcos teóricos en una forma interdisciplinaria y dialógica, que permita la retroalimentación entre disciplinas y también lógicas de comprensión compartidas respecto al problema. Ej., no es igual entender la pobreza o desempleo como factores

que favorecen a la violencia intrafamiliar, que analizarlos como causales de la misma. Pero además habría que hacerse la pregunta de por qué se constituyen en factores a considerar -teniendo en cuenta que ni todas las mujeres pobres son víctimas ni todos los hombres pobres son agresores-. Es necesario integrar otros elementos al análisis de la causalidad lineal pobreza → violencia hacia la mujer e implica atender las interrelaciones singulares de los individuos, de las familias, aspectos sociales y culturales que los contextualizan.

Significa reconocer otras categorías de análisis, provenientes de otras disciplinas, que pueden contribuir a la comprensión del problema y a ubicar las interrelaciones y resonancias de las diferentes partes que intervienen, es decir, reconocer las relaciones complejas entre las partes y el todo y razonar en esos términos, a fin de construir respuestas integrales.

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

Elementos a trabajar desde lo conceptual en el paradigma de la Violencia Intrafamiliar.

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

En lo metodológico:

Se plantea considerar los siguientes aspectos:

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

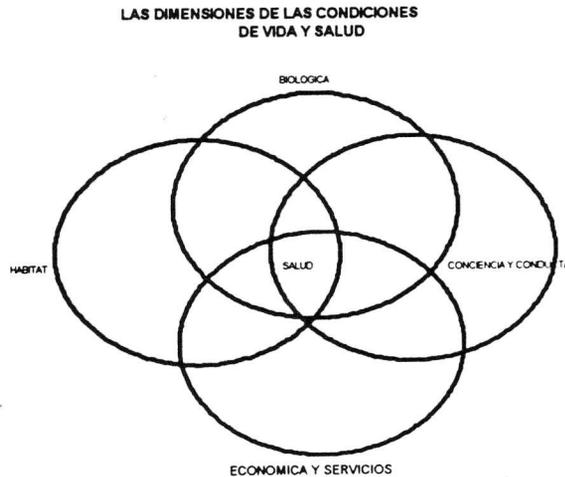
- El reconocimiento de las particularidades y de las interacciones nos permitirá realizar acciones en las diferentes partes y en la totalidad de los procesos que construyen los hechos de violencia.

Esta propuesta plantea, desde el punto de vista conceptual y metodológico, abordar la Violencia Intrafamiliar hacia la mujer a partir las **condiciones de vida de las mujeres y hombres**,⁵ entendiéndose por condiciones de vida, la interacción y resonancia de cuatro grandes dimensiones: los aspectos biológicos (potencialidades individuales, desarrollo funcional y crecimiento orgánico del sistema biológico con todos sus elementos); habitat -que no significa solamente vivienda y servicios, sino articulación de un conjunto de equipamientos y actividades comunales que eleven la calidad de vida- (Massolo, 1997); las representaciones culturales tanto a nivel individual como colectivo y la interacción en las relaciones económicas y sociales (inserción económica, adquisición y consumo de bienes y servicios).

Este paradigma trata de entender la calidad y propiedades de las diferentes partes en una complejidad sistémica donde cada dimensión tiene un efecto de resonancia que no es necesariamente armónica. La propuesta no pretende determinar un modelo matemático, su

alcance en este trabajo es el de visibilizar cómo la Violencia Intrafamiliar se construye y afecta las condiciones de vida de las personas.

Figura no. 2



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

El análisis según condiciones de vida de la violencia intrafamiliar implica abordar al sujeto en sus especificidades y contexto, género, etnia, clase... Por ejemplo, las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, no indígenas y no pobres de Guatemala, comparten con el resto de hombres no indígenas y no pobres su condición de clase y al mismo tiempo viven en forma diferente por ser mujeres y por ello comparten con el resto de mujeres, sean estas, indígenas,

garífonas, etc., su condición de género, condición que pueden ser matizada por la etnicidad, la clase, la edad, etc... El ejemplo trata de ilustrar la articulación de las diferentes dimensiones, pero al mismo tiempo las especificidades según los diferentes órdenes o jerarquías sociales existentes en una determinada sociedad.

**2. Las condiciones de vida: interacción de las dimensiones cultura ↔ biología ↔ habitat
↔ relaciones económicas y la violencia hacia la mujer en la familia.**

*"...Que lo común os asombre
Que la regla os parezca un abuso
Y ahí donde deis con el abuso
ponedle remedio..."*

B. Brecht

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

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

La academia ha aportado como categoría de análisis el **género**⁶ que se ha convertido en una herramienta de comprensión de las condiciones de vida de mujeres y hombres. En el campo de la salud, es esencial para ubicar las necesidades y problemas de salud, riesgos y consecuencias, a través de la interacción entre las características biológicas y las condiciones genéricas.

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

En los últimos años se han desarrollado en las diferentes generaciones de derechos⁷⁵ una concepción que cuestiona la validez universal del androcentrismo y el etnocentrismo, lo que ha llevado a reconocer y dar cuenta de las especificidades de las personas, ya sea de género, etnia, edad o cualquier otra índole. Este reconocimiento está basado en el principio de la pluralidad y el respeto a las diferencias, e invita a corregir los sesgos en la ley.

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

resultado el reconocimiento de todas las formas de violencia de género como una violación de los derechos humanos de las mujeres.

Lo anterior se concreta en dos documentos legales: uno de carácter hemisférico que es la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belen do Pará, 1995) y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer de Naciones Unidas 1993, a nivel mundial. En estos documentos se identifican tres aspectos comunes:

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

Este proceso, todavía inicial, plantea un potencial civilizatorio de equidad entre los géneros a finales de este milenio.

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

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

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

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

La esencia androcéntrica de las leyes ha dotado a un género de mayor poder a nivel macro social y en la vida cotidiana. La jurista Catherine MacKinnon lo explica al señalar, en relación a la

agresión sexual, que ésta no ha sido prohibida sino regulada por los sistemas jurídicos. Hasta 1975 la violación dentro del matrimonio no era considerada un delito en los Estados de USA; en Francia en 1992 se convirtió en una circunstancia agravante, en España en 1989 se consideró violatoria de los derechos humanos y en América Latina a fines de los ochenta se inician modificaciones de las legislaciones para tipificar la violencia intrafamiliar como un delito. En Centro América, entre 1995 y 1997, se aprobaron 7 leyes relativas a los hechos de violencia en el seno de la familia.

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

Conductas individuales y relaciones de poder entre los sexos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El conocimiento sobre los **grupos más vulnerables** nos plantea que la violencia intrafamiliar no se distribuye al azar, sino que tiene cierta direccionalidad: sexo femenino, edad, preferencia sexual en los adultos masculinos, hándicap o dependencia, entre otras. En la selección de las víctimas pareciera existir una asociación entre inequidad social en ciertos grupos humanos, como por ejemplo desprotección legal, desconocimiento y atropello de derechos a nivel social y familiar, representaciones sociales que desvalorizan lo femenino, a los niños, viejos y a lo diferente.

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

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

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

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

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

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

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

- mujeres que usan la violencia por autodefensa y que representan la mayoría;
- mujeres con desórdenes mentales;

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

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

Características individuales y violencia intrafamiliar.

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

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

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

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

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

Diferentes disciplinas de las ciencias de la salud se han abocado a la investigación de las consecuencias de la VIF a nivel individual, en la autoestima de las víctimas, su salud, e incluso su vida. Investigaciones del campo de la psiconeurología sugieren la relación entre la asociación de altos niveles de estrés con los efectos en el sistema inmunológico. Por ejemplo, una mujer

violentada sexualmente cinco años después visita dos y media veces más los servicios de salud que una no víctima.

La violencia intrafamiliar y el abuso producen estrés post-traumático⁸ que puede durar muchos años después del incidente. Ha sido encontrado en niños, adultos y personas mayores. (American Psychological Association, 1996)

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

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

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

Las condiciones del habitat y la violencia.

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

Relaciones económicas y violencia intrafamiliar.

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

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

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

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

Respuestas sociales y violencia intrafamiliar:

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

Movimiento de Mujeres:

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

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

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

El Estado.

Su incursión ha sido más lenta e inicialmente relacionada con la legislación en torno a la violencia intrafamiliar. Canadá desde 1976 inicia acciones con relación a los niños maltratados, en 1982 crea el Centro de Información sobre la Violencia en la Familia, en 1988 plantea una iniciativa nacional con asignación de presupuesto para la lucha contra la violencia intrafamiliar, en 1989 realiza una encuesta nacional en relación al maltrato de adultos mayores. En Francia, la *Commission Violence à l'encontre des femmes*, hizo un balance del estado de la situación en 1995; en dicha comisión están representados ministerios, expertos y organizaciones no gubernamentales; señalan avances sobre el plano legislativo y limitantes en el trabajo interministerial. Los prefectos departamentales forman comisiones de acción contra la violencia a las mujeres que reúnen a los poderes públicos y asociaciones no gubernamentales, pero no existe una estructura de esa naturaleza a nivel nacional. La Comunidad Europea en 1993 definió estrategias para la eliminación de la violencia en relación a las mujeres.

En **Centro América**, las primeras iniciativas gubernamentales han venido del sector legislativo. En Costa Rica, en 1996, se avanzó hacia un plan nacional de gobierno en contra de la violencia.

En Panamá se elaboró un plan sectorial con experiencia a nivel local en diciembre de 1995. En El Salvador en 1989 se creó la Secretaría de la Familia y se crean en los hospitales las Clínicas de Atención a Víctimas de Agresión Sexual, 1989-1995. En 1997 se creó el Instituto de la Mujer de

El Salvador y Honduras trabajaron en la conformación de Consejerías Familiares desarrollándolas desde el sector salud. Nicaragua creó las Comisarías de la Mujer promovidas por el Ministerio de Gobernación y el Instituto de la Mujer, en coordinación con otras instancias gubernamentales y no gubernamentales. No obstante estos avances, todavía son experiencias iniciales y circunscritas a áreas geográficas limitadas. En algunas de ellas como Orange Walk en Belize; Santa Lucía en Escuintla, Guatemala; Tegucigalpa, Honduras; Guazapa, El Salvador; Estelí, Nicaragua; Goicoechea, Costa Rica; Pocrí y Juan Díaz, Panamá, OPS/OMS en conjunto con los Ministerios de Salud de la región y otros actores sociales ha apoyado técnicamente estas experiencias de referencia.

Las características de las respuestas sociales provenientes de la sociedad civil y del Estado, son un elocuente indicador de cómo se ubican en relación a la violencia intrafamiliar y a la equidad.

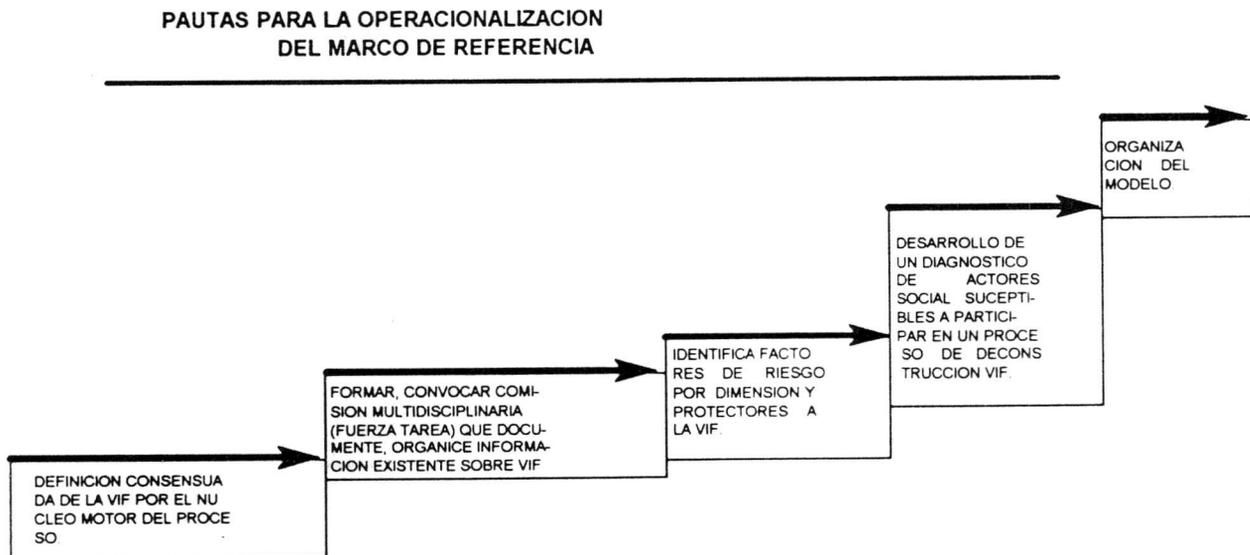
3. Aspectos éticos

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

II. ACCIONES PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

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

Figura #3



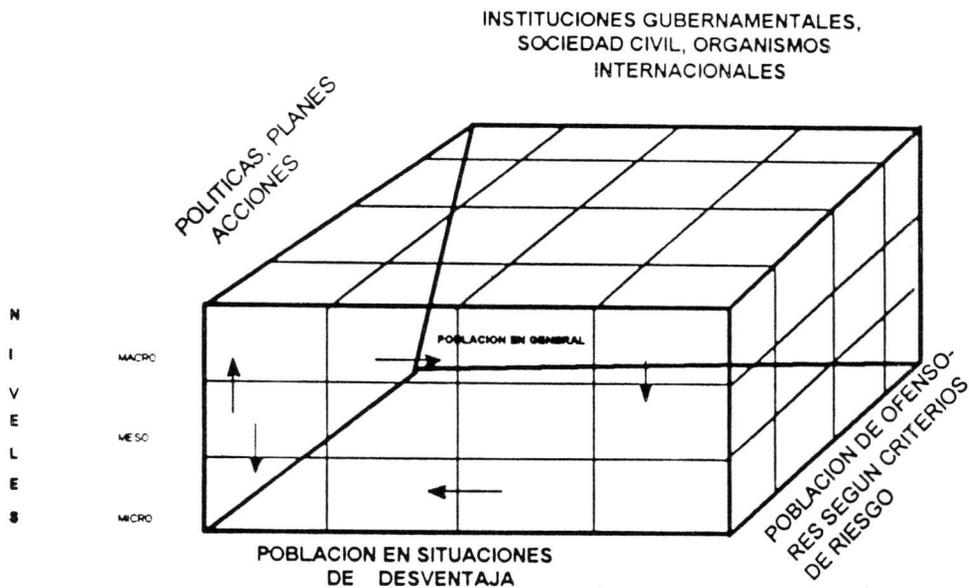
Los efectos de la VIF así como los factores que la favorecen, nos sugieren diferentes niveles de intervención: individual, familiar, comunitario y societal, a fin de generar un proceso que permita erradicar la violencia intrafamiliar de las relaciones familiares.

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

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

Figura #4

Diagrama: Modelo de Atención Integral VIF



1. El nivel macro y rol del Estado

El nivel macro se relaciona con el Modelo económico social, su vinculación con la equidad de género y el Estado. Esta relación puede expresarse en la generación de políticas, programas y acciones que generen acceso y control de recursos materiales y simbólicos sin discriminación para hombres y mujeres. La equidad es una resultante de las relaciones sociales. El análisis de la VIF como se plantea en el marco de referencia basado en las condiciones de vida, toma en cuenta la interacción víctima, agresor ubicados en un contexto.

Lo Macro involucra al Estado como generador de políticas públicas entendidas como medidas para resolver problemas que atañen a la sociedad y proponer metas sociales a alcanzar.

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

Es un hecho empírico constatable que el indicador de desarrollo humano se ve lesionado al desagregarlo por sexo. Este indicador varía entre países, entre regiones de un mismo país e incluso entre segmentos de población, sea por la pertenencia a un estrato económico, grupo étnico o cultural.

En todas esas diferencias las de género aparecen insertadas. El estudio de las brechas sociales y su abordaje, implica contemplar las diferencias de género a fin de sacar del impase el desarrollo humano.

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

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

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

Focos de atención a nivel macro y rol del Estado

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

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

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

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

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

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

- **Necesidad de políticas específicas por parte del Estado en relación a la violencia intrafamiliar:**

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

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

DEFINICIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL VIF:

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

Los ejes que se trabajan son los siguientes: la detección, prevención, atención al daño y la promoción de formas de convivencia no violentas. Todas estas acciones desarrolladas a través de medidas integradas de carácter social, psicológicas, legales y biomédicas.⁹

2. El nivel meso y el rol del sector salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La intervención del gobierno es necesaria en salud ya que las leyes del mercado no aseguran una ubicación adecuada en los sectores más vulnerables socialmente.¹⁰ Pueden incluso agravar las brechas sociales ya existentes. Algunas actividades eficientes para salud no necesariamente pueden ser rentables para el sector privado. Como podrían ser la prevención de la violencia intrafamiliar, pero no obstante para el sector público significaría el ahorro de grandes derogaciones en la atención de la morbilidad consecuente, por lo tanto de alto costo de efectividad y equidad.

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

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

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

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

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

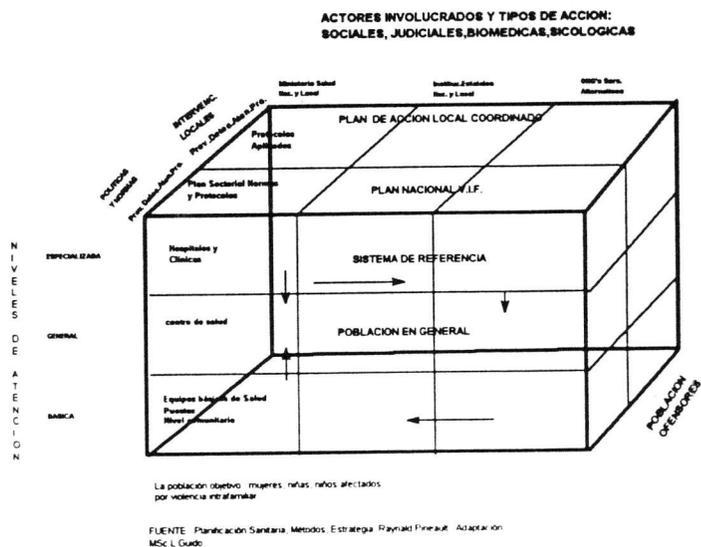
La definición de los paquetes básicos o canastas es una modalidad que se ha estado utilizando en la mayoría de los países para definir las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación que se pueden proveer a la población si éstas son costo-efectivas "cuánto rinde un dólar en términos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

La necesidad de incorporar la atención integral de la VIF en los nuevos modelos de atención es una estrategia para enfrentar otros daños de salud.

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

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

Figura #5



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

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

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

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

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

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

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

Sobre las acciones dirigidas a los grupos de agresores:

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

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

EJES DE ACCION DEL MODELO VIF

| PROMOCION | DETECCION | PREVENCION | ATENCION |
|---|---|--|--|
| OBJETIVOS | | | |
| Reducir la incidencia de la violencia intrafamiliar | <p>Establecer políticas y criterios de detección de la violencia intrafamiliar en los servicios de salud</p> <p>Detección de comportamiento agresor ofensor</p> | <p>Parar la Escalada de violencia intrafamiliar y reducir los efectos de la misma</p> <p>Prevención del comportamiento agresor ofensor</p> | <p>Reparación del daño causado en la víctima y rehabilitación</p> <p>Atención a personas agresoras ofensoras según criterios de riesgo.</p> |
| ESTRATEGIA | | | |
| <p>Políticas colectivas de fomento de la equidad.</p> <p>Marcos legales no discriminatorios</p> | <p>Divulgar</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Capacitar sobre criterios de detección de la VIF en las escuelas unidades de salud, Comunidad ■ Establecer Medios de escucha y denuncia: Teléfono de auxilio | <p>Informar</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Servicios accesibles ■ Medidas cautelares a nivel legal ■ Capacitación al personal de salud sobre abordaje a víctimas de VIF ■ Capacitación a personal de salud, ONGs sobre abordaje comportamiento agresor | <ul style="list-style-type: none"> ■ Protocolos establecidos en todas las unidades de salud con acciones biomédicas y emocionales dirigidas a víctimas. ■ Protocolo para abordaje de comportamiento agresor. |
| POBLACION OBJETIVO | | | |
| Población en general | <ul style="list-style-type: none"> ■ Población más vulnerable según los criterios de riesgo ■ Detección temprana de comportamiento agresor ■ Adolescentes | <ul style="list-style-type: none"> ■ Víctimas ■ Personas agresivas para parar la agresión ■ Jóvenes con comportamiento agresor u ofensor según criterios de riesgo evitar reincidencias | <ul style="list-style-type: none"> ■ Víctimas ■ Agresores prioritariamente jóvenes para evita la reincidencia |
| ACTORES | | | |
| <p>Estado</p> <p>Sociedad civil</p> | <p>Estado a nivel: macro, medio, micro, comunidades asignadas</p> | <p>Servicios Estatales: salud, educación, justicia</p> <p>ONGs</p> <p>Comunidad</p> | <p>Servicios estatales de salud:</p> <p>Justicia</p> <p>Sector Privado</p> <p>ONGs</p> |

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

A corto plazo:

- Formar un grupo interdisciplinario conductor del proceso, sensibilizado sobre el problema de la VIF. Esta medida se ha implementado en Centro América en el marco del proyecto de Fortalecimiento y Organización de las Mujeres y Acciones Coordinadas entre el Estado y la Sociedad Civil en contra la Violencia (APAXVIF) que desarrolla el Programa Mujer Salud y Desarrollo de OPS/OMS.
- Documentar y desarrollar registros adecuados por sexo y edad sobre los hechos de VIF. Actualmente los siete países de Centro América han iniciado la confección de una boleta para el registro de la VIF en los espacios de salud.
- Desarrollar propuestas de acción coordinadas entre entidades privadas y públicas involucradas con el problema y la movilización de recursos a nivel de la cooperación internacional. Este proceso se está logrando a través del estímulo de redes interinstitucionales y de la sociedad civil en las localidades en las que se desarrolla el proyecto ya mencionado.
- Sensibilización y capacitación a diversos niveles normativos y de servicios. Estas acciones se encuentran en curso en los países de la región Centroamericana.
- Conocer la Ruta Crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar.
- Capacitar a los proveedores de servicios del sector privado para la intervención del problema de la VIF a través de los colegios profesionales.
- Desarrollar protocolos modelos por tipo de violencia y población afectada, a implementarse según nivel de complejidad de los servicios. Estos protocolos deben trabajarse en forma interdisciplinaria y tomando en cuenta experiencias que ya existen sobre el particular.
- Ejecutar experiencias de referencia a nivel local que aseguren la atención integral y eficaz de las víctimas y que puedan ser sistematizadas.

Actualmente los países de Centro América se encuentran en ese proceso. Se han seleccionado 7 municipalidades donde se están implementando planes de acción en los ejes que hemos mencionado:

A mediano plazo:

- Sistematización y evaluación de la experiencia de referencia. El próximo paso en la región de Centro América es el evaluar las experiencias en curso a partir del presente modelo que permita ver las particularidades, vacíos y aportes.

- Desarrollo de acciones que permitan la intervención temprana y eficaz de las personas afectadas por la VIF.
- Identificación de los criterios o factores que favorecen el desarrollo de agresores sexuales juveniles.
- Desarrollo de campañas de promoción de formas de convivencia no violentas y de concepciones no discriminatorias.
- Desarrollo de normas y procedimientos estandarizados para la detección, registro y atención de la VIF.
- Desarrollo de acciones especializadas para lograr el control de la reincidencia del comportamiento agresor en coordinación con otras Instituciones Estatales, Justicia, Educación, ONG's.
- Ampliación del modelo a otras áreas de salud.
- Desarrollo de indicadores que permitan la evaluación de las intervenciones.

A largo plazo:

- Lograr estrategias de Estado con políticas, planes y recursos gubernamentales para la atención integral de la violencia. En el caso que el plan sectorial surja primero se hace necesario el desarrollo de experiencias locales.
- Formación de redes nacionales y regionales que permitan fomentar la movilización social en contra de la violencia.
- Disminución de los efectos de la violencia intrafamiliar debido a la intervenciones oportunas y eficaces.

La cuestión del orden y de los plazos de las acciones presentadas, no necesariamente se desarrollarán de esta manera, ni tampoco se pretende que sean todas las acciones las que se desarrollen. Dependerá de las características de cada realidad. No todas las instituciones de salud tienen políticas explícitas en relación a la VIF, en algunos casos son iniciativas locales de funcionarios y organismos no gubernamentales los que desarrollan respuestas sociales por iniciativa propia. En esos casos ésta propuesta puede también ser útil y avanzar a partir del modelo en un proceso de concertación con otros actores sociales para construir redes e incidir a nivel local. Las sugerencias planteadas son indicativas y tratan de captar una rica práctica social de la región centroamericana y de otras experiencias. **Error! Bookmark not defined.**

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

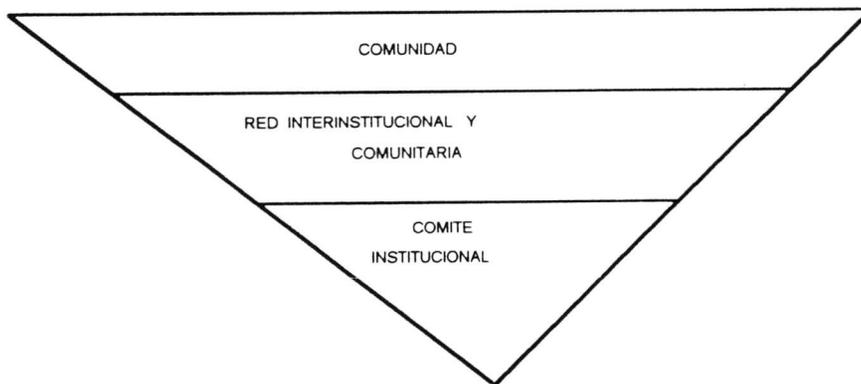
El modelo de atención integral a la VIF se concreta en los espacios geográficos según la organización nacional de cada país, la existencia de infraestructura de servicios de salud, justicia, educación, policía, organizaciones comunitarias, servicios no gubernamentales, recursos humanos capacitados, sensibilidad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

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

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

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

Figura #6



- Identificar los diferentes actores sociales susceptibles de participar en un modelo de atención integral a la VIF. Este trabajo ha sido hecho en los siete países de Centro América -identificando instituciones estatales, no gubernamentales, movimiento de mujeres, líderes locales, etc.- La investigación puede ser realizada mediante una metodología de evaluación rápida utilizando la técnica de "Bola de Nieve", a través de la identificación de informantes claves. Esta investigación permite conocer los recursos existentes para complementar y apoyar las acciones para el abordaje de la VIF y es un insumo para convocarlos a la construcción de una red local.

- Conocer la Ruta Crítica que siguen las personas afectadas por la VIF a nivel local en la búsqueda de ayuda y cuáles son las respuestas sociales encontradas. Esta investigación también puede ser realizada mediante evaluación rápida, utilizando grupos focales a nivel de la comunidad y prestatarios. Esta trata de conocer las representaciones sociales de la comunidad en relación a la VIF, de los posibles prestatarios y de las mujeres y hombres de la comunidad. La información obtenida permite desarrollar acciones más precisas en la capacitación, así como en la modificación de obstáculos para una atención adecuada a las víctimas de violencia.
- Evaluar la situación de violencia intrafamiliar en el área de salud utilizando fuentes secundarias: Policía, Alcaldía, comunidad, ONG's. Es importante presentar datos de la propia comunidad, aunque sabemos que esos datos serán aproximados ante la ausencia de registros adecuados.
- Los resultados de las investigaciones operativas deben ser presentados a los líderes locales y discutir con ellos posibles soluciones para enfrentar la VIF en su municipalidad. Esta actividad permite a la organización comunal tener una mirada contextualizada del problema.
- Desarrollar un proceso de sensibilización y capacitación al problema de VIF mediante un plan estructurado que pueda ser dirigido a diferentes actores: líderes, prestarios de servicios, etc. El plan podría abordar: qué es la violencia intrafamiliar, sus expresiones, el impacto, cómo detectarla, cómo intervenir, cómo promover formas de convivencia no violentas y el marco legal del país respecto al problema.
- Estimular la creación de una red local para coordinar las acciones entre los diferentes actores sociales interesados en construir un modelo de atención integral a la VIF. Podría decirse que el modelo mismo es una red que va construyéndose por niveles, macro, meso y micro. Es importante definir algunos criterios de funcionamiento y organización de ésta instancia. La red puede formar comisiones de trabajo de promoción, acciones comunitarias, capacitación, etc.
- Una de las tareas de la Red es la elaboración de un plan de acción local en los ejes del modelo que contemple acciones biomédicas, psicológicas, sociales y legales, con la participación de los actores involucrados y mediante una metodología participativa.

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

El desarrollo del modelo y las áreas de salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La programación del área puede utilizar el abordaje de la violencia como una estrategia que contribuye a enfrentar otros problemas de salud de la mujer, niños y adultos mayores. Ejemplo, la VIF es un factor de alto riesgo para mujeres embarazadas e incide en el peso del recién nacido. Es importante que criterios de detección de la VIF sean manejados por médicos generales, pediatras, ginecoobstetras, enfermeros, etc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Se solicita consentimiento a la víctima si es mayor de 16 años o de menos de 16 años si es casada.
- Se asegura que la información quede restringida al equipo médico que la atendió y que no será accesible a ninguna persona no autorizada o paciente.
- Sólo el personal que la atiende directamente puede dar información a la policía y la víctima debe ser puesta en conocimiento y pedir su consentimiento.

- A la víctima se le asegura un servicio amigable y de calidad que permita el apoyo emocional y coleccionar las evidencias forenses según pasos establecidos sobre el particular.
- La valoración médica tiene pasos estandarizados para todos los pacientes víctimas de violencia sexual y se señala el personal de salud involucrado (H.C.P. 1992).

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

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

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

- a. Partir del conocimiento de la plantilla y perfil profesional que existe en la unidad de salud.
- b. Tomar en cuenta los recursos de apoyo con que cuenta el centro, los medios diagnósticos y de laboratorio.
- c. Conocer cuál es el nivel de conocimiento técnico sobre violencia intrafamiliar que tienen los profesionales.
- d. Ubicar las acciones en base a las políticas de prestación y financiamiento del sector.
- e. Tomar en cuenta, al momento de planificar las acciones, cuáles son las normas de productividad que existen para el personal según nivel de complejidad.
- f. Conocer la ruta crítica que siguen las personas afectadas de la violencia al interior de la unidad de salud.

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

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

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

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

Otro aspecto poco abordado en esta propuesta está relacionado con el tema de los efectos de la violencia intrafamiliar en el personal que trabaja directamente con las víctimas y agresores. Este aspecto debe ser tomado en cuenta por la dirección del Centro y programar los espacios que

permitan la discusión de los casos que pueden afectar personalmente a determinado personal. Fomentar el trabajo en equipo es una forma de autocuidado del personal. Por otra parte es necesario dejar espacios de tiempo a la persona o equipo de personas que están trabajando en la intervención directa (la escucha de los hechos de violencia) para que se desvinculen del tema durante ciertos períodos que les permitan vincularse con actividades diferentes. Otra medida recomendada es la supervisión técnica por otros equipos, intercambio de experiencias.

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

BIBLIOGRAFIA CITADA

- Addison, Shirley, Glazer, Shelley and O'Neill, Eimear. A feminist approach to Psychotherapy En : Canadian Women Studies / Les Naiers de la femme 14 (3) : 69. -- [s.f.]. -- p. 69.
- American Psychological Association. Report on Violence and the Family. -- New York : The Association, 1996. p. 17.
- Batres, Gioconda. Del ultraje a la esperanza . -- San José : ILANUD, 1997. -- p. 33.
- Castellanos, Pedro Luis. Determinantes sociales de la situación de salud de las poblaciones . -- [s.n.t.] . -- p. 10.
- . Sobre el concepto de salud-enfermedad . -- [S.I.] : Taller Latinoamericano de Medicina Social, 1987. - p. 318.
- CEPAL. Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile : CEPAL, 1995. p. 79.
- . Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile : CEPAL, 1996. p. 114.
- Claramunt, Cecilia y Guido L., Lea. Algunos elementos filosóficos, políticos y acciones de intervención para la prevención, detección y atención del problema de la violencia intrafamiliar. -- San José : OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1996.-- p. 17.
- Costa Rica. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Plan operativo 1996-1998 : Plan nacional para la atención y la prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI) -documento preliminar-. -- San José : CMF, 1996. 1 v.
- Culler, Jonathan. Sobre la deconstrucción: teoría y crítica después del estructuralismo. Madrid : Ediciones Cátedra, 1992. 261 p.
- Devereux, Georges. De l'angoisse à la méthode . -- París : Aubier, 1980. pp. 45-176.
- Elkaïm, Mony. En los límites del enfoque sistémico. En : Diálogos . -- Buenos Aires, Argentina : Paidós, 1994.-- p. 326. (Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad).
- Elson, Diane and Gideon, Jasnine. Gender concerns and Economic Issues : Central American Economies and gendered structures. A comparative study. -- University of Manchester, 1997.-- p. 26.
- Francia. Ministère des Affaires Sociales, de la Sante et de la Ville. Ministère des Affaires étrangères. Mission de Coordination de la 4 Conference mondiale sur les femmes. Rapport de la Comission "Violence à l'encontre des femmes". -- París : Le Commission, 1995.
- Gayle, Rubin. The traffic in women notes on the Political Economy of Sex. -- v. VIII. -- México : Nueva Antropología, 1986. -- (Revista de Ciencias Sociales ; no. 30).
- Gideon, Jasmine. Género y Economía en América Central. -- Managua : Taller Latinoamericano sobre estudios de género, 1997.

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

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

Hammtröm, Anne. Health Consequences of youth unemployment. -- [s.n.t.] .-- (Review from a gender perspective Soc. Sci Med. 38 (5) : 699-709, 1994).

Health Economics, Technical Briefing note, Privatization in health. Who task force. June 1995.

Hermann, J. El incesto padre/hijo : material mimeografiado . -- [s.n.t.], 1981.

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

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

----- . La Méthode .-- La connaissance de la connaissance . -- v. 3. París : Ediciones Seuil, 1986 . -- p. 209.

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

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

Velázquez, Susana. En : Género y Psicoanálisis. -- [S.I.] : Paidós, 1996. -- p. 230. (Psicología Profunda).

Walker, Leonore. Survivor therapy clinical assessment and intervention : workbook. -- Denver: Endolor Communications, 1993.-- p. 53.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Belize. Government of Belize. The Quest for Equity Belize National Health Plan 1996/2000. -- [s.n.t.], 1996. 1v.
- Burín, Mabel, Dib Bleichmor, Emilce (compiladoras). Género, Psicoanálisis, Sujetividad. -- Madrid : Paidós, 1996. -- 362 p. (Psicología Profunda).
- Cáceres O., Ana, Martínez M., Valentina y Rivera O., Diana, editoras. Modelos teóricos y metodológicos de intervención en violencia doméstica y sexual. Santiago, Chile : Casa de la Mujer La Morada, 1993. 126 p.
- Conferencia Interamericana sobre sociedad, violencia y salud. Washington: nov. 1994. Memorias. 86 p.
- Costa Rica. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Plan operativo 1996-1998: Plan nacional para la atención y la prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI) -documento preliminar-. San José: CMF, 1996. 1 v.
- Cyr, Caroline. Conceptual model: family violence programming within a correctional setting. Canadá: Correctional Service, 1994. 39 p.
- Day, Tanis. The health-related costs of violence against women in Canada: the tip of the iceberg. Ontario: Centre for Research on Violence Against Women and Children, 1995. 40 p.
- Dio Belichmar, Emilce. Dependencias amorosas. [s.n.t.]. -- 8 p.
- Encuentro Centroamericano y del Caribe sobre violencia contra la mujer, 1ero. (San José, dic. 1991). Propuestas sobre políticas públicas para enfrentar y prevenir la violencia contra las mujeres y en la familia. - San José : CEFEMINA, 1991. 1 v.
- Fried Schnitman, Dora. Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. -- Argentina : Paidós, 1994. 458 p.
- Foulds, David, edited. Child sexual abuse/assault protocol. -- [s.n.t.]. -- by 1 v.
- Guido L., Lea. Analyse de la situation de la santé à niveau local selon les conditions de vie par sexe-genre: étude d'une expérience en Amérique Centrale. -- Lyon : Université Claude-Bernard, 1995. -- 112 p.
- Hart, Bárbara. Monitoreo de agresores físicos y de programas de consejería para agresores. -- En : Safety for Women: Monitoring Batterers's Programs. -- San José : Fundación Ser y Crecer, 1994. 26 p.
- Larrain, Soledad H. y Walker, Cristian. Perspectiva psicosocial y jurídica de la VIF. -- Santiago de Chile : Servicio Nacional de la Mujer, 1995.
- Massé Narváez, Carlos E. y Sandoval Forero, Eduardo Andrés. Políticas públicas y desarrollo municipal. -- México : Colegio de México.

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

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

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

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

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

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

----- . Plan de Acción del Proyecto APAXVIF 1997. -- San José : OPS/OMS, 1997.

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

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

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

Red de Mujeres contra la Violencia. Cuadernillo de estudio "Trabajando contra la violencia". Managua: La Red, 1995. #1v.

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

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

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

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

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

NOTAS

¹ Resonancia, fenómeno propio de los sistemas oscilantes sometidos a la acción de una fuerza externa, interacción prolongada del sonido...

² "La deconstrucción, como estrategia filosófica, es una postura crítica que afecta a todas las disciplinas relacionadas con la producción cultural... El practicante de la deconstrucción opera dentro de los límites del sistema pero para resquebrajarlo". (Culler, Jonathan, 1992. Sobre la Deconstrucción).

³ La violencia conyugal constituye una de las modalidades más frecuentes y relevantes de las categorías de violencia intrafamiliar. Ocurre en un grupo familiar, sea éste resultado de una unión consensual o legal; consiste en el uso de medios instrumentales por parte del cónyuge o pareja para intimidar psicológicamente, o anular intelectual o moralmente, o dañar física y sexualmente a su pareja con el objeto de disciplinar según su arbitrio... (Duque, I. Rodríguez, y T. Wenistein: Violence against women: definition and strategies prepared for world Congress on Human Rights, New Delhi, 11-15 december 1996).

⁴ Las víctimas indirectas o secundarias son las personas que están en el hogar, particularmente los niños que presencian los actos de violencia, tal como lo señala el Report of the American Psychological Association de 1996.

⁵ Pedro Luis Castellanos aborda el concepto de condiciones de vida relacionado con la salud-enfermedad en: "Sobre el concepto de salud-enfermedad", ponencia presentada en el Taller Latino Americano de Medicina Social 1987. Ver también "Determinantes Sociales de la situación de Salud" de las poblaciones OPS.

⁶ Género es una categoría analítica que explica el ordenamiento y clasificación de personas así como también de las cosas en femenino y masculino, "en cuyo marco las humanas hemos organizado nuestro mundo social y natural en términos de significado de género... La vida social generalizada se produce a través de tres procesos distintos: el simbolismo de género, estructura de género (o división del trabajo según género) y género individual" como lo expresa S. Harding.

⁷ Se consideran cuatro generaciones de derechos: la primera se relaciona con los derechos civiles y políticos; la segunda con los derechos culturales y económicos; la tercera con los derechos relativos a la paz, desarrollo y medio ambiente y la cuarta con los derechos de los pueblos.

⁸ Imágenes repetitivas, pesadillas y otros síntomas intrusivos de la memoria son muy comunes en las sobrevivientes del trauma PTSD al desarrollar recuerdos del abuso. Estos recuerdos pueden ser controlados evitando comportamientos tales como disociación, negación, minimización y represión.

⁹ Algunos elementos de esta definición son tomados del PLANNOVI, Costa Rica.

¹⁰ Los procesos de reforma plantean la relación entre intereses colectivos y privatización del sector y su relación con la equidad y la eficiencia; éstos temas evidencian la particularidad que tiene el mercado de la salud.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
PROGRAMA MUJER, SALUD Y DESARROLLO

II SEMINARIO TALLER CENTROAMERICANO:
MODELOS EN CONSTRUCCION PARA LA ATENCION INTEGRAL
A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y EL ROL DEL SECTOR SALUD

Managua, 12 al 14 de noviembre de 1997

EVALUACION

Califique de 1 a 5 cada uno de los siguientes aspectos. El número 1 representa la calificación más baja y el 5, la más alta.

| ASPECTO A EVALUAR | PUNTAJE |
|---|---------|
| 1. Relevancia de la realización del seminario-taller | _____ |
| Comentarios | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| 2. Adquisición de elementos para el trabajo en cada país | _____ |
| Comentarios | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| 3. Utilidad del intercambio de experiencias y conocimientos | _____ |
| Comentarios | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

II SEMINARIO TALLER CENTROAMERICANO:
MODELOS EN CONSTRUCCION PARA LA ATENCION INTEGRAL
A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y EL ROL DEL SECTOR SALUD

4. Metodología utilizada para el desarrollo del seminario-taller _____

Comentarios

5. Duración del seminario-taller (marque la que corresponda a su criterio)

Demasiado larga _____
Demasiado corta _____
Longitud justa _____

Duración propuesta _____
Duración propuesta _____

6. Sugerencias

7. Observaciones / Comentarios

INFORME DE RELATORIA COMISION SOBRE DETECCION Y PREVENCION

Detección: Situación actual

. Se constata que - en una mayoría de países- solo se lleva a cabo una detección sistemática de las situaciones de VIF en aquellos lugares donde se desarrolla el modelo de atención.

. No obstante, incluso en estos casos no son todos los actores sociales de las redes locales quienes participan en la detección. La mayor parte de la labor de detección se realizan en las instancias de salud e incluso en estas no participan todas las disciplinas y departamentos concentrándose fundamentalmente en urgencias y en la consulta externa.

. No todos los casos detectados se registran. En algunos países existen formularios de registro e incluso protocolos para la detección. No obstante, se apunta como debilidad la ausencia de indicadores comunes de registro y sistemas de información entre los diferentes actores sociales que permitan acopiar y unificar la información producido en las diferentes instancias y trazar la ruta que siguen las personas afectadas en los diferentes servicios.

. La detección es asociada con los procesos de sensibilización y capacitación: allí donde estos se llevan a cabo se estimula la detección de las situaciones de VIF. La profundidad del proceso de detección depende de la profundidad de la capacitación.

. En los países donde se ha propuesto el registro obligatorio de las situaciones de violencia, la propuesta abarca exclusivamente al sector salud, no al resto de actores sociales incluso algunos de aquellos que de acuerdo a la ruta crítica de las personas afectadas, se identifican como las instancias primeras donde estas acuden.

Recomendaciones:

. Promover la universalización de la labor de detección en las instancias de salud mediante la declaración obligatoria del registro de situaciones de violencia y la elaboración de protocolos específicos.

. Promover la definición consensuada de indicadores para la labor de detección y el registro de violencia en otras instancias de las redes locales, sectoriales y nacionales, principalmente policía, educativo y judicial.

. Los procesos de detección deben acompañarse de procesos de capacitación que deben incluir al menos las siguientes aspectos:

- mitos y actitudes frente a la VIF
- indicadores y secuelas de VIF y abuso
- factores de riesgo para las distintas poblaciones
- criterios de letalidad
- elementos de recursos protección legal y social

respuesta básica

No se debe considerar la labor de detección separada de la capacidad de respuesta por lo que se considera un requisito ético que todas las personas que hagan detección de situaciones de violencia estén en capacidad de ofrecer a la persona afectada algún tipo de contención y orientación básica, que pueda incluir información sobre derechos, protección legal y referencia a instancias de atención según las características y posibilidades de cada localidad.

Se debe estimular durante el proceso de detección (y capacitar en este sentido) la exploración del entorno familiar de la persona afectada consultante para identificar otras posibles situaciones de abuso: abuso sexual a niños, incesto, etc.

Prevención: situación actual

Se valora que se ha dedicado más atención y energía a desarrollar espacios para la atención de las personas afectadas que acciones de prevención.

Todos los países reportan acciones de sensibilización a nivel local y nacional.: campañas, marchas, charlas, jornadas ...

Recomendaciones:

Las acciones de prevención deben contemplar la perspectiva epidemiológica, identificación de factores de riesgo y de protección, debe considerar los factores de desarrollo o etapas de la vida e incluir el análisis del contexto ambiental. Igualmente deben considerar acciones de tipo universal como dirigidas a las distintas poblaciones en riesgo.

Se deben promover acciones de prevención temprana que actúen a nivel de los factores socioculturales, en las áreas de la construcción de la identidad masculina y femenina, maternidad y paternidad, etc.

La promoción de espacios para la reflexión sobre masculinidad para varones, así como la detección e intervención temprana con niños y adolescentes con conductas abusivas se consideran importantes acciones de prevención temprana.

La universalidad y la cobertura de acciones en ambos ejes constituye el reto de todos los países.

Se debe estimular un mayor intercambio de experiencias, materiales educativos y de difusión entre los países de la región.